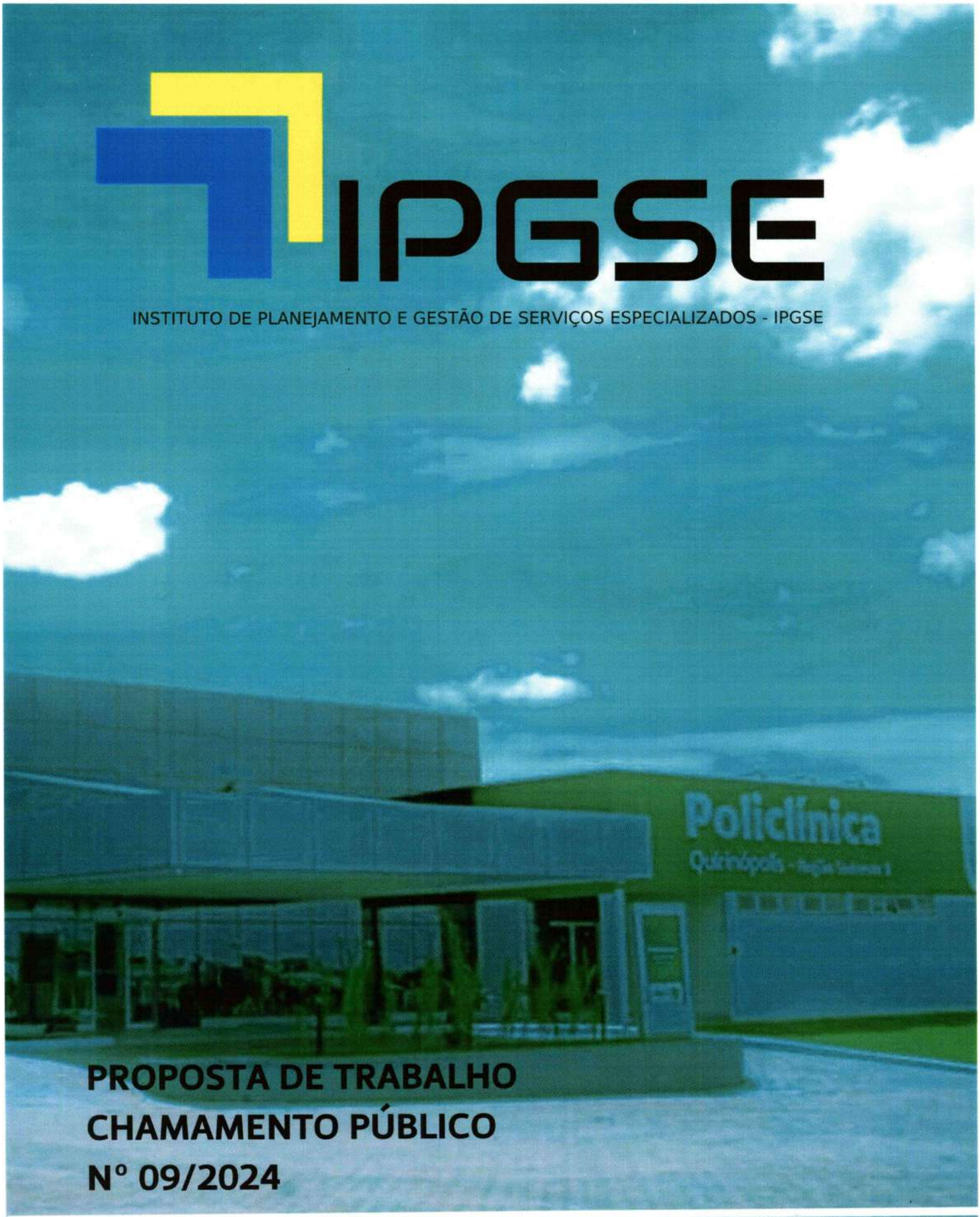
IPGSE

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE



PROPOSTA DE TRABALHO
CHAMAMENTO PÚBLICO
Nº 09/2024

SES
Secretaria de Estado da Saúde

GOVERNO DE GOIÁS
O ESTADO QUE DÁ CERTO

01

SES
Secretaria de Estado da Saúde

GOVERNO DE GOIÁS
O ESTADO QUE DÁ CERTO

Proposta de Trabalho para gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde na Unidade Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº09/2024 da Secretaria do Estado da Saúde de Goiás.



IPGSE

02

SUMÁRIO

OBJETIVO DA PROPOSTA TÉCNICA E FINANCEIRA.....21

SOBRE O IPGSE.....21

EXPERIÊNCIAS DO IPGSE 27

CARACTERIZAÇÃO DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS 47

FA1 ÁREA DE ATIVIDADE.....62

1.1 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS..... 64

1.1.1 Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde..... 64

1.1.1.1 Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas..... 66

1.1.1.2 Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos 136

1.1.1.3 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas..... 168

1.1.1.4 Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde..... 182

1.1.2 Implantação de Gestão.....198

1.1.2.1 Implantação da Logística de Suprimentos 198

1.1.2.2 Proposta para Regimento Interno da Unidade..... 218

1.1.2.3 Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem.....252

1.1.2.4 Proposta para Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário..... 267

1.1.2.5 Proposta para Regimento do Corpo Clínico 351

1.1.3 Implantação de Processos 360

1.1.3.1 Proposta de Manual de protocolos assistenciais..... 360

1.1.3.2 Proposta de Manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos 743

1.1.3.3 Proposta de Manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio.....749

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1.1.3.4 Proposta de Manual de rotinas para Administração Financeira.....770

1.2 INCREMENTO DE ATIVIDADES 796

1.2.1 Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade 796

1.2.1.1 Cuidados com acesso vascular para hemodiálise: prevenção de complicações e melhoria da qualidade do tratamento..... 796

1.2.1.2 Cuidados nutricionais para pacientes dialíticos 800

1.2.1.3 Humanização do atendimento.....804

1.2.1.4 Humanização do atendimento 808

1.2.1.5 Preservação da saúde mental dos pacientes dialíticos 812

FA2 ÁREA DE QUALIDADE 816

2.1 PROPOSTA DE TRABALHO PARA A IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES 817

2.1.1 Qualidade Objetiva - Implantação de Comissões..... 817

2.1.1.1 Comissão de Ética Médica 817

2.1.1.2 Comissão de Ética Multiprofissional 823

2.1.1.3 Comissão de Biossegurança 827

2.1.1.4 Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) .. 831

2.1.1.5 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários..... 840

2.1.1.6 Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) 847

2.1.1.7 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA..... 855

2.1.1.8 Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde 865

2.1.1.9 Comissão de Farmácia e Terapêutica 873

2.1.1.10 Comissão de Proteção Radiológica..... 879

2.1.1.11 Comitê de Compliance 885

2.1.1.12 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 893

2.1.1.13 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) 905

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

2.1.1.14 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT 912

2.1.1.15 Outras Comissões 918

2.1.1.15.1 Comissão Interna de Qualidade..... 918

2.1.1.15.2 Comissão de Humanização 929

2.1.1.15.3 Comissão de Eventos..... 935

2.1.1.15.4 Comissão de padronização de produtos para saúde 939

2.2.1 QUALIDADE SUBJETIVA..... 945

2.2.1.1 Acolhimento..... 945

2.2.1.1.1 Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica.....945

2.2.1.1.2 Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica.....950

2.2.1.2 Atendimento.....954

2.2.1.2.1 Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário 954

2.2.1.2.2 Proposta de implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação 959

2.2.1.2.3 Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores. 967

2.2.1.2.4 Plano/projeto para implantação do Sistema de Contra Referência à Atenção Primária da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis.
..... 974

FA3 QUALIDADE TÉCNICA.....980

3.1 Experiência Anterior em Gestão de Unidade de Saúde da proponente 981

3.1.1 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 200 leitos..... 981

3.1.2 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos. 984

3.1.3 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos.....1302

3.1.4 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clínica especializada ou similar.....1357

3.1.5 Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade, com anuência posterior da SES/GO 1397

3.1.6 Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente.....1399

3.2. Estrutura da Gestão..... 1402

3.2.1 Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo 1402

3.2.2 Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência 1407

3.2.2.1 Experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuarão na unidade, com documento comprobatório do interesse do titular. 1445

3.2.2.2 Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento 1510

3.3. Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar.....1526

3.3.1 Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário 1526

3.3.2 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada 1533

3.3.3 Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica.....1955

3.3.4 Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.....1963

3.4 Implementação e Funcionamento de outros Serviços.....2077

3.4.1 Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima.....2077

3.4.2 Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.....2080

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3.4.3 Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.....2101

3.4.4 Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica.....2127

3.4.5 Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial.....2149

3.5 Política de Recursos Humanos.....2152

3.5.1 Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.....2152

3.5.2 Apresentação de plano de cargos e salários.....2164

3.5.3 Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção 2265

3.5.4 Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças) 2302

3.6 Metodologia de Projetos 2318

3.6.1 Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis 2318

ANEXO 2334

ANEXO 1 - ATESTADO DE CAPACIDADE TÉNICA.....2334

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Serviços da Policlínica de Quirinópolis 28
Tabela 2 - Distribuição de Leitos HERSO - 02/2021 30
Tabela 3 - Distribuição de Leitos HERSO - 05/2021 30
Tabela 4 - Distribuição de Leitos HERSO - 11/2022 31
Tabela 5 - Distribuição de Leitos HERSO – Termo de Colaboração nº104/2024 32
Tabela 6 – Capacidade Instalada POLICLÍNICA DE QUIRINÓPOLIS 49
Tabela 7 – Especialidades Médicas Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis 51
Tabela 8 – Especialidades Multiprofissionais Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis 51
Tabela 9 - SADT Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis 53
Tabela 10 - Indicadores de Desempenho 61
Tabela 11 - Especialidades Multiprofissionais Ambulatoriais da Policlínica 103
Tabela 12 - Subdivisão de áreas CME 170
Tabela 13 - Dimensionamento por setor 196
Tabela 14 - Cronograma de Implantação e Manutenção TI na Policlínica 272
Tabela 15 – Cronograma de Ações TI na Policlínica 277
Tabela 16 - Equipamentos demandados para a Policlínica de Quirinópolis 315
Tabela 17 - Implantação de Sistema de Ponto 316
Tabela 18 - Implantação de Sistema de Entrada 319
Tabela 19 - Implantação de Sistema de Movimentação de Prontuário 322
Tabela 20 - Implantação de Sistema de Protocolos 327
Tabela 21 - Implantação de Sistema de Epacs 328
Tabela 22 – Implantação de Sistema de Maqueiros 331
Tabela 23 – Implantação de Sistema Intranet 333
Tabela 24 - Implantação de Sistema Paperless IPGSE 334
Tabela 25 - Implantação de Sistema de E-mails 336
Tabela 26 - Implantação de Sistema de Firewall 339
Tabela 27 - Implantação de Sistema de Controle de Acesso à Rede 341
Tabela 28 - Implantação de Sistema de Controle de alerta de Redes 342
Tabela 29 - Implantação de Sistema de Gestão da Qualidade 343
Tabela 30 - Custeios e Investimentos para Sistemas de Apoio 349
Tabela 31 - Achado e possíveis causas 447
Tabela 32 - Posologia e vias de administração de antibióticos utilizáveis no tratamento da pneumonia adquirida na comunidade 469
Tabela 33 - Tratamento medicamentoso 478
Tabela 34 - Tratamento medicamentoso 478

Tabela 35 - Tratamento medicamentoso 479
Tabela 36 - Tratamento medicamentoso 480
Tabela 37 - Tratamento medicamentoso 480
Tabela 38 - Abordagem terapêutica 526
Tabela 39 - Faixa Etária/Estratégia de Rastreamento 694
Tabela 40 - Risco/Característica do Usuário 695
Tabela 41 - Interpretação dos Resultados de Mamografia (Bi-Rads) 697
Tabela 42 - Perfil de Atendimento – dados de produção 797
Tabela 43 - Perfil de atendimento - dados de produção 801
Tabela 44 - Dados de produção 805
Tabela 45 - Dados de produção 809
Tabela 46 - Dados de produção 812
Tabela 47 - Cronograma da Comissão de Ética Médica 822
Tabela 48 - Cronograma da Comissão de Ética Multiprofissional 826
Tabela 49 - Cronograma da Comissão de Biossegurança 830
Tabela 50 - Cronograma da Comissão Controle de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (CCIRAS) 839
Tabela 51 - Cronograma da Comissão de Revisão de Prontuário 846
Tabela 52 - Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) 854
Tabela 53 - Cronograma da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA 864
Tabela 54 - Comissão Gerenciamento De Resíduos De Serviços De Saúde 872
Tabela 55 - Cronograma da Comissão de Farmácia Terapêutica 878
Tabela 56 - Cronograma da Comissão de Proteção Radiológica 884
Tabela 57 – Comitê de Compliance 892
Tabela 58 - Cronograma da Comissão de Ética e Pesquisa 904
Tabela 59 – - Cronograma da Comissão do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) 911
Tabela 60 - Cronograma da Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT 917
Tabela 61 - Cronograma da Comissão Interna de Qualidade 928
Tabela 62 - Cronograma da Comissão de Humanização 934
Tabela 63 – Cronograma da Comissão de Eventos 938
Tabela 64 - Cronograma da Comissão de Padronização 944
Tabela 65 – Cronograma de execução 957
Tabela 66 – Cronograma de execução 962
Tabela 67 – Cronograma de implantação 978
Tabela 68 - Quadro médico proposto para Policlínica Estadual de Quirinópolis 1532

Tabela 69 - Classificação da HAS (Diretriz Europeia 2018 / Diretriz Brasilieira 2020). 1536
Tabela 70 – Achado e possíveis causas 1602
Tabela 71– Faixa etária / rastreamento..... 1760
Tabela 72 – Risco elevado / rastreamento 1761
Tabela 73 – Interpretação dos resultados de mamografia 1763
Tabela 74 - Papéis e responsabilidades da equipe 1968
Tabela 75 - Variações aceitáveis da Frequência Respiratória (FR) 1968
Tabela 76 - Alterações do Padrão Respiratório ... .1969
Tabela 77 - Valores de referência da Frequência Cardíaca (FC). 1969
Tabela 78 - Variações dos valores de temperatura corporal normal e alterações da temperatura 1970
Tabela 79 - Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade. 1971
Tabela 80 - Papéis e responsabilidades da equipe 1975
Tabela 81 - Papéis e responsabilidades da equipe 1979
Tabela 82 - Papéis e responsabilidades da equipe 1983
Tabela 83 - Papéis e responsabilidades da equipe 1987
Tabela 84 - Papéis e responsabilidades da equipe 1991
Tabela 85 - Papéis e responsabilidades da equipe 1994
Tabela 86 - Papéis e responsabilidades da equipe 2020
Tabela 87 - Papéis e responsabilidades da equipe 2025
Tabela 88 - Papéis e responsabilidades da equipe 2029
Tabela 89 - Papéis e responsabilidades da equipe 2033
Tabela 90 - Papéis e responsabilidades da equipe 2037
Tabela 91 - Papéis e responsabilidades da equipe 2041
Tabela 92 - Papéis e responsabilidades da equipe 2046
Tabela 93 - Papéis e responsabilidades da equipe 2050
Tabela 94 - Papéis e responsabilidades da equipe 2054
Tabela 95 - Papéis e responsabilidades da equipe 2057
Tabela 96 – Definição operacional 2060
Tabela 97 - Papéis e responsabilidades da equipe 2064
Tabela 98 - Divisão de colaboradores do Serviço Social 2079
Tabela 99 - Proposta de dimensionamento de enfermagem 2086
Tabela 100 - Proposta de dimensionamento de profissionais de Psicologia 2088
Tabela 101 - Proposta de dimensionamento de Nutrição 2093
Tabela 102 – Proposta para dimensionamento de Fonoaudiologia 2095
Tabela 103 - Proposta de dimensionamento Farmacêutico 2097

Tabela 104 – Proposta de distribuição odontológica do CEO I 2100
Tabela 105 - Cargos Administrativos POLICLÍNICA QUIRINÓPOLIS/IPGSE 2102
Tabela 106 – Visitas a fornecedores 2120
Tabela 107 - Plano de cargos e salários 2264
Tabela 108 - Indicadores de desempenho..... 2330
Tabela 109 - Cronograma de execução 2331
Tabela 110 - Custos Estimados..... 2333

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Identidade Organizacional da IPGSE 25
Figura 2 - Imagem da Policlínica de Quirinópolis 27
Figura 3 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás (HERSO) 29
Figura 4 - Modelo Gerencial Interno do IPGSE 34
Figura 5 - Nosso Modelo Gerencial 38
Figura 6 – Mapa Estratégico IPGSE..... 42
Figura 7 - Localização de Quirinópolis Goiás 47
Figura 8 - Projeto Arquitetônico da Policlínica de Quirinópolis..... 63
Figura 9 - Fluxograma de Acesso de Colaboradores dos Setores Administrativos 70
Figura 10 - Fluxograma de Acesso de Colaboradores do Setor de Material de Esterilização (CME) 71
Figura 11 - Fluxograma de Acesso dos Profissionais ao Serviço de Endoscopia e Colonoscopia ..... .73
Figura 12 - Fluxograma de Acesso de Colaboradores do Setor de Imagem, Laboratório, Farmácia, Serviço de Higiene e Limpeza, Equipe Multidisciplinar, Médicos e Serviço de Hemodiálise 74
Figura 13 - Fluxograma de Acesso ao Abrigo de Gases Medicinais 78
Figura 14 - Fluxograma de Acesso de Fornecedores..... 80
Figura 15 - Fluxograma Acesso de Entrada à Prestadores de Serviços de Manutenção Terceirizada 81
Figura 16 - Fluxograma de Acesso de Palestrantes (Sala de Reunião/Treinamentos) 82
Figura 17 - Fluxograma de Acesso do Acompanhante 83
Figura 18 - Fluxograma de Acesso de Transporte Externo à Unidade..... 84
Figura 19 - Fluxograma de Transporte de Pacientes dos Municípios para o Serviço de Hemodiálise 86
Figura 20 - Fluxograma - Abertura de Atendimento na Recepção..... 88
Figura 21 - Fluxograma de Atendimento do Serviço de Ouvidoria 89
Figura 22 - Fluxograma da Central Regulação Estadual 91
Figura 23 - Fluxograma de Aquisição de Bens e Móveis..... 93
Figura 24 - Fluxograma de Inservibilidade de Equipamentos/Logística Reserva 95
Figura 25 - Fluxograma de Atendimento do Paciente na Sala de Estabilização..... 97
Figura 26 – Fluxograma de Atendimento no Serviço de Hemodiálise 99
Figura 27 - Fluxograma de Acesso do Paciente ao Serviço de Endoscopia e Colonoscopia 101
Figura 28 - Fluxograma de Atendimento Médico no Ambulatório 105
Figura 29 - Fluxograma de Atendimento ao paciente no Posto de Coleta/Laboratório 106
Figura 30 - Fluxograma de Atendimento na Sala de Cuidados Farmacêutico 108
Figura 31 - Fluxograma de Atendimento na Sala de Fisioterapia..... 110

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Figura 32 - Fluxograma de Atendimento da Equipe Multiprofissional 112
Figura 33 - Fluxograma de Consulta Ambulatorial de Enfermagem 114
Figura 34 - Fluxograma de Atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas..... 116
Figura 35 - Fluxograma de Dispensação de Medicamento na Farmácia Ambulatorial 118
Figura 36 - Fluxograma de Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)..... 120
Figura 37 - Fluxograma de Atendimento na Sala de Injetáveis..... 122
Figura 38 - Fluxograma de Atendimento na Sala de Pequenos Procedimentos 124
Figura 39 - Fluxograma de Atendimento do Paciente na Sala de Recuperação Pós-anestésica (RPA) 125
Figura 40 - Fluxograma de Atendimento do Paciente na Sala de Gesso 127
Figura 41 - Fluxograma para remoção do Paciente da Sala de Estabilização para Unidade Referência..... 128
Figura 42 - Fluxograma de Atendimento Externo de SADT..... 130
Figura 43 - Fluxograma de Atendimento Interno de SADT..... 132
Figura 44 - Fluxograma de Coleta de Exames Laboratoriais 133
Figura 45 - Fluxograma de Distribuição do Aporte Nutricional aos Pacientes da Hemodiálise 135
Figura 46 - Fluxo de registro de documento no agendamento de paciente..... 139
Figura 47 - Fluxo de registro de documentos para abertura de atendimento 140
Figura 48 - Fluxo de pré-cadastro para registro de autorização de internação hospitalar-AIH ..... .142
Figura 49 - Fluxo de Registro para finalização de atendimento dos pacientes regulados 143
Figura 50 - Fluxo de registro de documento da controladoria interna 144
Figura 51 - Fluxo de encaminhamento de ofícios..... 145
Figura 52 - Fluxo para recebimento de ofícios..... 146
Figura 53 - Fluxo para solicitação de prontuário. 148
Figura 54 - Fluxo de pagamentos de prestadores de serviços..... 150
Figura 55 - Fluxo de pagamentos de fornecedores de matérias hospitalares e medicamentos 152
Figura 56 - Fluxo para organização e manutenção da regularidade contábil. 154
Figura 57 - Fluxo para elaboração de documentos..... 155
Figura 58 - Fluxo de notificação e tratativas de ocorrências 157
Figura 59 - Fluxo solicitação de compras..... 158
Figura 60 - Fluxo solicitação de materiais..... 159
Figura 61 - Fluxo entrada de produtos 160
Figura 62 - Fluxo inventário..... 161
Figura 63 - Fluxo Baixa de produtos 162

Figura 64 - Fluxo Faturamento BPA 163
Figura 65 - Fluxo Faturamento de APAC 164
Figura 66 - Fluxo de solicitação de exames laboratoriais 165
Figura 67 – Fluxo de confirmação de pedidos de exames laboratoriais 166
Figura 68 - Fluxo de Liberação de exames laboratoriais 167
Figura 69 - Fluxograma da Visão Macro da CME 172
Figura 70 - Fluxograma de Recebimento de Material no Expurgo 174
Figura 71 - Fluxograma de Desinfecção Química 176
Figura 72 - Fluxograma de Recebimento de Material na Área de Preparo 178
Figura 73 - Fluxograma de Recebimento de Material na Área de Arsenal 180
Figura 74 - Descrição de tipo de resíduos 183
Figura 75 - Fluxograma de Coleta Interna dos Resíduos dos Serviços de Saúde 184
Figura 76 - Fluxograma de Coleta Externa dos Resíduos dos Serviços de Saúde 186
Figura 77 - Fluxograma para Programação de Aquisição para Reposição de Estoque 208
Figura 78 - Fluxograma de Aquisição Via Ordem de Compra 209
Figura 79 - Fluxograma de Compra Emergencial 210
Figura 80 - Fluxograma para Emissão de Ordem de Compra 211
Figura 81 - Fluxograma para Emissão de Ordem de Compra 212
Figura 82 - Fluxograma Logístico de Distribuição Interna de Medicamentos 213
Figura 83 - Fluxograma de Gestão da Distribuição de Materiais 213
Figura 84 - Fluxograma de Fracionamento e Unitarização 214
Figura 85 - Fluxograma de Gestão da Dispensação 215
Figura 86 - Fluxograma de Triagem das Prescrições 216
Figura 87 - Fluxograma de Inventário 217
Figura 88 - Tela de Registro do Paciente 294
Figura 89 - Tela para registro de Classificação de risco 295
Figura 90 - Tela de Classificação de Risco para registro dos dados do paciente 295
Figura 91 - Tela de Cadastro de Atendimento pós Classificação 296
Figura 92 - Tela de Registro do Paciente em Observação ou Sala Vermelha 296
Figura 93 - Tela de Registro de Informações do Paciente 297
Figura 94 - Tela para Emissão de AIH 297
Figura 95 - Tela de Admissão da Enfermagem 298
Figura 96 - Tela para Registro de Aferição e Sinais Vitais 298
Figura 97 - Tela para Registro de Evolução Multiprofissional 299
Figura 98 - Tela de registro da prescrição de Enfermagem 299
Figura 99 - Tela de Registro das Checagens de Medicamentos 300
Figura 100 - Tela de Registro de Trabalho de parto 300

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Figura 101 - Tela de Registro de pós parto 301
Figura 102 - Tela de Registro da Classificação de Robson 301
Figura 103 - Tela de Registro da Ficha Obstétrica 302
Figura 104 - Tela de Registro de SAE para gestantes 302
Figura 105 - Tela de Registro para abertura de risco de suicídio 303
Figura 106 - Tela de Registro para abertura de risco de autoextermínio 303
Figura 107 - Tela de Registro para acompanhamento da abertura de risco de autoextermínio.....304
Figura 108 - Tela de registro de alta médica 304
Figura 109 - Tela de registro da alta hospitalar..... 305
Figura 110 - Tela de entrada de produtos no Almoxarifado 305
Figura 111 - Tela de saída de produtos do Almoxarifado..... 306
Figura 112 - Tela de solicitação de produtos do Almoxarifado e Farmácia 306
Figura 113 - Tela de seleção de estoques 307
Figura 114 - Tela de início do Sistema de prestação de contas.....310
Figura 115 - Tela de dados movimentos por período selecionado..... 310
Figura 116 - Tela de dados movimentados por período - dados bancários..... 311
Figura 117 - Tela de dados movimentados por período – documentos..... 311
Figura 118 - Tela de dados movimentados por período – contrato 312
Figura 119 - Tela de Cotações abertas e vencidas..... 313
Figura 120 - Tela do Sistema de Registro de Ponto 316
Figura 121 - Cadastro de Entrada..... 317
Figura 122 - Registro de Saídas 317
Figura 123 - Fluxograma do sistema de controle de entrada e saída 318
Figura 124 - Tela de início do Sistema de Movimentação de Prontuário 320
Figura 125 - Tela de Histórico do Sistema de Movimentação de Prontuário.....320
Figura 126 - Fluxograma do sistema de rastreamento de prontuários 321
Figura 127 - Tela de início do Sistema de Protocolos e Contratos..... 322
Figura 128 - Tela de cadastro de protocolos..... 323
Figura 129 - Tela de cadastro de contratos.....323
Figura 130 - Fluxograma de criação envio e recebimento de protocolos 324
Figura 131 - Fluxograma de criação, devolução e recebimento de remessas 324
Figura 132 - Fluxograma de criação de contratos 325
Figura 133 - Fluxograma de aditivos de contratos 325
Figura 134 - Fluxograma de liquidação de contratos 326
Figura 135 – Fluxograma de criação de orçamentos, lançamento de nfs e ordens de compra326
Figura 136 - Tela Epacs..... 328

Figura 137 - Tela Sistema de Maqueiros 329
Figura 138 - Tela Sistema de Maqueiros – Cadastros 329
Figura 139 - Fluxograma do sistema de maqueiros (Condutores) 330
Figura 140 - Fluxograma do sistema de maqueiros (Equipe Técnica) 330
Figura 141 - Imagem da página inicial do sistema intranet 332
Figura 142 - Fluxograma do sistema intranet 333
Figura 143 - Tela de Login da Suite do Zimbra 335
Figura 144 - Tela de início da Suite do Zimbra 335
Figura 145 - Interface Sistema de Firewall 337
Figura 146 - Interface de Configuração do Sistema de Firewall 338
Figura 147 - Interface Sistema de Acesso a rede 340
Figura 148 - Interface Sistema de Alerta de Possíveis Paralisações do Sistema 341
Figura 149 - Modelo de protocolo assistencial 362
Figura 150 - Critérios de gravidade 502
Figura 151 - Tipos de tratamento cirúrgico com base na gravidade 503
Figura 152 - Sistemas e Aplicativos da produção ambulatorial 747
Figura 153 - Controle de Temperatura e Umidade do Ambiente 751
Figura 154 - Fluxograma de Recebimento de Medicamentos e Materiais 757
Figura 155 - Itens de despesa que compõem os grupos de gastos 784
Figura 156 - Fluxograma dos processos de pagamentos 792
Figura 157 – Fluxograma de notificação compulsória do NHE 947
Figura 158 – Ficha de compartilhamento do cuidado 976
Figura 159 – Ficha de compartilhamento de cuidado 977
Figura 160 – Fluxo de contra referência 979
Figura 161 – Organograma da Policlinica de Quirinópolis 1402
Figura 162 - Fluxo abordagem diagnóstica 1579
Figura 163 – Função Renal e Manejo 1593
Figura 164 – Posologia e vias de administração de antibióticos utilizáveis no tratamento da pneumonia adquirida na comunidade 1937
Figura 165 – Esquema de tratamento 1951
Figura 166 – Esquema de tratamento 1952
Figura 167 – DIAGRAMA DE ISKAWA 1956
Figura 168 – ANÁLISE SWOT 1957
Figura 169 – PLANO DE AÇÃO 5W2H 1958
Figura 170 – Metas de Consultas Médicas Ambulatoriais 1958
Figura 171 – Metas de Consultas e Processos Terapêuticos de Média Duração 1958

Figura 172 – Meta Consultas Farmacêuticas Para Pacientes que Recebem Medicamentos do CEAF.....1959
Figura 173 – Meta Dispensação de Medicamentos do CEAF.....1959
Figura 174 – Meta de Consultas Odontológicas.....1959
Figura 175 – Meta de Produção Mínima TRS.....1959
Figura 176 – Metas de SADT Externo da Policlínica Estadual da Região Sudoeste-Quirinópolis.....1960
Figura 177 – Síntese de Metas de Desempenho.....1961
Figura 178 – Escala de dor com descritor visual.....1972
Figura 179 – Técnica de aplicação.....1988
Figura 180 – Os 13 certos da medicação.....2021
Figura 181 – Cinco momentos para higienização das mãos.....2047
Figura 182 – Recebimento de medicamentos e materiais.....2123
Figura 183 – Fluxo logistíco distribuição interna de medicamentos.....2124
Figura 184 – Fluxo de inventário.....2126
Figura 185 – Requisição de Pessoal.....2286
Figura 186 – Solicitação de Desligamento.....2287
Figura 187 – Escala Mensal.....2305
Figura 188 – Autorização de Remanejamento.....2306
Figura 189 – Justificativa para não marcação.....2306
Figura 190 – Justificativa para não marcação.....2307
Figura 191 – Visão IPGSE.....2321

LISTA DE SIGLAS

ACM - A CRITÉRIO MÉDICO
AD - ÁGUA DESTILADA
AGR - AGÊNCIA GOIANA DE FISCALIZAÇÃO
ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
BI - BOMBA DE INFUSÃO
CEC/GEAM - COORDENAÇÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA DA GERÊNCIA DE ENGENHARIA, ARQUITETURA E MANUTENÇÃO
CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CGE - CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO
CNBB - CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL
CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
CNPJ - CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA
COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
COREN - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM
CPB - CÓDIGO PENAL BRASILEIRO
CRE - COMPLEXO REGULADOR ESTADUAL
CRIE - CENTRO DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS
CRM - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DATASUS - DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
EV - ENDOVENOSA
GAOS - GERENCIA DE AVALIAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
H - HORA
HB - HEMOGLOBINA
IM - INTRAMUSCULAR
IML - INSTITUTO MÉDICO LEGAL
INR - INTERNATIONAL NORMALIZED RATIO
LNT – LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTOS.
LNT – LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE TREINAMENTOS.
MÁX. - MÁXIMA
MCG - MICROGRAMA
MG - MILIGRAMA
MIN. - MINUTO
MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE
NBC - NORMAS BRASILEIRAS DE CONTABILIDADE
NBR - NORMA BRASILEILRA

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

NEP – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.
NEP – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.
OS - ORGANIZAÇÃO SOCIAL
OSC - ORGANIZAÇÃO SOCIAL CIVIL
OSS - ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
P/ - PARA
RAS - REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE
RDC – RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA.
RDC – RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA.
REF. - TEMPERATURA DE REFRIGERAÇÃO (2 À 8ºC)
SC - SUBCUTÂNEA
SCIH – SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.
SCIH – SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.
SEAD - SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO DE GOIÁS
SEI - SISTEMA ELETRÔNICO DE INFORMAÇÃO
SES - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SF - SORO FISIOLÓGICO (CLORETO DE SÓDIO)
SG - SORO GLICOSADO
SGF - SORO GLICOFISIOLÓGICO
SN - SE NECESSÁRIO
SR - SORO RINGER
SRL - SORO RINGER LACTATO
SUTIS - SUPERINTENDÊNCIA DE TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E SUSTENTABILIDADE
SUVISA – SUPERINTENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
TA: TEMPERATURA AMBIENTE (15 À 30º)
TCE - TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO
TR: TOQUE RETAL
TS: TEMPO DE SANGRAMENTO
TV: TAQUICARDIA VENTRICULAR
TVP: TROMBOSE VENOSA PROFUNDA
TTPA: TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO
TSH: HORMÔNIO ESTIMULANTE DA TIREÓIDE
TX: TRANSPLANTE
TU: TUMOR
T3: TRIIODOTIRONINA
UI - UNIDADE INTERNACIONAL
VVS – VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

VC: VOLUME CORRENTE

VCV: VENTILAÇÃO CONTROLADA A VOLUME

VD: VENTRÍCULO DIREITO V

E: VENTRÍCULO ESQUERDO

VJD: VEIA JUGULAR DIREITA

VJE: VEIA JUGULAR ESQUERDA

VMIN: VOLUME MINUTO

VO: VIA ORAL

OBJETIVO DA PROPOSTA TÉCNICA E FINANCEIRA

A presente proposta visa à implantação de um modelo gerencial baseado na gestão compartilhada, com experiência comprovada na gestão de unidades hospitalares com perfil de Média e Alta Complexidade, para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde na unidade da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis, alicerçada nos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade, universalidade e equidade.

Como Organização da Sociedade Civil (OSC), o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE) propõe a celebração de um Termo de Colaboração para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 12 horas/dia, na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, CEP 75.860-000, Quirinópolis – Goiás.

Este modelo de gestão colaborativa com entidades sem fins lucrativos, público e a parceria dele decorrente se regem por toda a legislação aplicável à espécie, especialmente pelas normas da Lei Federal nº 13.019/2014 e a Lei complementar nº 141/12, bem como pelas regras constantes do Edital Nº 09/2024-SES/GO PROCESSO nº 202400010033097.

O objetivo principal desta parceria é garantir a prestação de serviços de saúde de alta qualidade, voltados para a integralidade do cuidado, em consonância com as necessidades da população e as diretrizes do SUS. Buscando através da celebração deste termo de colaboração a execução de serviços, ações de saúde pública de excelência a população goiana.

SOBRE O IPGSE

O Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE) é uma entidade de direito privado, estruturada em conformidade com os princípios estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002), constituída como uma Associação Civil sem fins lucrativos. O IPGSE está estrategicamente localizado na Região Sudoeste do Estado de Goiás, com sua sede matriz em Rio Verde – GO, na Rua Avelino de Faria nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140.

Desde a sua fundação, em 3 de janeiro de 2013, o IPGSE tem se dedicado ao planejamento e execução de atividades especializadas em gestão e operacionalização de instituições públicas e privadas. Com uma equipe altamente qualificada, composta por membros associados e profissionais capacitados, o instituto se destaca pela sua capacidade de desenvolver e implementar soluções inovadoras em diversas áreas, incluindo Saúde, Assistência Social, Educação, e Programas de Promoção de Integridade Social.

A atuação do IPGSE é pautada por seu compromisso estatutário de promover o desenvolvimento de pesquisas científicas, produção de soluções tecnológicas e suas respectivas transferências, sempre por meio de projetos e programas próprios ou em parceria com outras organizações. O instituto também se dedica à Gestão de Serviços Sociais e à implementação de Programas de Qualificação, Capacitação e Treinamento de Profissionais, com foco na excelência e na melhoria contínua dos serviços oferecidos.

Este modelo de gestão colaborativa com entidades sem fins lucrativos está fundamentado e regulamentado pela Lei Federal nº 13.019/2014 e demais supracitadas, que estabelecem normativas gerais para parcerias entre a administração pública e organizações da sociedade civil. Tratando como objetivo principal a garantia da prestação de serviços de saúde de alta qualidade, voltados para a integralidade do cuidado, em consonância com as necessidades da população e as diretrizes do SUS.

MODELO GERENCIAL PROPOSTO:

O IPGSE se compromete a implementar um modelo gerencial inovador, que alia a excelência técnica à humanização do cuidado, com foco na eficiência, transparência e responsabilidade na gestão dos recursos públicos, efetivando o cumprimento de atividades e ações, que mantém o modelo de Gestão Compartilhada, alternativo ao Modelo Hegemônico, considerando o conhecimento e o poder de decisão sobre condutas, exercidas pelos seus membros associados, pelos membros dos conselhos de deliberação superior, membros da diretoria e seu corpo de profissionais.

Alinhando a projetos e programadas visando a constante qualificação dos espaços na tomada de decisão, valorizando a autonomia dos sujeitos, desde a idealização até a concretização do fazer em saúde, promovendo o envolvimento contínuo de todos com este ideal. A proposta enfatiza a adoção de práticas gerenciais modernas e integradas, orientadas pelos seguintes pilares:

Qualidade na Assistência à Saúde:

- Implementação de protocolos clínicos e operacionais baseados em evidências, garantindo a segurança do paciente e a excelência nos resultados.
- Monitoramento contínuo dos indicadores de desempenho, com o uso de ferramentas de Business Intelligence (BI) para otimizar a gestão e a tomada de decisões.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Gestão Inovadora e Eficiente:

- Aplicação de metodologias de gestão baseadas em ciclos de melhoria contínua, como PDCA (Plan, Do, Check, Act) e Lean Healthcare, voltadas para a otimização de processos e redução de desperdícios.
- Uso de sistemas de informação integrados para garantir a rastreabilidade das ações e a transparência dos resultados.

Humanização e Acolhimento:

- Valorização do atendimento humanizado, com foco no acolhimento, escuta qualificada e atenção integral ao paciente e seus familiares.
- Capacitação contínua das equipes multiprofissionais para aprimoramento das competências técnicas e relacionais.

Transparência e Controle Social:

- A gestão será norteada pela transparência ativa, com a publicação periódica de relatórios de desempenho e a realização de audiências públicas para prestação de contas.
- Envolvimento da comunidade e dos Conselhos de Saúde no processo decisório, garantindo a participação social e o controle democrático.

Integração e Regionalização:

- O modelo respeitará a regionalização e a hierarquização da rede de saúde, promovendo a integração da Policlínica Estadual de Quirinópolis com a rede assistencial do município e da região, de modo a assegurar a continuidade do cuidado e o fluxo adequado dos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS:

O IPGSE visa atingir e superar as metas pactuadas, promovendo um salto qualitativo na assistência prestada, com impacto positivo nos indicadores de saúde da população atendida. A eficiência gerencial, aliada ao compromisso com os princípios do SUS, permitirá a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, se consolidar como uma referência na prestação de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

serviços de saúde, oferecendo cuidados com elevada resolutividade e acolhimento humanizado. Com esta proposta, o IPGSE reafirma seu compromisso em contribuir para o fortalecimento do SUS, implementando um modelo de gestão que não apenas respeita os princípios da universalidade, regionalização e hierarquização, mas também promove o aperfeiçoamento contínuo desses princípios, em benefício direto da população. Estamos prontos para assumir esse desafio, com a certeza de que nossa experiência, competência e dedicação se traduzirão em resultados concretos e na melhoria da saúde pública no município de Quirinópolis - GO.

MISSÃO:

Participar da efetiva construção do progresso da humanidade, com prática de atividades que visam valorizar o ser humano, através da promoção da saúde, da educação e qualificação profissional, bem-estar e a integração do indivíduo no meio social.

VISÃO:

Pelo cumprimento de sua missão e dos benefícios promovidos à sociedade, ser uma instituição nacionalmente reconhecida pela qualidade da gestão e das implementações de soluções aplicadas nas instituições geridas e seus profissionais da área de sua atuação na saúde, educação, soluções inovadoras e tecnológicas, formação profissional e pelas ações de promoção no desenvolvimento humano.

VALORES:

- **Gestão Compartilhada e Participativa**
- **Ética**
- **Valorização dos Colaboradores**
- **Responsabilidade Social**
- **Transparência Social**

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Para o cumprimento das suas atividades e ações, mantém o modelo da Gestão Compartilhada, alternativo ao Modelo Hegemônico, considerando o conhecimento e o poder de decisão sobre condutas, exercidas pelos seus membros associados, pelos membros dos conselhos de deliberação superior, membros da diretoria e seu corpo de profissionais.

Com ações planejadas e programadas busca a constante qualificação dos espaços de tomada de decisão, valorizando a autonomia dos sujeitos, desde a idealização até a concretização do fazer em saúde, promovendo o envolvimento contínuo de todos com este ideal.

O Ipgse é uma associação de pessoas, qualificada como Organização Social na área da saúde pelo decreto do Estado de Goiás nº 9.758 de 30 de novembro de 2020 e reconhecido como entidade de utilidade pública e de interesse social por força do artigo 13º da Lei Estadual 15.503 de 28 de dezembro de 2005. A figura abaixo traz a identidade organizacional da IPGSE: RESPEITO, EXECUÇÃO, VISÃO E TRANSPARÊNCIA.

O Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE) reafirma seu compromisso com a transparência e a excelência na gestão dos recursos públicos. Em 2022, essa postura foi amplamente reconhecida no ranking de transparência das Organizações Sociais contratadas pelo Governo de Goiás, elaborado pela Controladoria-Geral do Estado (CGE) em parceria com o Tribunal de Contas do Estado de Goiás (TCE) e com a cooperação das Secretarias de Saúde e Administração.

Esse resultado reflete o rigor e a seriedade com que o IPGSE conduz suas atividades, assegurando a prestação de contas, a clareza nas informações e o compromisso com a legalidade em todas as suas ações. Continuamos dedicados a fortalecer nossas práticas de gestão, sempre com foco na transparência e na melhoria contínua dos serviços prestados à população.



Figura 1 - Identidade Organizacional da IPGSE

RESPEITO

Para o Ipgse respeito é um dos valores humanos que fundamentam a vida em sociedade. Seja em relações interpessoais ou em vista de normas, regras ou de um poder instituído. O respeito pode se dar em diferentes níveis de relações de poder e hierarquia e é essencial para a execução do trabalho.

EXECUÇÃO

A execução pode ser conceituada como o meio pelo qual o cumprimento de uma obrigação é, voluntária ou involuntariamente, satisfeita.

VISÃO

Podemos definir que visão é um conjunto de objetivos que a organização visa alcançar pensando a longo prazo. Trata-se de se vê o futuro, suas aspirações mais desafiadoras.

TRANSPARÊNCIA

A transparência é base do Ipgse e visa regular a relação jurídica que se compõe do direito à informação dos cidadãos e do dever de prestação de informações por parte do Poder Público em sentido bem amplo.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE | QUIRINÓPOLIS:

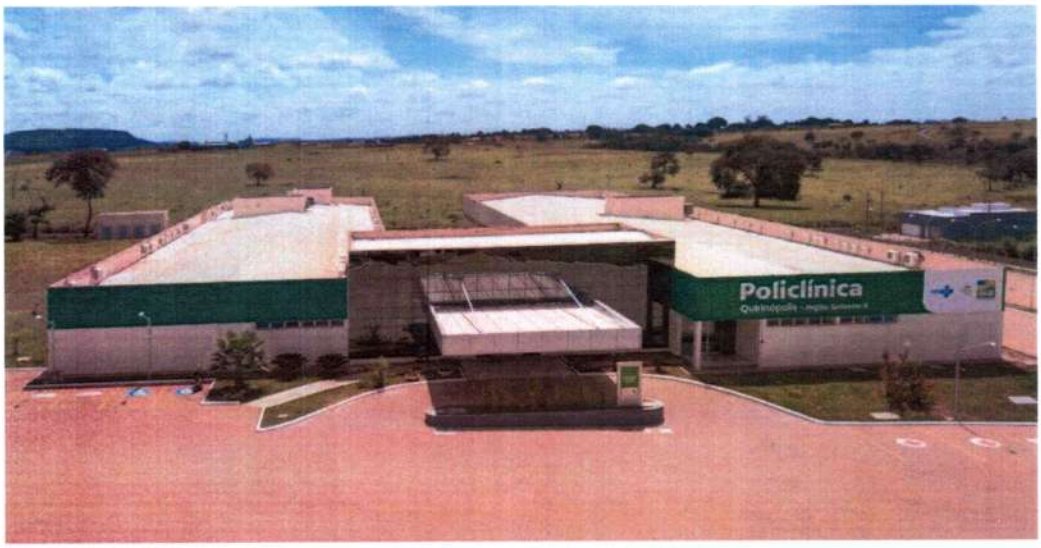


Figura 2 - Imagem do Policlínica de Quirinópolis

O IPGSE assumiu para gestão e operacionalização da Policlínica de Quirinópolis através de Chamamento Emergencial, desde o dia 26/07/2024, através do Termo de Colaboração nº 94/2024 até 26/01/2025,, ou até à abertura de seu certame para Gestão Definitiva, onde seguindo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e o termo assinado, a unidade possui e está executando os serviços abaixo:

SERVIÇOS POLICLÍNICA DE QUIRINÓPOLIS

Descrição:		
Audiometria	Eletrocardiografia	Patologia Clínica
Biópsias Gerais	Endoscopia	Punção Aspirativa por Agulha Grossa
Cistoscopias	Emissões otoacústicas	Radiologia
Colonoscopias	Espirometria	Teste Ergométrico
Colposcopia	Exames Oftalmológicos*	Tomografia Computadorizada

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SERVIÇOS POLICLÍNICA DE QUIRINÓPOLIS

Descrição:		
Densitometria Óssea	Holter	Ultrassonografia
Doppler vascular	Mamografia	Urodinânica
Ecocardiografia	Nasofibroscopia	Videolaringoscopia
Consultas Medicas Especializadas		Consultas de multiprofissionais
Consultas da Atenção Primária		
Pequenas Cirurgias		

Tabela 1 - Serviços da Policlínica de Quirinópolis

O Estabelecimento de Saúde disponibiliza consultas (médicas e multiprofissionais) e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também encaminham pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Regulação Estadual, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório.

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis, na sua concepção, está definida como uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

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



Figura 3 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás (HERSO)

O IPGSE está na gestão do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás (HERSO) desde o dia 26/01/2021. No período foram firmados os seguintes contratos e acordos:

Em 23/03/2021 foi firmado o Contrato de Gestão Emergencial 08/2021 onde segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o HERSO possuía cadastrado os seguintes leitos:

LEITOS - HERSO

Descrição:	Quantidade:
Ortopedia/Traumatologia	35
Cirurgia Geral	18
Clínica Geral	08
Clínica Pediátrica	08
Unidade de Isolamento	05
UTI Adulto – Tipo II	10

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

UTI Pediátrica – Tipo II	10
Total:	**94**

Tabela 2 - Distribuição de Leitos HERSO - 02/2021

No período de maio a setembro de 2021, atendendo à solicitação da SES/GO foram implantados à estrutura do HERSO 10 leitos adicionais de UTI Adulto COVID-19 conforme demonstrado no Despacho nº 1.721/2023. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o HERSO possuía à época cadastrados os seguintes leitos:

LEITOS - HERSO

Descrição:	**Quantidade:**
Ortopedia/Traumatologia	35
Cirurgia Geral	18
Clínica Geral	08
Clínica Pediátrica	08
Unidade de Isolamento	05
UTI Adulto – Tipo II	10
UTI Pediátrica – Tipo II	10
UTI Adulto – Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) COVID-19	10
Total:	**104**

Tabela 3 - Distribuição de Leitos HERSO - 05/2021

Em 05/10/2022 o IPGSE assinou o Contrato de Gestão Emergencial nº 88/2022 com vigência até 31/10/2022.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Em 01/11/2022 o IPGSE assinou o 1º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão Emergencial nº 88/2022 com vigência até 29/06/2024.

Em 30/06/2024 o IPGSE assinou o 2º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão Emergencial nº 88/2022 com vigência até 26/10/2023, onde o quantitativo de leitos de internação permeou em 87 (oitenta e sete), acrescentando quatro leitos dias, conforme tabela abaixo:

LEITOS - HERSO

Descrição:	Quantidade:
Ortopedia/Traumatologia	35
Cirurgia Geral	18
Clínica Geral	08
Clínica Médica Pediátrica	08
UTI Adulto – Tipo II	18
Total:	**87**
Leito Dia	04
Total:	**91**

Tabela 4 - Distribuição de Leitos HERSO - 11/2022

Em 27/10/2023 o IPGSE assinou o 3º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão Emergencial nº 88/2022 com vigência até 23/04/2024.

No dia 24/04/2024 o IPGSE assinou o 4º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão Emergencial nº 88/2022 com vigência até 20/10/2024, neste período foi concluído o Chamamento Público nº 04/2023, onde consagrou com Organização vencedora do certame o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados pelo período de 36 meses a contar da assinatura e publicação do extrato do termo de colaboração nº101/2024.

LEITOS - HERSO

Descrição:	Quantidade:
Ortopedia/Traumatologia	35
Cirurgia Geral	18
Clínica Geral	08
Clínica Médica Pediátrica	04
Clínica Cirúrgica Pediátrica	04
UTI Adulto – Tipo II	18
Total:	**87**
Leito Dia	04
Total:	**91**

Tabela 5 - Distribuição de Leitos HERSO – Termo de Colaboração nº 104/2024

O HERSO realiza atendimentos de ambulatório, urgência, emergência, cirurgias eletivas e SADT. O acesso à unidade ocorre via regulação ou por livre demanda. O hospital possui 96 leitos de capacidade instalada, incluindo a Unidade de Terapia Intensiva e atende as seguintes especialidades: Traumato e Ortopedia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Pediatria, Bucomaxilofacial e Urologia. A instituição realiza entre exames laboratoriais, Radiografias, Tomografias, eletrocardiogramas E CPRE.

Além de possuir ambulatórios nas especialidades de: Ortopedia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Bucomaxilofacial. Realiza cirurgias eletivas dentre procedimentos de Ortopedia e Cirurgia geral.

CASES DE SUCESSO:

✓ ENFERMEIRO ESPECIALIZADO NO TRATAMENTO DE FERIDAS:

O HERSO por meio da busca pelo melhor atendimento aos seus pacientes, destacou um enfermeiro exclusivo para avaliação e realização de tratamento em feridas, durante a internação, proporcionando maior humanização, segurança, qualidade assistencial e aceleração no plano terapêutico proposto. O acompanhamento adequado garante ao paciente uma maior rapidez na cicatrização de feridas cirúrgicas ou decorrentes de outras doenças prévias, resultando na redução no tempo de internação.

✓ IMPLANTAÇÃO SISTEMA DE MOVIMENTAÇÃO DE PRONTUÁRIOS:

O HERSO por meio do setor de faturamento e do departamento de Tecnologia da Informação (TI) realizou a construção e implantação do Sistema de Movimentação de Prontuário (SMP) nas pré-auditorias do HERSO e demais setores que realizam a movimentação do prontuário no objetivo de se mapear todos os departamentos que ele passe, promovendo maior segurança e confiabilidade.

✓ FARMÁCIA CLÍNICA EM TODOS OS SETORES DE INTERNAÇÃO:

O HERSO por meio do setor de Farmácia implantou não apenas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) a Farmácia Clínica e sim todas as unidades de Internação visando a promoção da qualidade da assistência farmacêutica utilizando diretrizes terapêuticas baseada em evidências, objetivando o cuidado centrado no paciente.

✓ IMPLANTAÇÃO DO SAFETY HUNDDLE:

O objetivo do método é promover a excelência na comunicação efetiva entre profissionais, resultando na melhoria contínua dos processos internos, principalmente os que envolvem a internação do paciente. Por meio de encontros diários, no início de turno, são discutidos pontos específicos a fim de promover ao máximo a cultura de segurança e garantir ao paciente um atendimento de qualidade. Por meio da conscientização coletiva da situação atual, os Safety Huddles promovem uma cultura de segurança que, por sua vez, reduzem o potencial de causar danos evitáveis, sendo baseadas nas metas internacionais de segurança do paciente.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

MODELO GERENCIAL - DIMENSÃO ORGANIZACIONAL INTERNA

A gestão eficaz de um hospital é essencial para garantir a prestação de serviços de saúde de alta qualidade à comunidade. Para atingir esse objetivo, é fundamental contar com uma equipe talentosa, comprometida e dedicada. Nesse contexto, a elaboração de um programa de atração e seleção de pessoas se torna um elemento crucial para o sucesso da gestão hospitalar. Esta proposta visa descrever como planejamos criar e implementar um programa robusto para atrair e selecionar profissionais qualificados, capacitados e alinhados com a missão e visão do hospital. O gerenciamento conforme a Figura 4 pressupõe o uso de instrumentos com foco no paciente e nos resultados, assegurando racionalização dos processos de trabalho, possibilitando a gestão por resultados através das metas de desempenho.



Figura 4 - Modelo Gerencial Interno do IPGSE

Esta lógica de organização rompe com a dicotomia estabelecida na atenção ao paciente, em que "cada profissional faz a sua parte" possibilitando uma visão integral da assistência e a participação de todos os profissionais no desenho organizacional.

Neste desenho organizacional a comunicação exerce papel fundamental para a articulação entre equipes, sendo o fluxo de comunicação lateral privilegiado em relação aos demais sentidos, uma vez que possibilita maior aproximação e articulação entre os serviços. No contexto da tomada de decisão, a informação deve ser empregada como mais um recurso para o desenvolvimento do processo de trabalho. A produção interna da informação e a utilização de fontes externas propiciam condições mais adequadas para utilização na tomada de decisão.

Diante destas estratégias, é possível constatar que a informação é mais um recurso para a gerência e que é de todos os atores envolvidos no processo de trabalho a responsabilidade pela sua coleta, organização, distribuição e disponibilização. Desta forma, um sistema de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

informação que sirva ao processo de trabalho deve responder às demandas e necessidades dos diversos serviços.

Entende-se por sistema de informação todo conjunto de dados e informações que são organizados de forma integrada, com o objetivo de atender à demanda e antecipar as necessidades dos usuários. Além do sistema de informação gerencial, o aprimoramento do **Sistema de Gestão** envolve o aperfeiçoamento e ou a implantação de outros dispositivos organizacionais, ferramentas de gestão e, em particular, de gestão de custos, de planejamento, acompanhamento e avaliação e instrumentos de melhoria contínua das distintas áreas de funcionamento institucional, destacando-se as áreas de: **a) Assistência; b) Gestão das Pessoas; c) Orçamentário-Financeira; d) Administração – logística.**

Os **Resultados dos 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 acontecerão diariamente/mensalmente.

ASSISTÊNCIA

Conformação de um serviço de média e alta complexidade, qualificado e com autossuficiência em atenção à urgência e emergência, ambulatorial e Hospitalar, possibilitando desta forma o acesso dos usuários que necessitam de atendimento resolutivo desse nível de complexidade.

GESTÃO DE PESSOAS

O IPGSE busca oferecer o melhor atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) e que sabe que, a cada novo colaborador, esse objetivo fica mais próximo de se concretizar. Porque um sistema não é feito apenas de regras, leis e diretrizes. Ele é formado por pessoas e por isso o IPGSE investe muito na Gestão de Pessoas.

Pessoas motivadas, felizes e dedicadas podem fazer a diferença e transformar o SUS em tudo o que ele foi idealizado para ser. Assim, a equipe de gestão de pessoas busca permanentemente facilitar e aproximar o relacionamento dos gestores com suas equipes, por meio da criação de um ambiente interno participativo, que visa estimular constantemente a criatividade dos colaboradores e a inovação dos processos de trabalho.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A filosofia de gestão do IPGSE é a de que motivar pessoas, desenvolver seus talentos e dar a oportunidade de crescimento profissional e pessoal para geração de grandes resultados. A equipe de Gestão de Pessoas tem como missão implantar as melhores práticas de gestão e atender com excelência os colaboradores, coordenando ações de treinamento e capacitação com o objetivo de promover a valorização e o aprimoramento dos conhecimentos técnicos de todos os profissionais.

PROGRAMA DE ATRAÇÃO E SELEÇÃO DE PESSOAS

Dispor de profissionais qualificados e motivados para alcançar as metas propostas é um dos pontos de maior atenção do setor de Gestão de Pessoas. A equipe busca identificar as necessidades do IPGSE e serviços gerenciados por meio das políticas de recrutamento, seleção, remanejamento e alocação da equipe, o que permite um maior aproveitamento dos talentos internos bem como a contratação de pessoas alinhadas aos valores e objetivos estratégicos da organização.

DESENVOLVIMENTO E PERFORMANCE

O programa de Avaliação de Desempenho do IPGSE permite avaliar tanto fatores comportamentais quanto a performance dos colaboradores, e em consequência dessas avaliações é possível planejar as ações necessárias para desenvolver e capacitar os talentos do IPGSE. Esse programa identifica as competências e as potencialidades, assim como as necessidades de treinamento e/ou aperfeiçoamento, e estabelece as metas alinhadas com base nos objetivos organizacionais. As avaliações são realizadas periodicamente para medir os resultados alcançados pela instituição, atendendo os indicadores estabelecidos nos Contratos de Gestão de responsabilidade do IPGSE.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) busca colocar em discussão a pertinência dos conteúdos e recursos para a formação técnica, tendo como base de interrogação e mudança os problemas enfrentados no cotidiano e a realidade vivida pelos atores envolvidos. Partindo do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos e conhecimentos no cotidiano das instituições, a EPS tem como principal objetivo qualificar a prática dos profissionais para que sejam capazes de analisar os problemas da sociedade e procurar soluções.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Utilizando uma lógica descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, sua abordagem propicia a democratização institucional, o desenvolvimento de capacidade de aprendizagem, de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde, e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde. Dessa forma, os processos de qualificação são estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

ORÇAMENTÁRIO - FINANCEIRA

A alocação de recursos financeiros adequado para estruturas físicas e equipamentos para capacitação dos profissionais de saúde e para a modernização gerencial do serviço, de acordo com o perfil assistencial definido para a instituição. Redistributiva: estabelecer um fator de alocação segundo necessidades.

ADMINISTRAÇÃO - LOGÍSTICA

Implantação de uma solução de logística integrada para a gestão com foco na execução de compras e contratos conforme a legislação para garantir e distribuição de insumos, medicamentos e materiais no Hospital com o objetivo de assegurar a qualidade do atendimento ao paciente, a segurança do paciente e a redução de custos.

DIRETRIZES PARA NOVA IMPLANTAÇÃO:

As diretrizes passam pelas seguintes definições: missão institucional; adequação de perfil assistencial; aprimoramento de mecanismos compreendendo: a) Gestão participativa; b) Desenvolvimento de mecanismos de integração à rede SUS; c) Adequação (qualitativa e quantitativa) do quadro de RH ao perfil assistencial; d) Sistematização da informação a partir da definição/ acompanhamento de indicadores Hospitalares básicos e indicadores de desempenho; e) Humanização da assistência; f) Melhoria progressiva da qualidade assistencial, determinado a definição de indicadores de qualidade e a satisfação do usuário.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Nesta proposta a IPGSE garante que a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, com regime de funcionamento de segunda à sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h às 19h será uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, prestando atendimento à Macrorregião Centro Sudeste e demais Macrorregiões, podendo oferecer suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual.



Figura 5 - Nosso Modelo Gerencial

A formação de **Redes de Atenção à Saúde – RAS**, impulsionam os serviços à plena integração às redes municipais, regionais e estaduais, o que impõem modificações conceituais e operacionais nos modelos de gerenciamento, conforme a Figura 5. O conceito das RAS se concretiza através de elementos-chave, com os quais o IPGSE reafirma o cenário do modelo gerencial a que se propõe:

1. Definição de um escopo de ações e serviços prestados a uma população definida, em território definido, em arcabouço matricial;

2. Estabelecimento de mecanismos efetivos de coordenação clínica e gerencial;

3. Integração das organizações envolvidas, em torno de objetivos comuns e compromissos

com resultados;

4. Eficiência e transparência na gestão dos recursos;

5. Gestão compartilhada com relações estáveis na hierarquia múltipla, com construção deconfiança e solidariedade.

A **integração** da produção de saúde deverá, também, ser implementada a partir de vários dispositivos e mecanismos, dos quais podemos nominar as "Diretrizes de Atenção" para a Parceria Solidária, caracterizadas por recomendações que orientarão as decisões assistenciais.

Ressalte-se que as "**Diretrizes**" desdobradas em "Guias de Práticas Clínicas", "Protocolos Assistenciais", orientarão as Linhas de Cuidado e possibilitarão a melhoria da comunicação entre os serviços e a programação de ações.

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

As Linhas de Cuidado devem abranger a definição de ações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, itinerários, parâmetros de atenção e recursos necessários a sua estruturação. A implantação da linha de cuidado em determinado sistema deve ter como base a relevância epidemiológica de riscos e agravos e a prioridade de atenção definida por políticas setoriais.

Para a Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis, serão consideradas as seguintes linhas de serviços: Atendimento Ambulatorial (primeira consulta, interconsulta, consultas subsequentes (retornos), processos terapêuticos realizados por equipe multiprofissional).

FILOSOFIA DE GESTÃO DO IPGSE

A Filosofia é fundamentada na transparência na gestão, ética nas ações, qualidade do serviço, humanização no atendimento e sustentabilidade ambiental. A proposta visa a implantação de ferramentas inovadoras de gestão, de coordenação e controle voltados para os resultados, considerando todos os princípios do SUS e, sobretudo, contribuindo para o aperfeiçoamento dos mesmos.

O modelo pressupõe o uso de instrumentos com foco no paciente e nos resultados, assegurando a racionalização dos processos de trabalho. Em resumo:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1. Liderança, focada em hábitos e atitudes gerenciais, estimulando mudanças de comportamentos, mentalidade, atitudes e rotinas de trabalho;

2. Sistematização do atendimento, implantação de protocolos assistenciais que permitam maior segurança, qualidade e humanização;

3. Alocação de recursos adequada, vinculando-se a prioridades estratégicas e à definição de metas explícitas e verificáveis através de indicadores de desempenho;

4. Recursos Humanos motivados;

5. Estrutura Organizacional reticular e não vertical, que enfatiza a importância dos papeis de cada um;

6. Sistema de informação confiável e oportuno sobre a operação cotidiana;

7. Gerenciamento por equipe e organização por processo e não por tarefa.

ESTRATÉGIAS QUE SERÃO ADOTADAS PARA O SUCESSO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O IPGSE investiu também no desenvolvimento/implantação de um Planejamento Estratégico integrado, que desenvolve e reproduz as diretrizes estratégicas de gestão em suas Unidades, garantindo aos indicadores de planejamento a conformidade. Este processo atua como instrumento capaz de conduzir racionalmente a Organização na direção almejada, alcançando os resultados esperados. Cada Unidade desdobra os objetivos, indicadores e projetos estratégicos, conforme aplicável, constituindo planos de ações, indicadores e monitoramentos tático-operacionais.

Os resultados dos indicadores dos processos, bem como a evolução de cada plano de ação, são analisados continuamente pela Diretoria que conduz e monitora todo o processo de Planejamento Estratégico. Desta forma, o Planejamento Estratégico estimula a implantação, a manutenção e o aprimoramento das ferramentas de gestão.

O planejamento estratégico também é uma forma de aprendizagem organizacional, estando orientado para a adaptação da Organização ao contexto em que se encontra,

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

constituindo um movimento constante de estímulo à aprendizagem e ao ajustamento organizacional, frente a um ambiente complexo e suscetível a mudanças.

Para a condução do Planejamento Estratégico de forma estruturada, foi adotado o modelo do **Balanced Scorecard – BSC**, para a compreensão da interação entre os diversos indicadores e planos de ações estratégicos, bem como para a manutenção do alinhamento à Identidade Organizacional, diretrizes corporativas e o atendimento aos requisitos dos clientes.

O Balanced Scorecard, além de constituir um modelo para medição do desempenho, permite o monitoramento constante das estratégias organizacionais, tornando-se uma importante ferramenta de gerenciamento. É importante mencionar que todo o processo de planejamento, desdobramento e acompanhamento das estratégias funciona em conjunto com medidas balanceadas (em equilíbrio) e não desconsidera as medidas financeiras tradicionais, mas complementa-se com medidas operacionais, que conduzem/dirigem o desempenho da Organização de forma flexível e com potencial transformador frente à complexidade dos cenários.

As quatro Perspectivas do **Balanced Scorecard**:

FINANCEIRA: O principal objetivo é o retorno financeiro. É preciso que o gestor estabeleça um planejamento estratégico com os desdobramentos dos principais objetivos financeiros para garantir a satisfação dos acionistas e gerar maior lucratividade à organização.

CLIENTES: O objetivo é agregar valor ao seu principal stakeholder, o Cliente, que é o maior interessado em realizar as aquisições. Baseado neste princípio, todos os objetivos deverão ser formulados tendo em vista a percepção do cliente, de modo que suas necessidades sejam atendidas de forma eficaz e eficiente.

PROCESSOS INTERNOS: O objetivo é identificar quais processos precisam de maior atenção devido ao seu alto impacto nos resultados da organização. Logo, é importante não somente medir e melhorar a qualidade dos processos, mas também criar novos processos que ajudem a empresa alcançar a excelência operacional.

INOVAÇÃO E APRENDIZADO: O foco é desenvolver ações estratégias que promovam a mudança organizacional assim como o desenvolvimento dos colaboradores. Nesta perspectiva é importante ter a mentalidade para inovação, motivação e o crescimento para alcançar os objetivos planejados.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Em consonância com as Políticas de Saúde do SUS e com as Diretrizes da Secretaria Estadual da Saúde (SES-GO), o IPGSE conduz uma análise aprofundada do ambiente organizacional (interno e externo), identificando as principais variáveis, visando determinar objetivos e metas que atendam aos requisitos do Contrato de Gestão, para o eficaz gerenciamento e execução de ações de serviços de saúde. As estratégias organizacionais estão apresentadas a seguir em suas perspectivas:

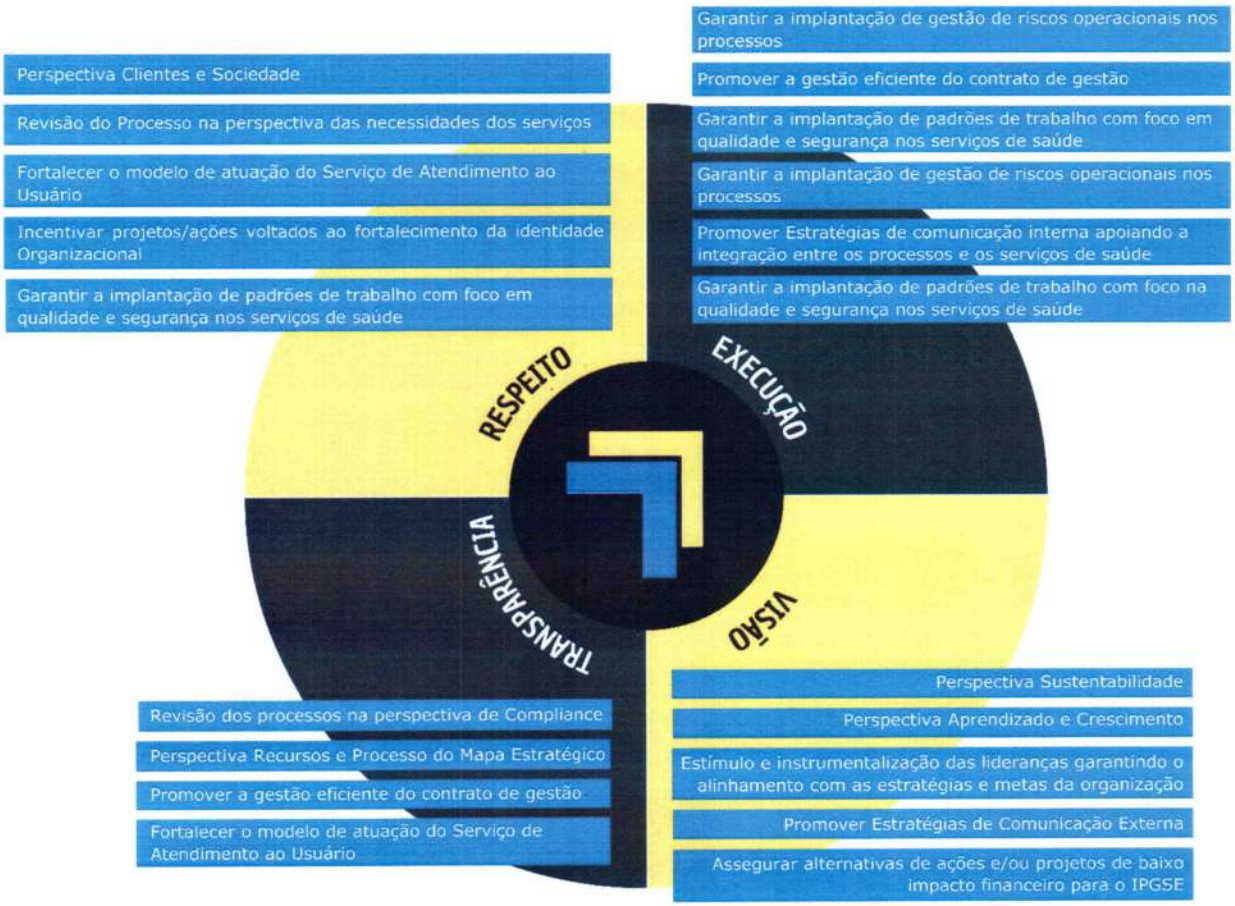


Figura 6 – Mapa Estratégico IPGSE

A partir do Mapa Estratégico, são determinados os indicadores e, adicionalmente, para a concretização é formulado o Plano de Ação Estratégico, sustentado pelos processos que compõem a Organização. Os referidos Indicadores e Planos de Ações Estratégicos são analisados mensalmente e encontram-se inseridos no sistema de gestão da qualidade suportado por:

- Planejamento Estratégico
- Manual da Qualidade

- Visões de Macroprocesso
- Políticas, Normas e Procedimentos escritos
- Documentos de Apoio e documentos regulamentares aplicáveis
- Registros da Qualidade e Auditoria

O Planejamento Estratégico contribui para o alcance das metas, conduzindo a Organização a atuar na gestão dos processos, com foco na qualidade, na segurança, na melhoria contínua e na satisfação dos parceiros e usuários dos serviços de saúde. Os processos organizacionais são auditados periodicamente por meio de auditorias internas e anualmente por meio de auditorias externas, garantindo a adesão aos padrões e normatização de processos de trabalho. Ao mesmo tempo, há o estabelecimento de requisitos que auxiliam na melhoria dos serviços prestados, no monitoramento do ambiente de trabalho, na verificação da satisfação dos clientes, colaboradores e fornecedores, promovendo dessa forma um processo contínuo de melhoria da qualidade.

DESENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA INSTITUCIONAL ENTRE EQUIPE GERENCIAL E COLABORADORES DA UNIDADE DE SAÚDE

Na mudança institucional são conjugados valores, pessoas, cultura e capacidade gerencial recebe-se a influência de condicionantes internos e externos; encaram-se resistências e superam-se obstáculos. Assim, enfatizamos que para o desenvolvimento dessa liderança é preciso:

1. Articular um processo permanente de escuta e reflexão;
2. Formular uma proposta estratégica compartilhada;
3. Manter uma liderança que leve à mudança;
4. Elaborar um plano compartilhado;
5. Assumir uma nova posição na organização para aprender a mudar através da cultura de aprendizado institucional.

Quando falamos em liderança não podemos deixar de comentar a importância dos gestores em todo o processo. A capacitação da liderança para lidar em um mundo de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

mudanças é fundamental para o sucesso da organização. Este é o grande desafio dos líderes e gestores. Promover um ambiente favorável ao desenvolvimento de novas atitudes, ações e transformações.

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS FERRAMENTAS E INSTRUMENTOS DE MODERNIZAÇÃO GERENCIAL ADOTADOS PELA ENTIDADE

ASPECTOS DA MODERNIZAÇÃO GERENCIAL

Considerando a complexidade das organizações de saúde e a relevância dos serviços prestados à sociedade, o Modelo de Gestão deve incorporar os modelos, instrumentos, técnicas e práticas da Gestão da Qualidade, da Gestão Estratégica e da Gestão Participativa-Cogestão como algumas possibilidades para o enorme desafio de Modernização Gerencial.

GESTÃO DA QUALIDADE

Utiliza métodos para alcançar uma prestação de serviços com qualidade na área da saúde, uma tendência que busca fortalecimento e estratégias inteiradas a um conjunto de intervenções nas organizações de saúde através da avaliação de seus três principais elementos que ficaram conhecidos como tríade de Donabedian: Estrutura, processo e resultado. A Gestão da Qualidade tem como base um conjunto de conceitos e os fundamentos que os embasam, que são: Liderança, Estratégias e Planos, Clientes, Sociedade, Informações e Conhecimentos, Pessoas, Processos e Resultados, possibilitando mapear com clareza o negócio através da visão sistêmica da organização.

GESTÃO ESTRATÉGICA

Engloba desde as avaliações de diagnósticos e de prontidão, a estruturação do processo de planejamento e formulação de um propósito compartilhado para a organização, a escolha de estratégias, a fixação de metas e desafios, até a atribuição de responsabilidades para o detalhamento dos planos e projetos e a condução e acompanhamento das etapas de sua implantação, processos formais de revisão dos planos para mantê-lo sempre adequados as realidades externas e internas da organização.

Sendo assim podemos afirmar que a gestão estratégica é um processo sistemático, planejado, gerenciado, executado e acompanhado sob liderança da alta administração da instituição, envolvendo e comprometendo todos os gerentes e responsáveis e colaboradores da instituição. Quando o processo e a metodologia de trabalho são adequados, consegue-se o envolvimento e o comprometimento de todos aqueles que têm uma contribuição efetiva na

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

elaboração e execução das transformações necessárias, onde as pessoas e os processos deixam de ser parte do problema para tornarem-se parte da solução.

GESTÃO PARTICIPATIVA - COGESTÃO

Significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns, mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Em outras palavras, é um sistema que pretende eliminar a separação entre quem planeja, quem executa, quem gere, quem avalia.

Os estabelecimentos de saúde são organizações complexas pois lidam com objetos complexos (riscos e doenças); são compostas por uma grande diversidade/variabilidade tecnológica e constituídas por sujeitos de áreas diversas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos etc.) que detêm autonomia (capacidade de agir com grau de liberdade ampliado) exercida de forma desigual - seus profissionais acumulam poder de forma desigual. Dessa forma, a gestão das organizações de saúde se torna uma tarefa de grande complexidade impondo inúmeros desafios aos gestores.

Olhando para o modo como os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho ao longo do tempo, percebe-se que essa organização se deu a partir do saber das diferentes profissões e categorias e não pelos objetivos comuns. Esse tipo de organização não tem garantido que as práticas se complementem, ou que haja solidariedade na assistência e nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Isso tem acarretado falta de motivação dos profissionais e de incentivo ao envolvimento dos usuários. Por isso, a gestão participativa é importante, como um instrumento valioso na construção dessa mudança, para tornar o atendimento não somente eficaz, mas também eficiente.

A proposta do Ministério da Saúde, com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – o Humaniza SUS - é enfrentar o desafio de priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Neste sentido o Humaniza SUS traz a proposta da cogestão como um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e como uma forma de controlar o estado e o governo. Portanto, para o IPGSE é uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores. Em outras palavras, o modelo de gestão é sempre centrado no trabalho em equipe e em colegiados que garantem que

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

A grande importância deste sistema é que ele garante a motivação, a capacidade de reflexão e aumento da autoestima dos profissionais levando ao fortalecimento do empenho no trabalho, criatividade na busca de soluções e aumento da responsabilidade social. Pressupõe, também, interação com troca de saberes e poderes entre profissionais, usuários e gestores. A fim de colocar em prática o modelo de gestão participativa, o IPGSE desenvolverá dois tipos de ação:

1. A organização do espaço coletivo de gestão para permitir o acordo entre desejos e interesses tanto dos usuários quanto dos trabalhadores e gestores e
2. Um plano de ação que garante a participação no cotidiano dos serviços.

Dentre os espaços coletivos de gestão, podemos inicialmente elencar:

1. Contrato de Gestão com o Gestor Externo (Secretarias de Saúde do Estado) e Contratos Internos de Gestão, isto é, contratos feitos na própria unidade de saúde;
2. Colegiado das Unidades de Produção composto por todos os membros da equipe ou por representantes;
3. Colegiado Gestor da Secretaria de Saúde e Hospital composto pelo Secretário, Diretores e Coordenadores da Secretaria de Saúde e das Unidades de Produção do Hospital.

Dentre os mecanismos que garantem a participação no cotidiano das unidades de saúde podemos citar:

1. Visita aberta e direito de acompanhante nas consultas e internações;
2. Equipe de referência e gerência com horários abertos para interação com a rede socio familiar do usuário;
3. Ouvidoria dinâmica, para mediar os interesses entre usuários, trabalhadores e gestores;
4. Família participante, Grupo de Pais, Grupo focal com usuários e trabalhadores nos vários espaços das unidades;
5. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CARACTERIZAÇÃO DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – Quirinópolis.

LOCALIZAÇÃO:

Quirinópolis é um município brasileiro do interior do estado de Goiás, Região Centro-Oeste do país. Pertencente ao sul goiano e à microrregião homônima, localiza-se ao sudoeste de Goiânia, capital do estado, distando desta cerca de 285 km.



Figura 7 - Localização de Quirinópolis Goiás

PERFIL DA ASSISTÊNCIA E DOS SERVIÇOS

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste II, localizada na cidade de Quirinópolis, inaugurada em 30 de junho de 2021 é uma unidade da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), gerida pelo Instituto de Planejamento Gestão Serviços Especializados (IPGSE). A policlínica é classificada como ambulatorial e caracterizada como uma Unidade de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

Conforme Instrumento de Chamamento Público Nº 09/2024-SES/GO a POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS é Referência da Macrorregião Sudoeste de Goiás, composta por 722.505 habitantes. A área de abrangência é composta por 02 (duas) regiões de saúde e 28 Municípios: Região de Saúde Sudoeste I e Sudoeste II. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR/GO/2015 e dados de estimativa populacional do IBGE (2021), o município de Quirinópolis possui uma população de 51.323 habitantes, está inserido na Região Sudoeste I com 483.231 habitantes.

Sua finalidade é atender as demandas da Atenção Secundária, de forma exclusivamente referenciada e regulada, funcionando como suporte e retaguarda para os demais níveis de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

atenção, sobretudo a Atenção Primária, realizando procedimentos ambulatoriais e diagnósticos de média e alta complexidade. A unidade funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h.

A avaliação das necessidades em saúde envolve métodos epidemiológicos, qualitativos e comparativos para a descrição dos problemas de saúde de uma população e permite não apenas a otimização dos recursos disponíveis a serem desenvolvidos, mas, principalmente, a identificação de iniquidades de acesso e a definição de prioridades para alocação de recursos.

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

De acordo com o perfil epidemiológico, os serviços de saúde devem ser organizados em redes de atenção à saúde, onde a Atenção Ambulatorial Especializada – AAE fará o enfrentamento de condições crônicas não agudizadas, que foram estratificados pelas equipes de saúde da família nas linhas de cuidado prioritárias, definida pela SPAIS/SES-GO, que justifiquem a oferta de serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde.

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

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

Descrição:	Quantidade:
Consultório médico	15
Consultório equipe Multidisciplinar	07
Sala de Pequenos procedimentos	01

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Capacidade atual Instalada da Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis.	
Descrição:	**Quantidade:**
Salas para exames	13
Posto de coleta	01
Laboratório	01
Central de Abastecimento Farmacêutico	01
Farmácia Ambulatorial para dispensação	01
Sala de Injetáveis	01
Sala de Cuidado Farmacêutico	01
Hemodiálise	07 cadeiras
Sala de gesso	01
Sala de fisioterapia	01
Sala de estabilização	03

Tabela 6 – Capacidade Instalada POLICLÍNICA DE QUIRINÓPOLIS

As especialidades a serem ofertadas na Policlínica Estadual da Região Sudoeste-Quirinópolis, são:

Especialidades Médicas e respectivas faixas etárias de atendimento a serem oferecidas no Ambulatório da Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis:	
Anestesiologia*	Todas as idades
Angiologia/Cirurgia Vascular	≥ 12 anos
Cardiologia	≥ 12 anos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Especialidades Médicas e respectivas faixas etárias de atendimento a serem oferecidas no Ambulatório da Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis:	
Coloproctologia	≥ 12 anos
Clínico Geral – linha do cuidado**	Todas as idades
Dermatologia	Todas as idades
Endocrinologia	≥ 12 anos
Gastroenterologia	≥ 12 anos
Ginecologia	≥ 12 anos
Hematologia	≥ 12 anos
Infectologia	≥ 12 anos
Mastologia	≥ 12 anos
Nefrologia	Todas as idades
Neurologia	≥ 12 anos
Obstetrícia (pré-natal de alto risco)	≥ 10 anos
Oftalmologia	Todas as idades
Ortopedia/Traumatologia	Todas as idades
Otorrinolaringologia	Todas as idades
Pediatria	≥ 29 dias a 12 anos
Pneumologia	≥ 12 anos
Psiquiatria	≥ 12 anos
Reumatologia	≥ 12 anos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Especialidades Médicas e respectivas faixas etárias de atendimento a serem oferecidas no Ambulatório da Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis:	
Urologia	≥ 12 anos

(* Para acompanhamento de exames específicos; realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais que tenham a devida indicação; econsultas especializadas, internamente. ** Para acompanhamento ambulatorial interno da Unidade.)

Tabela 7 – Especialidades Médicas Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

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

Tabela 8 – Especialidades Multiprofissionais Policlínica Estadual da Região Sudoeste-Quirinópolis.

O Estabelecimento de Saúde disponibilizará consultas (médicas e multiprofissionais) e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também irão encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Regulação Estadual, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório.

Procedimentos ambulatoriais: Os procedimentos ambulatoriais clínicos e/ou cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requerem internações hospitalares serão realizados com anestesia local ou troncular, em consultório ou sala específica de procedimentos, sem a presença do médico anestesista que dispensam cuidados especiais no pós-operatório. Exemplo de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais que poderão ser realizados: ressecção de lesões

cutâneas, ressecção de tumores de pele, correção de pequenas cicatrizes, eletrocoagulação de verrugas, pterígio, vasectomia, biópsia de lesões, exérese de lipoma, dentre outras.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT: O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) envolve o conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, que serão disponibilizados aos pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos referenciados pela Regulação Estadual. Com isto, a unidade visa atender todos os municípios que integram a Macrorregião de abrangência da Policlínica. Desse modo para efeito de SADT Externo, serão contabilizados apenas os pacientes devidamente referenciados pela Regulação Estadual para essa finalidade e informados separadamente na prestação de contas.

SADT e respectivas faixas etárias de atendimento a serem oferecidos a Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis
Análises Clínicas
Audiometria
Cistoscopia
Colonoscopia
Colposcopia
Densitometria Óssea
Doppler Vascular
Ecocardiografia
Eletrocardiografia
Eletroencefalografia
Endoscopia
Espirometria

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SADT e respectivas faixas etárias de atendimento a serem oferecidos a Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis
Exames Oftalmológicos
Holter
Mamografia
MAPA
Patologia Clínica
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): mama
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): tireóide
Punção aspirativa por agulha grossa
Radiologia
Ressonância Magnética
Teste Ergométrico
Tomografia
Ultrassonografia
Urodinâmica
Videolaringoscopia

Tabela 9 – SADT Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

A policlínica segue os seguintes preceitos da Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde.

A Unidade adotará Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

atendimento médico, pela equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam.

Quanto ao Núcleo de Manutenção Geral (NMG), que contempla as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, bem como um Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos na Unidade, mantendo o Núcleo de Engenharia Clínica para o bom desempenho dos equipamentos, prestando assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial e de manutenção de equipamentos cujo uso lhe fora permitido

SERVIÇOS / PROGRAMAS ESPECIAIS

Práticas Integrativas e Complementares – PIC na Policlínica

As PIC são reconhecidas e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006, posteriormente alterada para inclusão de novas práticas pela Portaria de Consolidação no. 2/ GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXV - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e pela Portaria n o. 702/GM/MS, de 21 de março de 2018, sendo atualmente 29 (vinte e nove) práticas ofertadas: Apiterapia, Cromoterapia, Yoga, Quiropraxia, Aromaterapia, Dança, Meditação, Reflexoterapia, Aromaterapia, Meditação, Reflexoterapia, Arteterapia, Geoterapia, Musicoterapia, Reiki, Ayurveda, Hipnoterapia, Naturopatia, Shantala, Biodança, Homeopatia, Osteopatia, Terapia Comunitária Integrativa, Bioenergética, Imposição de Mãos, Ozonioterapia, Terapia de Florais, Constelação Familiar, Medicina Antroposófica, Plantas Medicinais/Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Yoga/Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura.

Telessaúde

A Telessaúde, que foi instituída pela Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, é a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas. Diante disto, a Policlínica Estadual, ofertará dentro do serviço de Telessaúde, a teleconsulta, telemonitoramento dos pacientes crônicos, telematriciamento da equipe da

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Atenção Primária, teleconsultoria, telediagnósticos e tele-educação, dentre outros serviços que a telessaúde permita conforme solicitação e determinação da SES.

Serviço Especializado do Processo Transexualizador

Na Modalidade Ambulatorial o serviço especializado do Processo Transexualizador constitui-se na oferta da assistência especializada no processo transexualizador para acompanhamento clínico para hormonização cruzada, bloqueio e reposição hormonal, bem como acompanhamento psicossocial com ênfase na saúde mental às pessoas transexuais e travestis realizado por equipe multiprofissional e interdisciplinar composta minimamente por: Médico (clínico geral ou endocrinologista ou ginecologista e/ou urologista); Médico psiquiatra; Psicólogo; Enfermeiro; Assistente social; os profissionais nutricionistas e fonoaudiólogos também poderão compor as equipes.

Serviço De Assistência Especializada – SAE

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

Centro Especializado em Odontologia (CEO I):

O Centro Especializado em Odontologia (CEO) é um estabelecimento de saúde, criado através da Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006 e participante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES classificado como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, que tem como objetivos oferecer à população os serviços especializados em odontologia que não podem ser solucionados na Rede de Atenção Primária.

O CEO Tipo I deve possuir três consultórios odontológicos, ofertando serviço Especializado de Odontologia e realizar, no mínimo, as seguintes atividades: Periodontia; Cirurgia Oral Menor dos Tecidos Moles e Duros; Endodontia; Atendimento a Pessoas com Necessidades Especiais - PNE e Diagnóstico Bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

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

A Terapia de substituição renal ou terapia renal substitutiva (TRS) na Policlínica contará com atendimento técnico especializado em todas as áreas de saúde e apoio diagnóstico. Além do acesso ao diagnóstico precoce, e ao tratamento conservador, retardando a inserção do indivíduo na TRS, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente Renal Crônico.

Para tal atendimento, o funcionamento deverá ser de segunda a sábado, em turnos terapêuticos de 4 horas respeitando o intervalo mínimo de 1 hora entre as sessões, em 3 (três) turnos diários, já autorizado pela SES-GO formalmente e mediante aditivo.

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

Disponibilizamos 2 (dois) veículos automotores tipo VAN com no mínimo 15 lugares. Todos os veículos estão equipados com ar-condicionado e itens de segurança obrigatórios exigidos pela legislação vigente. Os veículos circulam pelas cidades da macrorregião Sudoeste e levam os pacientes até a Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis para as Sessões de Tratamento em Hemodiálise, conforme rota preestabelecida em Protocolo disponibilizado pela SES. Os roteiros dos veículos são planejados conforme a demanda da região de saúde, e seguem as orientações da Equipe Técnica da SES (SPAIS e SUREG, em conjunto), a qual será a responsável por elaborar e organizar o protocolo e rota de utilização das VANs.

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

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

Receber, armazenar e dispensar os medicamentos são responsabilidade conforme legislação sanitária vigente e as Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação de Medicamentos, assim como contratação de mão-de-obra qualificada para realização do serviço proporcional ao número de processos que serão atendidos na Policlínica e que garanta a realização da consulta farmacêutica. Em caso de aumento da demanda, a mesma será informada

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

previamente pela SES.

Situações de Urgência/Emergência

Os atendimentos de urgência e emergência prestados em outros pontos da rede de saúde como as Unidades Básicas e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Porém, os profissionais devem estar preparados para lidar com as eventuais situações de urgência/emergência que ocorram nas Policlínicas. Nestes casos, conforme a gravidade, deve ser acionado o SAMU para suporte e transferência. Todas as medidas de estabilização clínica/hemodinâmica necessária devem ser realizadas até a remoção do paciente. Os profissionais devem registrar no sistema de informação estes atendimentos com o maior detalhamento possível.

Projetos especiais e novas especialidades de atendimento

Realizaremos outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades serão previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pela SES.

OBJETIVOS DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS

OBJETIVO GERAL

Planejamento e elaboração para a programação das ações e serviços de saúde regidos pela lógica das necessidades de saúde da população e da organização de redes de atenção à saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS Policlínica Estadual Da Região Sudoeste – Quirinópolis.

1. Prestar assistência gratuita à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, observando o disposto no art. 198, da Constituição Federal, no Inciso I, do art. 4º, da Constituição Estadual, no art. 7º, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

2. Estabelecer equipes multiprofissionais de referência que serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões, estabelecendo-se como referência para os

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

usuários e familiares;

3. Contribuir para o desenvolvimento de um modelo de gestão eficiente e um modelo de atenção à saúde integral e resolutivo;

4. Organizar os serviços especializados (consultas, exames e terapias complementares) de acordo com as linhas de cuidado prioritárias estabelecidas pela SPAIS/SES-GO;

5. Unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico;

6. Disponibilizar adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

7. Submeter-se à regulação, controle e avaliação do Gestor Estadual de Saúde;

8. Possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente;

9. Dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil dos serviços a serem prestados, garantindo Educação Permanente e aperfeiçoamento profissional;

10. Analisar periodicamente o nível de satisfação dos usuários – incluindo os funcionários - mediante aplicação de questionários;

11. Utilizar os recursos de forma mais racional, visando à redução de custos;

12. Priorizar a avaliação por resultados.

13. Possui todo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PREMISSAS ESTRATÉGICAS DA POLICLÍNICA

1. Alta Resolutividade;
2. Os agendamentos das solicitações dos serviços ambulatoriais da Policlínica, se darão pela Regulação Estadual por meio de um sistema informatizado – "online";
3. A Unidade procederá com a recepção dos agendamentos preferencialmente no dia do atendimento ou no máximo 24 (vinte e quatro) horas após;
4. Quanto à contrarreferência de pacientes comunicar formalmente via Sistema de Regulação, anexando cópia do documento de contrarreferência;
5. Para a referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado do paciente atendido na Policlínica, deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a Unidade Básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade;
6. Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado;
7. Transparência e eficiência na aplicação de recursos;
8. Participação e controle social no processo de planejamento e avaliação;
9. Monitoramento e avaliação.

NOVOS SERVIÇOS OU NECESSIDADE DE TRATAMENTO PARA PATOLOGIAS DIFERENTES

No decorrer do Termo de Colaboração se necessário poderá haver mudanças nos tipos de atividades daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente analisadas, pactuadas e autorizadas pela SES.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DESCRIÇÃO DA FORMA DE COMUNICAÇÃO

Obedece aos padrões e linguagem adotados pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás para comunicação com público externo em todos os meios de comunicação. A publicação e mediante a aprovação da SES-GO, sempre cuidando pela imagem da instituição SES. Sempre realizar a revisão sistemática das fachadas, totens e letreiros adequando-os à atualização necessária e logomarcas oficiais atualizadas. Divulgar as ações e prestações de contas demonstrando sempre transparência após aprovação da SES-GO, mantendo contato com a Comunicação Setorial da pasta, com vistas à padronização de comunicados, notas, releases, estratégias, artes para impressos, vídeos em geral, orientações quanto à identidade visual e relacionamento com a imprensa em geral.

RELATÓRIOS E DOCUMENTOS ENCAMINHADOS A SES-GO

Todos os relatórios e documentos serão devidamente encaminhados a SES-GO, obedecendo os prazos estipulados e as legislações vigentes dos órgãos de controle conforme orientação. Quanto aos documentos referentes ao estatuto social será sempre mantido atualizado e respeitando todas as exigências conforme a legislação e orientações da SES-GO.

CUMPRIMENTO DAS METAS

Garantir os cumprimentos de metas e ajustes quando necessários e solicitados pela SES-GO, informando diária/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários da Policlínica. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO.

INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/ DESEMPENHO

Mensalmente aerá informado os Resultados dos 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.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Indicadores de Desempenho	
Descrição	**Meta**
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	**100 %**
Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertadas	**100 %**
Percentual de Exames de Imagem com resultado liberado em até 72 horas	**≥ 70%**
Taxa de acuracidade de estoque dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	**≥ 99%**
Percentual de consultas farmacêuticas em relação ao número de processos do CEAF atendidos no mês	**> 5%**
Taxa de perda financeira por vencimento	**≤ 0,5%**

Tabela 10 - Indicadores de Desempenho

Estes indicadores mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade, os quais serão extraídos diariamente pela SES/GO. Para a gestão Policlínica Estadual Da Região Sudoeste – Quirinópolis, o IPGSE informará, conforme a periodicidade determinada pela SES/GO, os resultados dos indicadores de desempenho que estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br



FA.1 ÁREA DE ATIVIDADE

IPGSE

FA.1 ÁREA DE ATIVIDADE

Inicialmente apresentaremos os fluxos operacionais de circulação no conceito administrativo e, posteriormente, apresentaremos os conteúdos referentes aos fluxos operacionais assistenciais de circulação dos usuários. Propõe-se para a Policlínica a identificação do fluxo operacional do paciente para as áreas de acordo com as suas características, sendo com as respectivas áreas identificadas com sinalização no chão da unidade, conforme descrito e ilustrado abaixo:

- **LINHA AMARELA:** Direcionará o usuário à Recepção Central;
- **LINHA AZUL:** Direcionará o usuário à Recepção de Imagem;
- **LINHA BRANCA**: Direcionará o usuário a Recepção de Oftalmologia;
- **LINHA LARANJAS:** Direcionará o usuário a Recepção do NIA;
- **LINHA VERDE:** Direcionará o usuário à Recepção do Laboratório e da Equipe Multidisciplinar;
- **LINHA VERMELHA:** Direcionará o usuário à Recepção Médica.

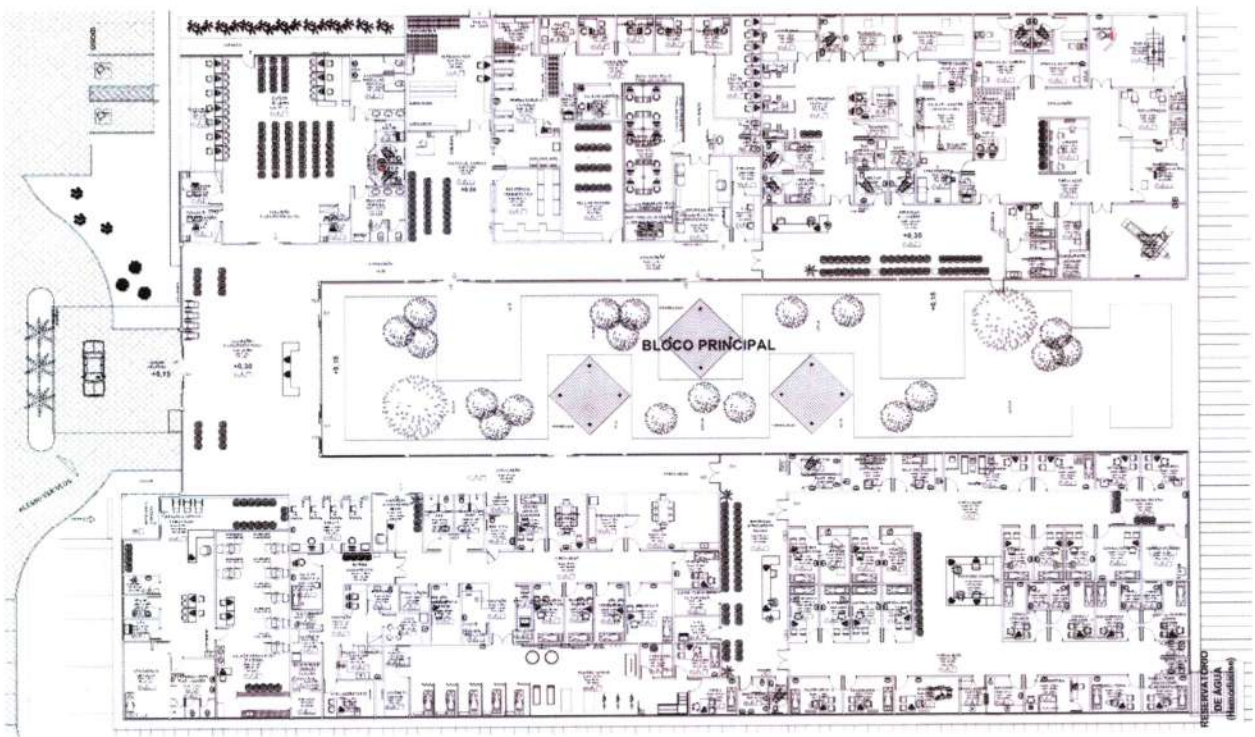


Figura 8 – Projeto Arquitetonico da Policlínica de Quirinópolis.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1.1 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 50, as circulações em áreas restritas, internas e externas das unidades de assistência correspondem aos seus acessos (Fluxos), circulação e estacionamento. A gestão eficiente do fluxo do paciente tornou-se um desafio para as unidades de saúde. A compreensão da relação entre capacidade e demanda é essencial para assegurar que os pacientes recebam o cuidado certo, no lugar certo, na hora certa, promovendo maiores níveis de segurança e satisfação.

1.1.1 Implantação de fluxos individualizados ao perfil da unidade de saúde.

A implantação de fluxos individualizados na Policlínica visa adaptar o atendimento às necessidades específicas de cada paciente, promovendo um serviço mais eficiente e humanizado.

A proposta de trabalho para a Policlínica se fundamenta nas ferramentas da cultura Lean, visando a definição e otimização dos fluxos de atendimento. As etapas a serem realizadas incluem:

Diagnóstico Situacional: Realizaremos uma análise abrangente para identificar e priorizar gargalos existentes, além de avaliar o layout atual da unidade.

Mapeamento de Processos: Faremos o mapeamento detalhado dos processos, incluindo a elaboração do Mapa de Fluxo de Valor. Isso permitirá identificar claramente o que agrega e o que não agrega valor ao paciente e à unidade.

Análise de Causa Raiz: Investigaremos as causas subjacentes dos problemas identificados, buscando soluções eficazes.

Padronização de Procedimentos: Implementaremos a padronização dos procedimentos para garantir a consistência e a eficiência no atendimento.

Fluxos Otimizados: Desenvolveremos fluxos contínuos e com trocas rápidas, minimizando desperdícios, como tempo de espera, interrupções, movimentação desnecessária, excesso de produção e estoque.

Este enfoque permitirá um funcionamento mais eficaz da unidade, garantindo um atendimento de qualidade e a satisfação dos pacientes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXOS OPERACIONAIS

Fluxos operacionais são as sequências de atividades que envolvem a interação entre pacientes, equipe de saúde e recursos disponíveis na policlínica. Eles incluem desde a triagem inicial até a consulta médica, exames e acompanhamento.

FLUXOS DOCUMENTAIS

Fluxos documentais são as sequências de atividades que envolvem documentos, desde a sua geração até o arquivamento ou descarte, abrangendo registros clínicos, administrativos e financeiros.

FLUXOS UNIDIRECIONAIS

São sequências de atividades que seguem uma trajetória linear, onde cada etapa é seguida por outra, sem a necessidade de voltar a etapas anteriores. Isso ajuda a simplificar processos e a aumentar a produtividade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1.1.1.1 Fluxos Operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas

Os fluxos operacionais são essenciais para assegurar um atendimento eficiente e seguro na unidade. Eles englobam a movimentação de pacientes, profissionais de saúde e documentos em diversas áreas da unidade, incluindo espaços restritivos, externos e internos. De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, as circulações internas e externas nas unidades de assistência à saúde abrangem os acessos, fluxos de circulação e áreas de estacionamento. Essa estruturação é crucial para otimizar a experiência do paciente e garantir a conformidade com as normas de segurança.

FLUXOS INTERFUNCIONAIS

Fluxos interfuncionais são as sequências de processos que conectam diversas áreas da unidade, como administração, atendimento, enfermagem, e especialidades médicas. Eles permitem que as informações e as responsabilidades sejam compartilhadas de maneira eficaz.

FLUXOS INTRAFUNCIONAIS

São aqueles que se sucedem no âmbito da mesma unidade. A compreensão dos fluxos interfuncionais envolverá na implantação do fluxo operacional a seguir, sequenciada pela modelagem inicialmente proposta de cada fluxo.

PACIENTE EXTERNO

Os pacientes externos são constituídos pelos fluxos de indivíduos que buscam atendimento ambulatorial ou apoio diagnóstico, acessando a unidade através de um sistema de regulação. A circulação desses pacientes, bem como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando o trânsito nas circulações internas reservadas a funcionários e pacientes em atendimento. Essa medida visa garantir a segurança, a privacidade e a eficiência no fluxo de atendimento dentro da unidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PACIENTE INTERNO

Um paciente interno em regime ambulatorial é aquele que, embora não precise de internação hospitalar completa, realiza consultas e tratamentos frequentes na unidade, com monitoramento regular e acompanhamento de profissionais de saúde.

ACOMPANHANTES

São constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes que o acompanha durante seu atendimento ambulatorial.

COLABORADORES

São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, auxiliares etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. A circulação deles pode ser restrita as unidades em que atuam ou, em alguns casos, ser permitida em toda unidade.

PRESTADORES DE SERVIÇOS EXTERNOS

É constituído por um fluxo de visitantes em função de alguma atividade administrativa, manutenção, tais como compras, serviços terceirizados etc. O cuidadoso acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é de extrema importância para o bom funcionamento e a segurança da unidade e dos pacientes.

INSUMOS

Grupo constituído pelos fluxos dos diversos insumos que permeiam e suprem as diferentes unidades funcionais da Policlínica, distinguindo-se dentre várias características, o volume e a importância, como por exemplo: medicamentos, materiais, equipamentos entre outros e etc.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXOS OPERACIONAIS ADMINISTRATIVOS DE CIRCULAÇÃO RESTRITAS EXTERNAS

O fluxo de pessoas e sua identificação na policlínica começa com o acolhimento e a autorização de acesso, que ocorre exclusivamente pelas entradas principais de atendimento. O trânsito por portas secundárias é estritamente proibido, exceto em casos excepcionais. Para garantir a preservação patrimonial e a segurança interna, todas as pessoas e colaboradores que acessarem as dependências devem utilizar dispositivos de identificação específicos e registrar sua entrada e saída em um controle eletrônico, conforme necessário.

O controle da circulação de pessoas fora dos horários normais de expediente será responsabilidade da empresa de vigilância, que realizará abordagens e orientações em caso de irregularidades. Essas ações serão registradas em um livro específico, anotando o destino e os horários de entrada e saída. O acesso será permitido apenas mediante apresentação da identificação e autorização do responsável pelo setor.

A policlínica se reserva o direito de interditar o acesso, a passagem ou a permanência de pessoas em qualquer parte do edifício. O acesso de vendedores e agenciadores é proibido, assim como a comercialização de produtos ou serviços dentro das instalações, inclusive por funcionários.

Os Crachás de Identificação (CI) dos colaboradores serão emitidos pelo setor de Recursos Humanos (RH). Caso sejam identificados dados incorretos no CI, o colaborador deve solicitar a atualização ao RH. A emissão de uma segunda via do CI deve ser solicitada ao RH em casos de extravio, desgaste das imagens ou danos.

Ao encerrar o vínculo com a instituição, o colaborador é obrigado a devolver o Crachá de Identificação ao RH, sob pena da lei. Colaboradores em trânsito também devem ser identificados pelo crachá e registrar sua entrada no controle eletrônico de acesso. Se um colaborador não estiver portando o crachá, o vigilante e a coordenação deverão confirmar seu cadastro junto ao RH antes de liberar o acesso às dependências.

COLABORADORES ADMINISTRATIVOS QUE ADENTREM A UNIDADE

O prestador de serviços será identificado por meio de uma etiqueta ou adesivo autocolante no momento de seu acesso à portaria. A entrega desses adesivos ocorrerá apenas

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

mediante a apresentação de um documento de identidade e autorização de acesso. Os adesivos devem ser usados na parte superior do corpo, em um local de fácil visualização, juntamente com os crachás das empresas terceirizadas.

FLUXO DE ACESSO DE COLABORADORES DOS SETORES ADMINISTRATIVOS

1. Colaborador acessa a área externa da unidade pela guarita/portaria utilizando o portão de entrada a direita quando estiver de carro prórpio, se estiver caminhando, utiliza o portão de pedestre. A identificação é feita pelo crachá, em seguida é feito registo no controle de acesso.
2. Se o colaborador estiver de carro, se dirige ao estacionamento interno para estacionar o veículo.
3. Tipo de vinculo?
4. Se administrativo: Colaborador se dirige ao relógio de ponto para registro de entrada.
5. Colaborador se dirige ao posto de trabalho.
6. Se terceiro: Colaborador se dirie ao posto de trabalho.

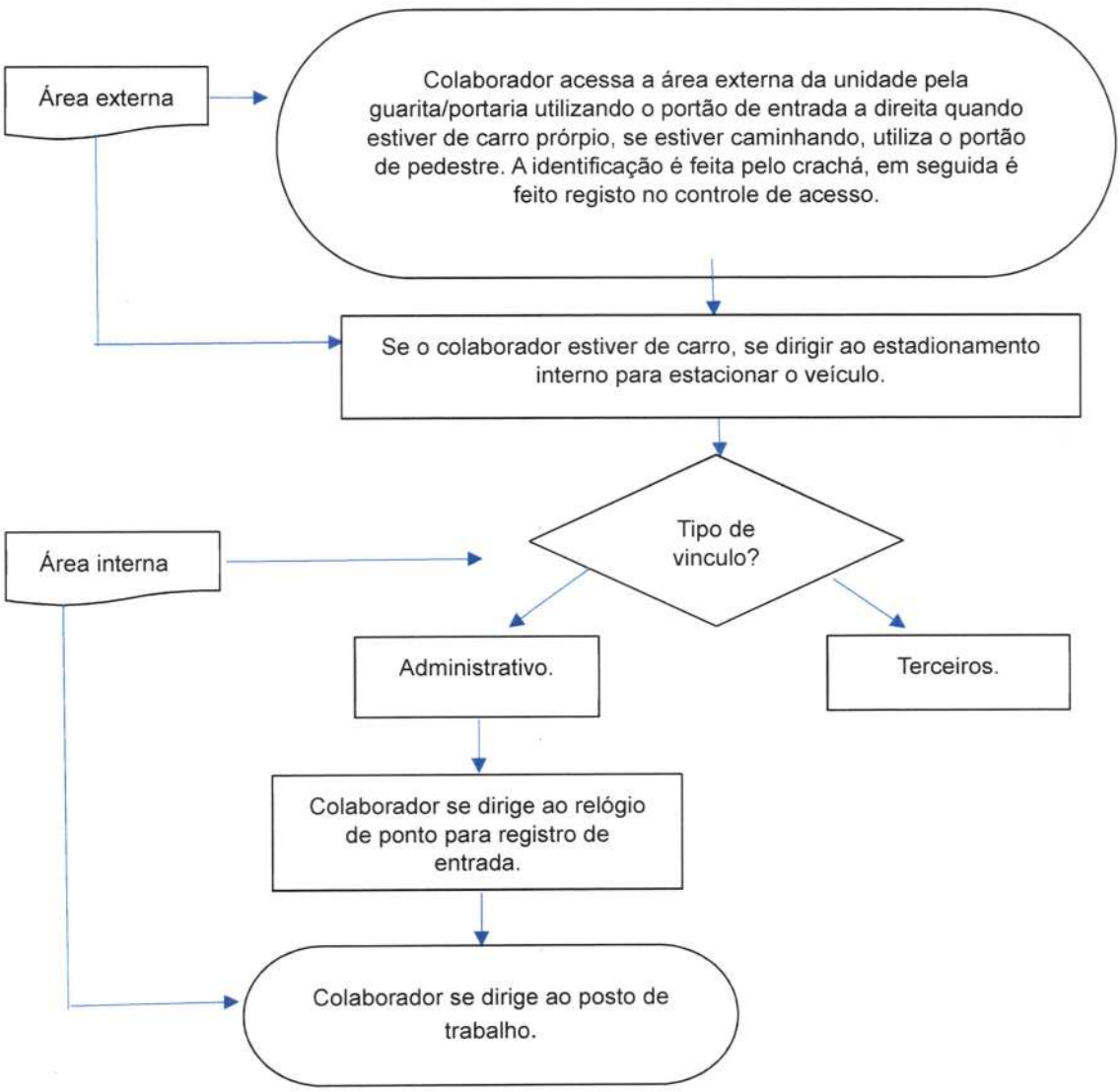


Figura 9 – Fluxograma de Acesso de Colaboradores dos Setores Administrativos

FLUXO DE ACESSO DE COLABORADORES DO SETOR CENTRAL DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO (CME)

1. Colaborador acessa a área externa da unidade pela guarita/portaria utilizando o portão de entrada a direita quando estiver de carro prórpio, se estiver caminhando, utiliza o portão de pedestre. A identificação é feita pelo crachá, em seguida é feito registo no controle de acesso.
2. Se o colaborador estiver de carro, se dirige ao estacionamento interno para estacionar o veículo.
3. Colaborador se dirige ao relógio de ponto eletrônico para registrar o ponto de entrada.
4. Colaborador acessa o armário de EPIs, em seguida se paramenta de acordo com a área (limpa ou expurgo/área suja).
5. Colaborador se dirige ao posto de trabalho.

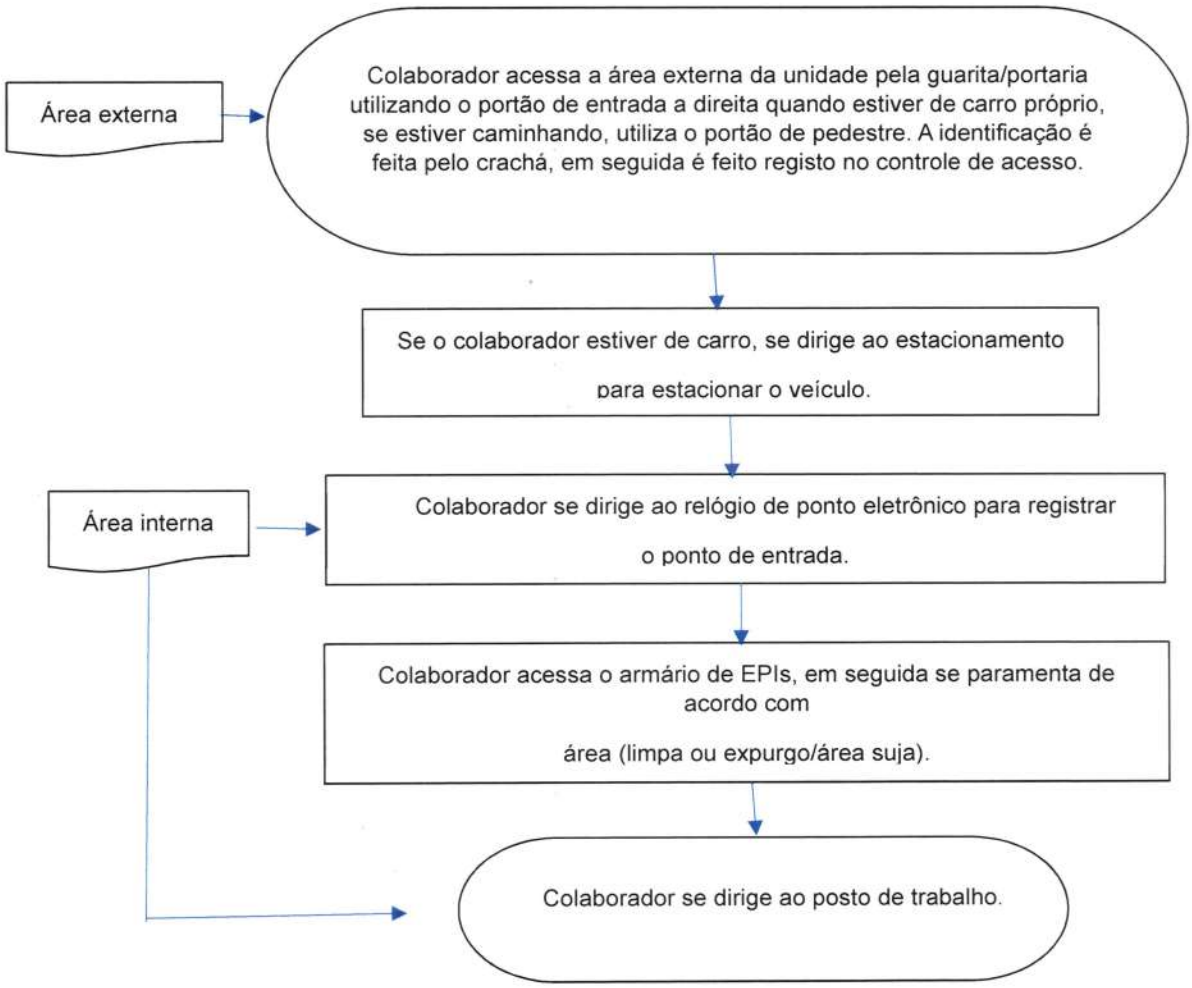


Figura 10 – Fluxograma de Acesso de Colaboradores do Setor de Material de Esterilização (CME).

FLUXO DE ACESSO DOS PROFISSIONAIS AO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA

1. Colaborador acessa a área externa da unidade pela guarita/portaria utilizando o portão de entrada a direita quando estiver de carro prórpio, se estiver caminhando, utiliza o portão de pedestre. A identificação é feita pelo crachá, em seguida é feito registo no controle de acesso.
2. Se colaborador estiver de carro, se dirige ao estacionamento interno para estacionar o veículo.
3. Tipo de vinculo?
4. Se CLT: Colaborador se dirige ao relógio de ponto eletrônico para registrar o ponto de entrada e em seguida se desloca ao posto de trabalho seguindo a linha azul.
5. Se terceiro: Colaborador terceiro se dirige ao posto de trabalho e a frequência de ponto é gerenciada pela empresa terceira.
6. Colaboradores acessam o armário de EPIs e em seguida se paramenta.
7. Colaboradores se dirigem ao posto de trabalho.

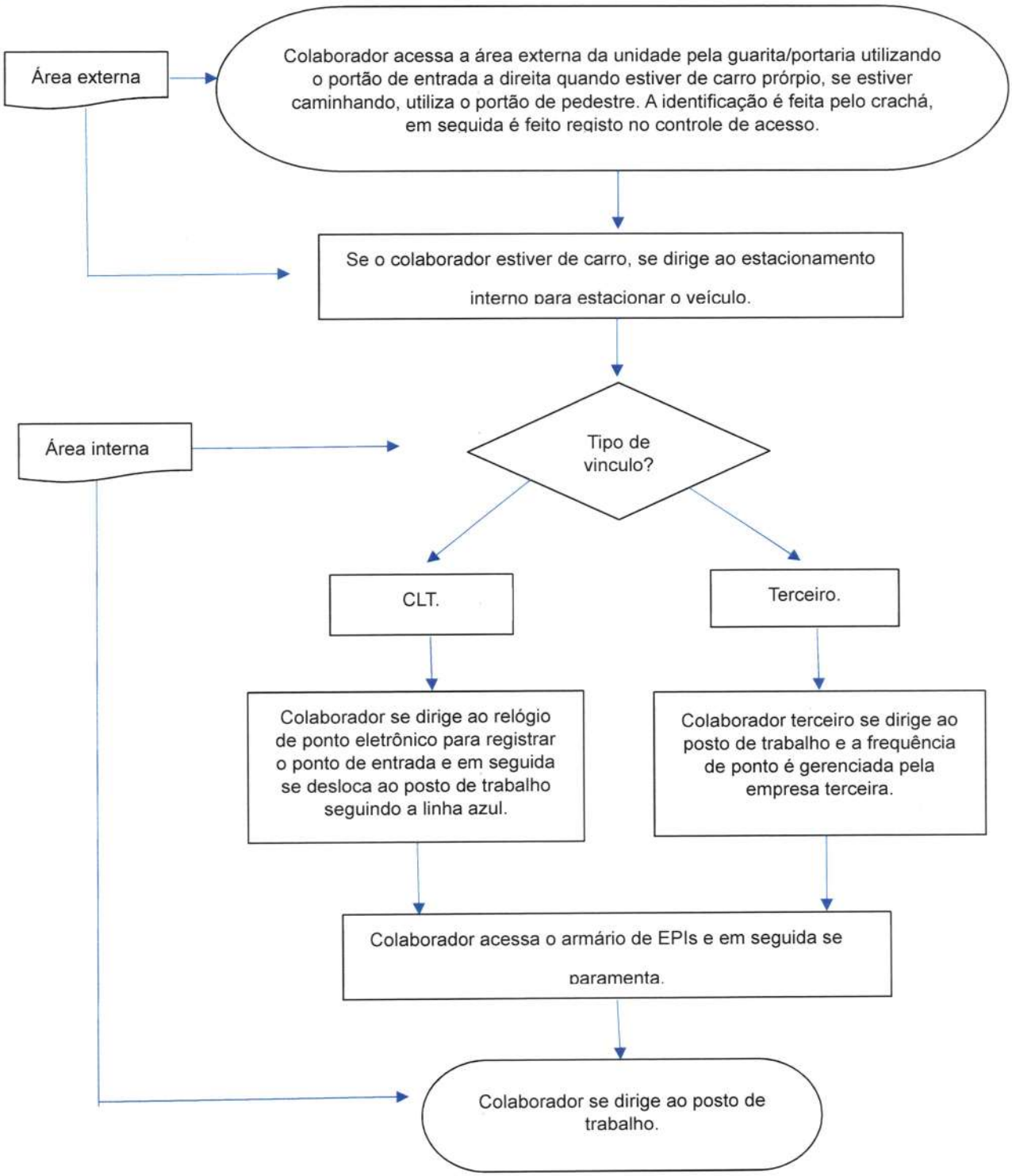


Figura 11 – Fluxograma de Acesso dos Profissionais ao Serviço de Endoscopia e Colonoscopia

FLUXO DE ACESSO DE COLABORADORES DO SETOR DE IMAGEM, LABORATÓRIO, FARMÁCIA, SERVIÇO DE HIGIÊNE E LIMPEZA, EQUIPE MULTIDISCIPLINAR, MÉDICOS E SERVIÇO DE HEMODIÁLISE

1. Colaborador acessa a área externa da unidade pela guarita/portaria utilizando o portão de entrada a direita quando estiver de carro prórpio, se estiver caminhando, utiliza o portão de pedestre. A identificação é feita pelo crachá, em seguida é feito registo no controle de acesso.
2. Se colaborador estiver de carro, se dirige ao estacionamento interno para estacionar o veículo.
3. Colaboradore se dirige ao relógio de ponto eletrônico para registrar o ponto de entrada.
4. Colaborador se dirige ao posto de trabalho.

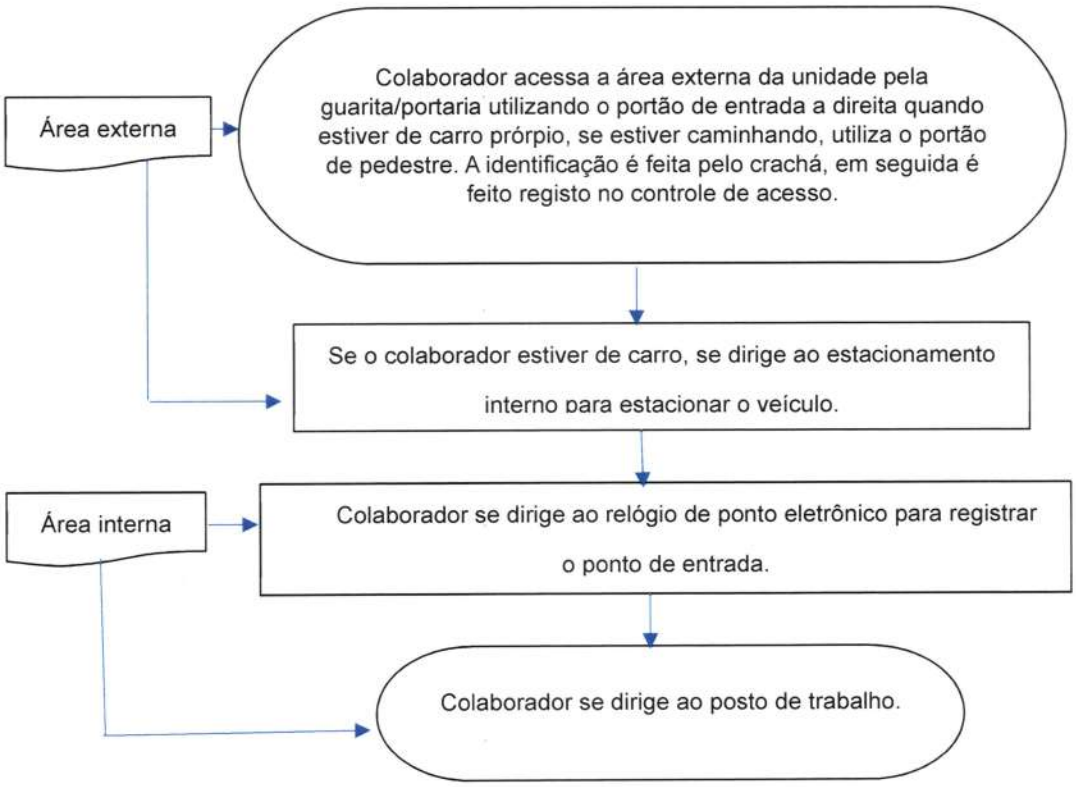


Figura 12 - Fluxograma de Acesso de Colaboradores do Setor de Imagem, Laboratório, Farmácia, Serviço de Higiene e Limpeza, Equipe Multidisciplinar, Médicos e Serviço de Hemodiálise.

O fluxo de usuários internos e externos em uma unidade, refere-se ao movimento e à interação de pacientes, acompanhantes e colaboradores dentro e fora da unidade de saúde. Este fluxo é essencial para garantir um atendimento eficiente e organizado, assegurando que todos os usuários recebam os serviços necessários de forma segura e adequada.

SETORES ASSISTENCIAIS

Para fins didáticos deste Projeto Técnico, consideramos como usuários tanto os pacientes quanto seus acompanhantes. O acesso dessas pessoas é restrito às áreas assistenciais onde ocorre o atendimento. Os visitantes têm permissão para acessar apenas o setor de agendamento, com horários previamente estabelecidos pela unidade. Todos os usuários serão devidamente identificados, com os pacientes utilizando adesivos colantes para facilitar essa identificação.

SETORES ADMINISTRATIVOS

Os setores administrativos da Policlínica, incluindo o Departamento Pessoal, Recepção, Diretoria e Coordenação, estarão disponíveis para acesso a todos os usuários, desde que estejam devidamente identificados e tenham recebido autorização prévia do responsável de cada setor. O acesso a essas áreas ocorrerá durante o horário comercial, mediante a apresentação de autorização, o cadastro do visitante no sistema e a identificação do usuário por meio de etiqueta ou adesivo autocolante.

ÁREA RESTRITA

As áreas consideradas restritas na Policlínica são aquelas que apresentam um risco aumentado de transmissão de infecções e onde são realizados procedimentos, com ou sem a presença de pacientes. O acesso a esses setores é permitido apenas mediante autorização especial da Coordenação Administrativa e deve sempre ser supervisionado por um colaborador da unidade. É imprescindível seguir rigorosamente os protocolos estabelecidos para cada um desses setores.

Para garantir a segurança da instituição e de todos os presentes, os níveis de permissão para acesso e circulação em cada área restrita devem ser claramente definidos. Na Policlínica, existem três tipos de setores restritos:

Setores Administrativos: Incluem o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), o Núcleo Interno de Agendamento (NIA) e as áreas internas de recepção, faturamento, suprimentos, logística, qualidade, recursos humanos (RH), almoxarifado, manutenção e engenharia clínica.

Setores de Apoio Assistencial: Abrangem áreas como a Central de Material Esterilizado (CME), a área de gases, a área de abastecimento (carga e descarga), setor de imagem, laboratório, farmácia, Centro de Atenção Farmacêutica (CAF), Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS) e o Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica (NHVE).

Setores Assistenciais: Acesso restrito apenas a pacientes em atendimento (e acompanhantes, quando necessário) e funcionários do setor, que devem estar devidamente paramentados. Esses setores são identificados como assistenciais restritos.

Essas diretrizes visam proteger a integridade da instituição e garantir um ambiente seguro para todos os usuários e colaboradores.

ÁREA EXTERNA

Destacamos a importância de gerenciar os fluxos de prestadores de serviços, veículos oficiais, veículos de funcionários, fornecedores, caminhões de coleta de resíduos hospitalares, ambulâncias, entre outros.

Os seguranças serão responsáveis pelo registro de entradas e saídas dos automóveis dos profissionais de saúde, que devem estar previamente cadastrados. Cada veículo deverá exibir um adesivo identificador para facilitar sua identificação. O acesso à unidade será permitido somente para os trabalhadores que apresentarem o adesivo em seus automóveis.

O controle de acesso para outros veículos será realizado pela Portaria, conforme uma Rotina Operacional a ser definida. Esse processo incluirá o registro da placa do veículo, nome do condutor e horários de entrada e saída.

Além disso, a área externa, que inclui o estacionamento e a zona delimitada para ambulâncias, é de uso exclusivo para os veículos que realizam o transporte de usuários. Essa organização visa garantir a segurança e a eficiência nas operações da unidade de saúde.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ÁREAS INTERNAS

A área interna da unidade, refere-se a todos os espaços situados dentro do edifício que são destinados ao atendimento, assistência e suporte aos pacientes e colaboradores. Essas áreas são fundamentais para o funcionamento eficiente da unidade e são organizadas da seguinte forma:

Setores Assistenciais: Incluem consultórios médicos, salas de exames, enfermarias e áreas de atendimento, onde os pacientes recebem cuidados diretos de saúde.

Setores de Apoio: Compreendem laboratórios, farmácias, áreas de esterilização (CME) e outros locais que oferecem suporte aos serviços assistenciais, garantindo a qualidade do atendimento.

Setores Administrativos: Englobam a recepção, coordenação, recursos humanos, faturamento e outras áreas administrativas que garantem a gestão eficiente da Policlínica.

Salas de Espera: Áreas designadas para que os pacientes aguardem o atendimento, equipadas para proporcionar conforto e informação.

Espaços Comuns: Corredores, banheiros, e áreas de acesso que facilitam a circulação dos usuários e colaboradores dentro da unidade.

Essas áreas são projetadas para garantir a segurança, a funcionalidade e o conforto dos pacientes e profissionais de saúde, além de estarem sujeitas a normas de segurança e controle de acesso para proteger a integridade de todos.

FLUXO ACESSO ÁREA RESTRITA EXTERNA

Na Policlínica ou unidade de saúde, as áreas de gases médicos referem-se a espaços designados para o armazenamento e manipulação de gases como oxigênio, nitrogênio e óxido nitroso.

Devido a diversos fatores, essas áreas possuem restrições rigorosas de acesso, que incluem:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Segurança: Gases medicinais podem ser perigosos se não forem manuseados corretamente, portanto, é essencial limitar o acesso a pessoal treinado.

Prevenção de Acidentes: Reduzir o risco de vazamentos, explosões ou incêndios, garantindo que apenas profissionais capacitados acessem essas áreas.

Regulamentações: Cumprir normas de segurança e saúde que exigem o controle rigoroso no manuseio e armazenamento de gases.

FLUXO DE ACESSO AO ABRIGO DE GASES MEDICINAIS

1. Fornecedores se identificam na portaria/guarita com documentos pessoais, é realizado cadastro no sistema de controle de acesso identificado com etiqueta colante, em seguida é acionado o responsável pela manutenção.
2. O motorista do caminhão é direcionado a virar a esquerda para acessar o abrigo de gases.
3. O responsável pela manutenção realiza conferência da nota fiscal, autoriza o descarregamento, troca dos cilindros vazios, em seguida, deve-se liberar o caminhão.
4. O responsável pela manutenção deve entregar a nota fiscal na controladoria.

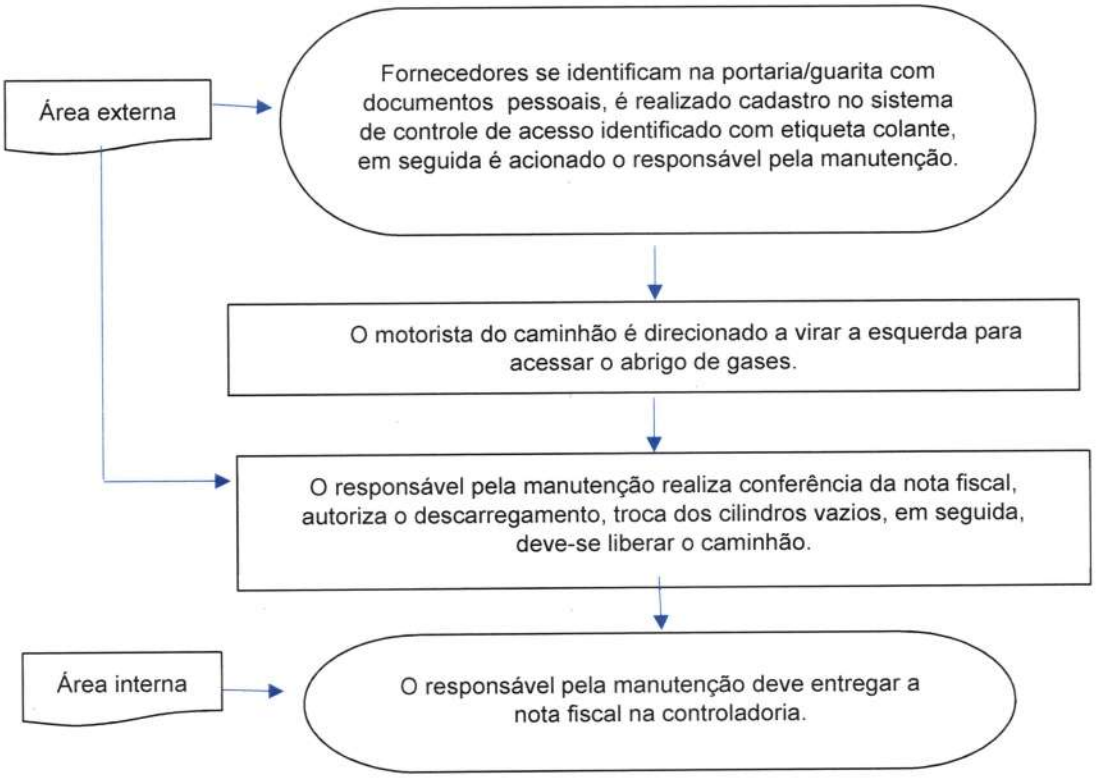


Figura 13 – Fluxograma de Acesso ao Abrigo de Gases Medicinais

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE ACESSO ÁREA NÃO RESTRITA

Se refere à entrada e circulação de pessoas em espaços abertos ao público, como:

Entradas Principais: Portas que levam a áreas como recepção e salas de espera.

Estacionamento: Locais onde os visitantes podem estacionar seus veículos antes de entrar na unidade de saúde.

Caminhos e Acessos: Calçadas e passagens que permitem a chegada do fornecedor com o insumo.

FLUXO DE ACESSO DE FORNECEDORES

1. Os fornecedores e visitantes se identificam na portaria/guarita com docufmentos pessoais, é realizado o cadastro no sistema de controle de acesso, é identificado com etiqueta colante, em seguida é acionado a área responsável.
2. Tipo de fornecedor/visitante?
3. Fornecedores de insumos, materiais, medicamentos, caminhões de abastecimento de gases, deve se dirigir a esquerda para acessar a rampa de recebimento da unidade.
4. É realizada conferência e recebimento pela equipe do almoxarifado/suprimentos.
5. Fornecedor de aporte nutricional da hemodiálise: segue em direção a rampa de acesso central, dirige-se até a recepção da hemodiálise.
6. A nutricionista e a copeira realizam conferência e recebimento do aporte nutricional.
7. Em casos de visitantes externos, é encaminhado para recepção.
8. A recepcionista o direciona ao setor que o receberá.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

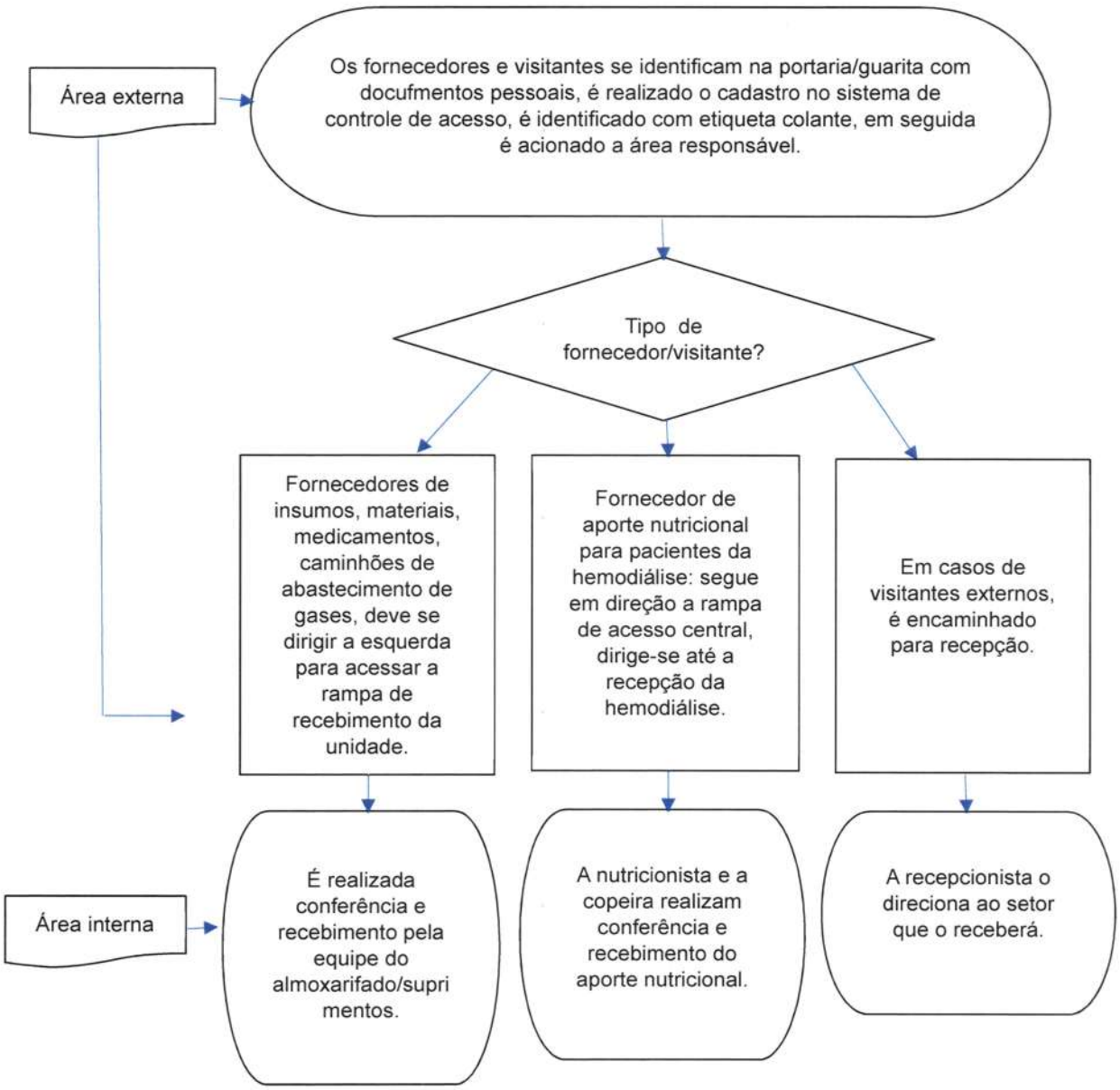


Figura 14 - Fluxograma de Acesso de Fornecedores

FLUXO DE ACESSO DE ENTRADA À PRESTADORES DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO TERCEIRIZADA

1. Os prestadores de serviços se identificam na portaria/guarita com documentos pessoais, é realizado cadastro no sistema de controle de acesso, identificado com etiqueta colante, em seguida é acionado a área responsável.
2. O prestador segue em direção a rampa para acessar a recepção central.
3. Na recepção central, será recepcionado pelo responsável pela manutenção para efetivação da manutenção necessária.

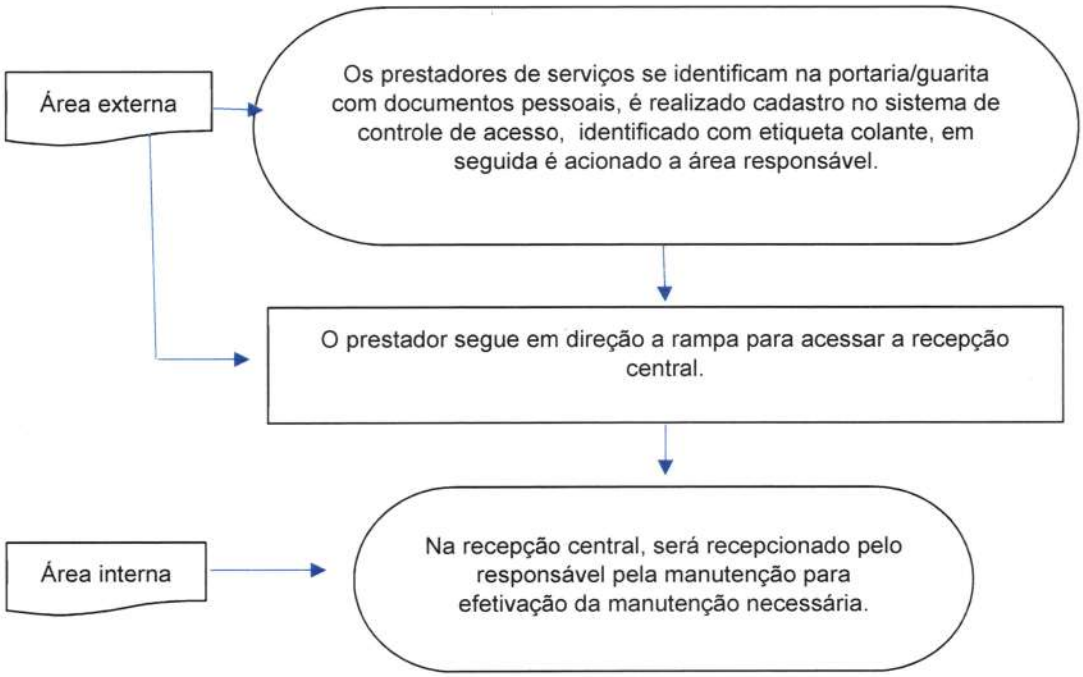


Figura 15 - Fluxograma Acesso de Entrada à Prestadores de Serviços de Manutenção Terceirizada

FLUXO DE ACESSO DE PALESTRANTES (SALA DE REUNIÃO/TREINAMENTOS).

1. Os palestrantes acessam a área externa da unidade pela guarita/portaria apresentando documento pessoal onde é realizado cadastro no sitema de controle de acesso, é identificado com etiqueta colante. Após é acionada a área responsável pela palestra/treinamento.
2. Os palestrantes utilizam o portão de entrada a direita quando estiverem de carro próprio e se estiverem caminhando, utilizam o portão de pedestres.
3. Se os palestrantes estiverem de carro, se dirigem ao estacionamento interno para estacionar o veículo.
4. Na recepção, o palestrante será direcionado a sala de reunião/treinamento.

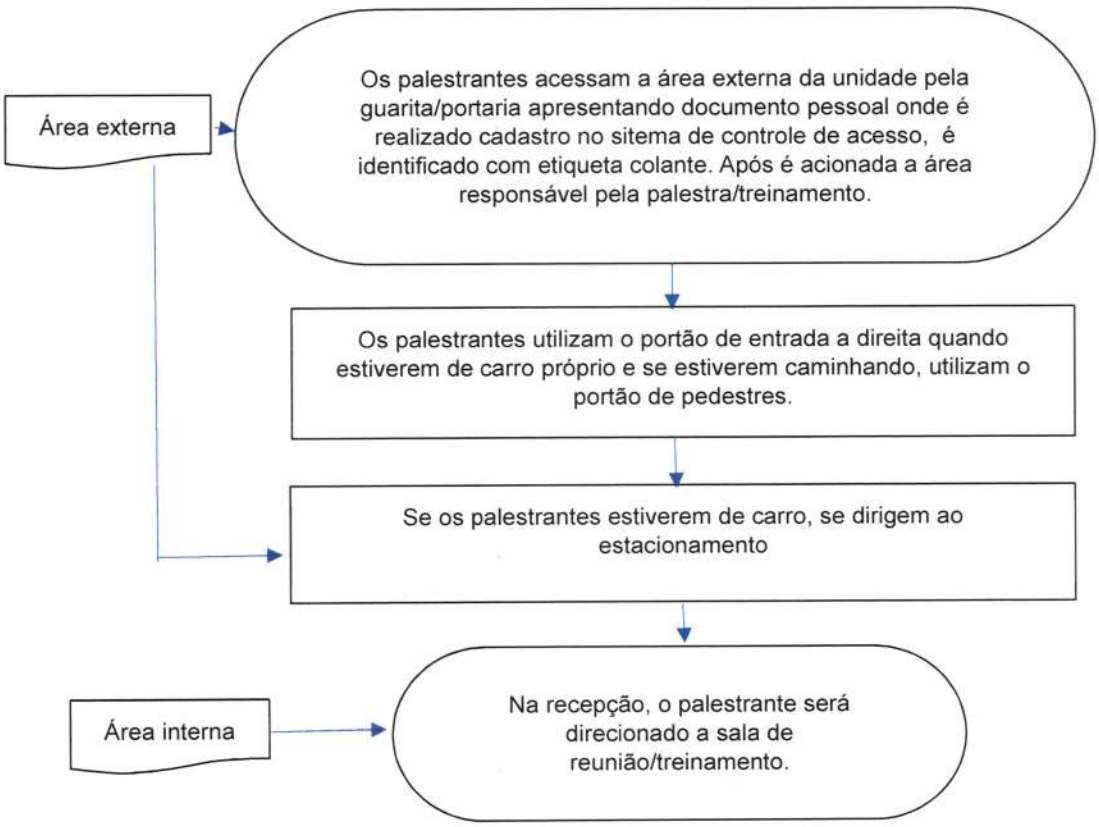


Figura 16 – Fluxograma de Acesso de Palestrantes (Sala de Reunião/Treinamentos)

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE ACESSO DO ACOMPANHANTE

1. Acompanhante acessa a unidade pela guarita/portaria, se identifica com documentos pessoais e dados do paciente a ser atendido. É realizada conferência se o paciente está na lista de agendados do dia.
2. É realizado cadastro no sitema de controle de acesso e identificado com etiqueta colante e em seguida, é orietando a seguir até a rampa de acesso na recepção principal.
3. Se o acompanhante estiver de carro, se dirige ao estacionamento interno para estacionar o veículo.
4. Na recepção, paciente acompanhado pega senha para ser atendido.
5. Acompanhante permanece na unidade durante atendimento do paciente.

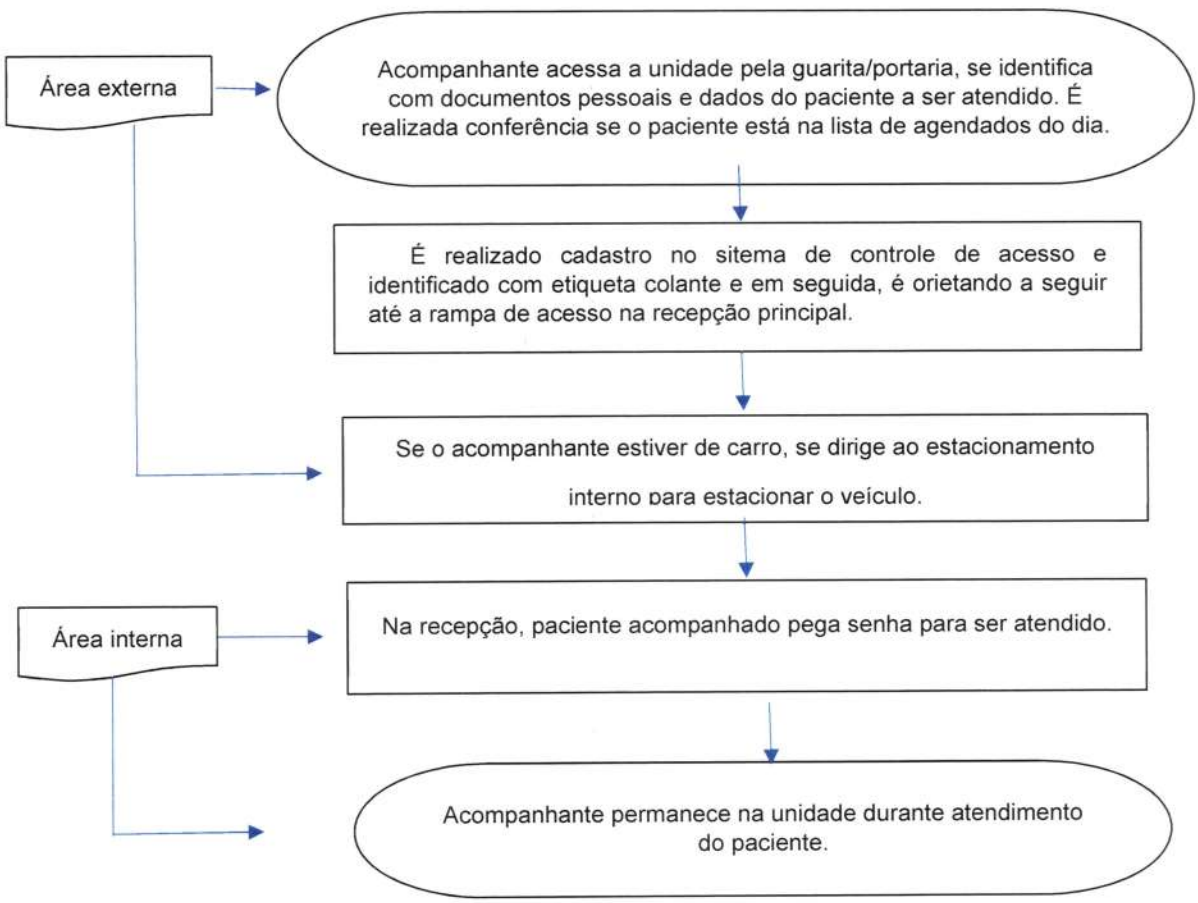


Figura 17 - Fluxograma de Acesso do Acompanhante

FLUXO DE ACESSO DE TRANSPORTE EXTERNO À UNIDADE

1. Ambulâncias reguladas, vans, micro ônibus, ônibus ou carros dão entrada na unidade pelo portão de acesso a direita através da guarita/portaria.
2. Os usuários apresentam os documentos pessoais, é realizado a conferência se o paciente está na lista de agendamento do dia.
3. Tipo de transporte?
4. No caso de vans, micro ônibus, ônibus, os mesmos seguem a direita, estacionam na rodoviária para o desembarque dos pacientes.
5. No caso de ambulâncias reguladas e carro próprio, os mesmos destinam-se a rampa que dá acesso a recepção central para desembarque do paciente.
6. Após desembarque dos pacientes, as conduções deverão ser estacionadas em locais destinados aos respectivos tipos de transporte.

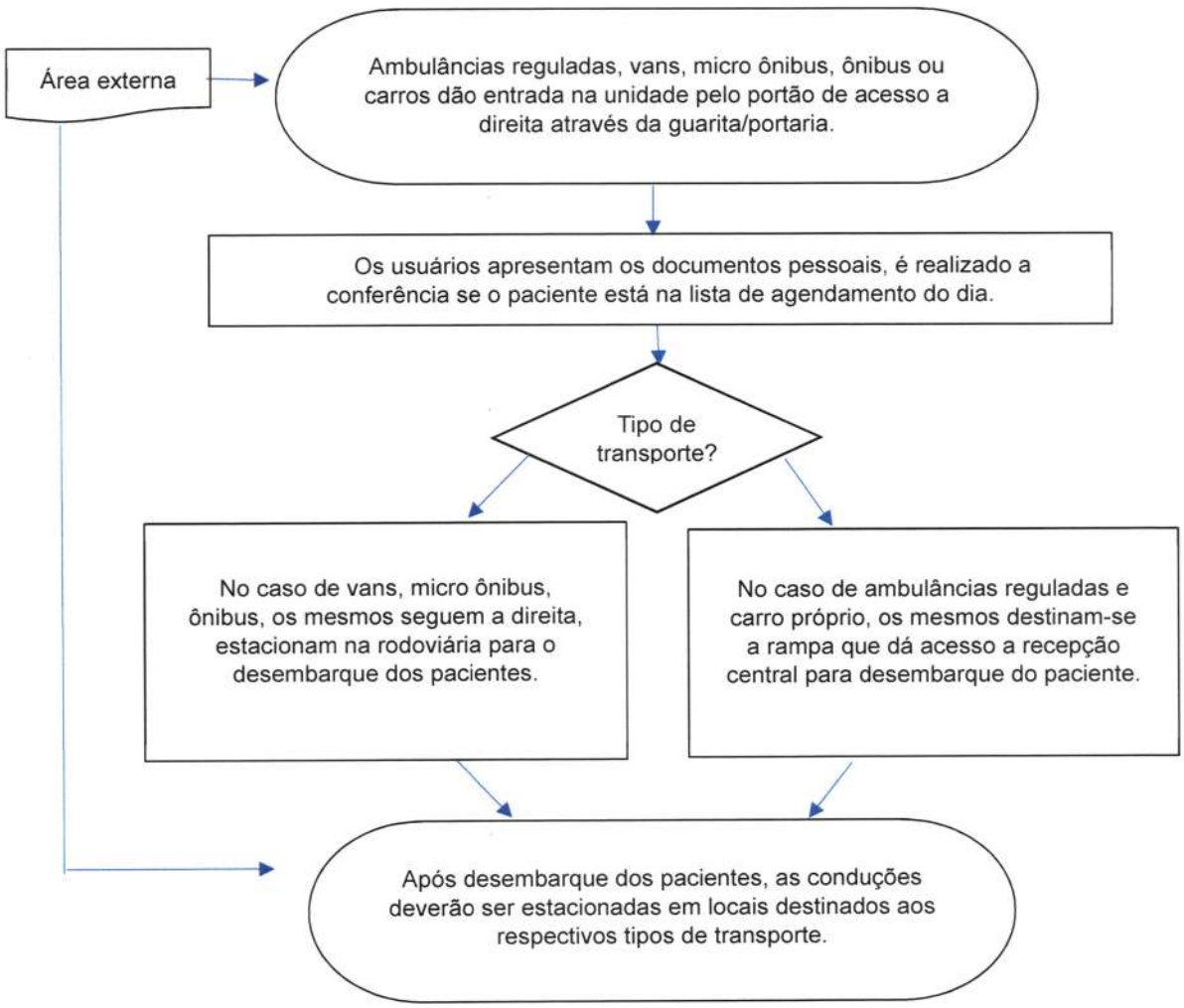


Figura 18 - Fluxograma de Acesso de Transporte Externo à Unidade

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE TRANSPORTE DE PACIENTES DOS MUNICÍPIOS PARA O SERVIÇO DE HEMODIÁLISE

1. Os micro-ônibus (X e Z) saem da Policlínica Estadual de Quirinópolis para buscarem os pacientes em outros municípios pactuados para receberem o serviço de hemodiálise de segunda-feira a sábado em dois turnos.
2. Micro-ônibus (X) ás 04:00 horas saí da unidade para buscar os pacientes do primeiro turno de hemodiálise no município pactuado.
3. Ás 06:30 horas, micro-ônibus (X) chega na unidade com os pacientes, acessam a portaria/guarita, motorista de identifica, é encaminhado para rampa que da acesso ao setor de hemodiálise para o desembarque dos pacientes.
4. Micro-ônibus (Z) ás 08:30 horas sai da unidade para buscar os pacientes do segundo turno de hemodiálise no município pactuado.
5. Ás 10:45 horas, micro-ônibus (X), retorna com os pacientes do primeiro turno para o município de origem e chega de volta na unidade ás 13h30 horas.
6. Ás 11:15 horas, micro-ônibus (Z) chega na unidade com os pacientes, acessam a portaria/guarita, motorista de identifica, é encaminhado para rampa que da acesso ao setor de hemodiálise para o desembarque dos pacientes.
7. Ás 15:45 horas, micro-ônibus (Z), retorna com os pacientes do segundo turno para o município de origem e as chega de volta na unidade ás 18:00 horas.
8. Os micro-ônibus são higienizados diáriamente e aguardam no estacionamento da unidade para o próximo transporte.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

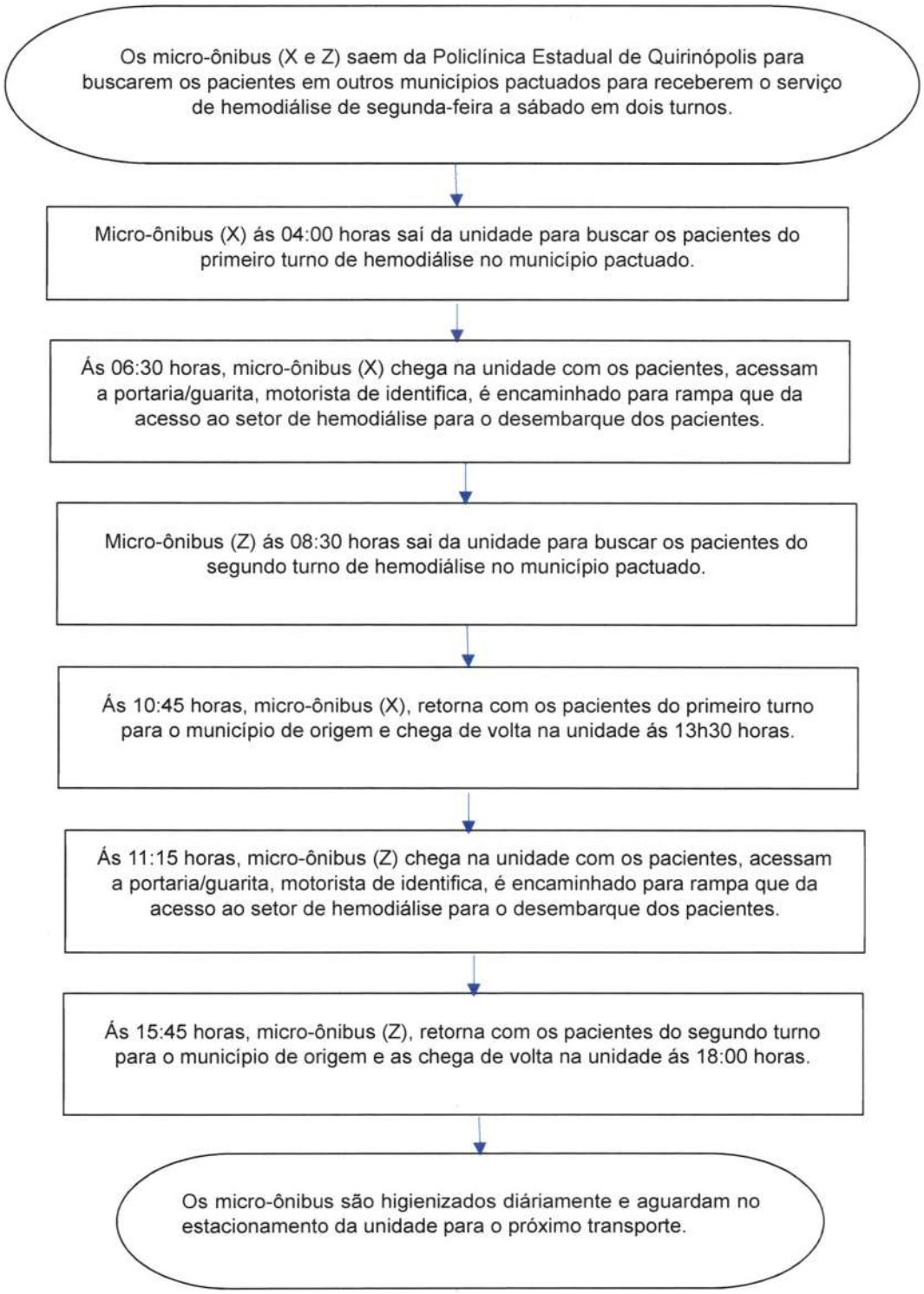


Figura 19 – Fluxograma de Transporte de Pacientes dos Municípios para o Serviço de Hemodiálise

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO PARA ABERTURA DE ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO

1. Paciente acessa a unidade pela guarita/portaria, se identifica com documentos pessoais. É realizada conferência se o paciente está na lista de agendados do dia.
2. É realizado cadastro no sistema de controle de acesso e identificado com etiqueta colante e em seguida, é orietando a seguir até a rampa de acesso na recepção principal.
3. Na recepção, será entregue a senha e a recepcionista irá orientar o paciente a seguir as linhas de acordo com o setor de atendimento.

   Cor azul: Recepção de imagem;

   Cor vermelha: Recepção médica;

   Cor branca: Recepção oftalmologia

   Cor verde: Recepção laboratório/multiprofissional;

   Cor amarela: Recepção central;

   Cor laranja: Recepção NIA.
4. Paciente aguarda o chamado da senha através do painel sonoro.
5. Ao ser chamado, paciente apresenta documentação pessoal, cartão SUS, comprovante de endereço.
6. Equipe da recepção realiza abertura do atendimento/cadastro no sistema em seguida é identificado com etiqueta colante com nome do paciente, data de nascimento, número do prontuário e nome da mãe.
7. Paciente aguarda o chamado no painel sonoro ou ser chamado pelo nome completo por um profissional da unidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

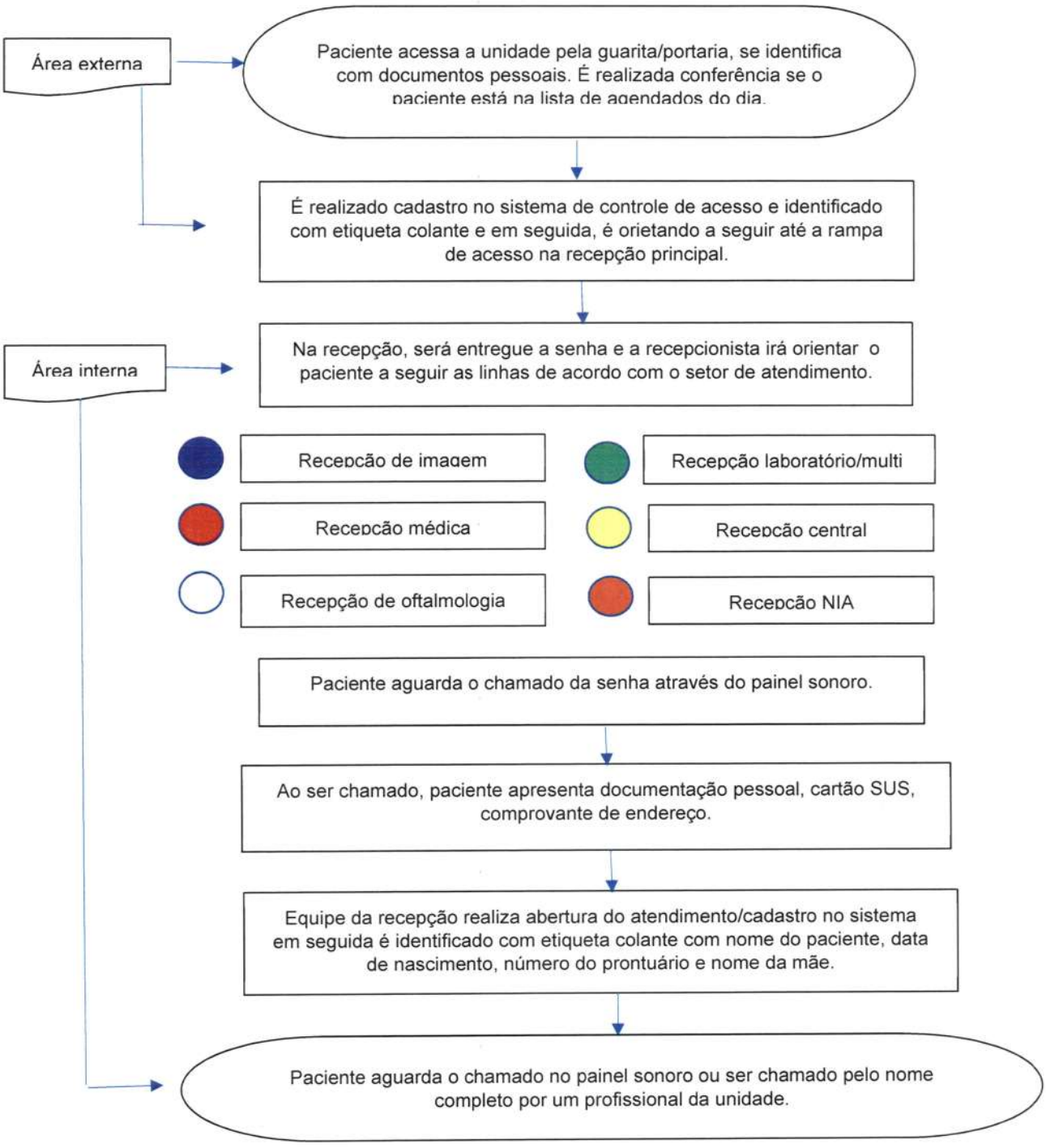


Figura 20 - Fluxograma - Abertura de Atendimento na Recepção

FLUXO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE OUVIDORIA

1. Paciente procura o serviço de ouvidoria via Qr-code, site, e-mail, telefone ou formulário.
2. Paciente e/ou acompanhante registra manifestação.
3. Ouvidoria analisa e classifica manifestação, encaminha ao gestor responsável pelo setor.
4. Gestor responde manifestação em até 10 dias informando as providências tomadas.
5. Ouvidoria analisa esclarecimento, elabora resposta conclusiva das providências internas adotadas, reporta ao paciente/acompanhante em até 20 dias, respeitando que as respostas devem ser enviadas dentro do mesmo mês em que houve o registro do manifesto.

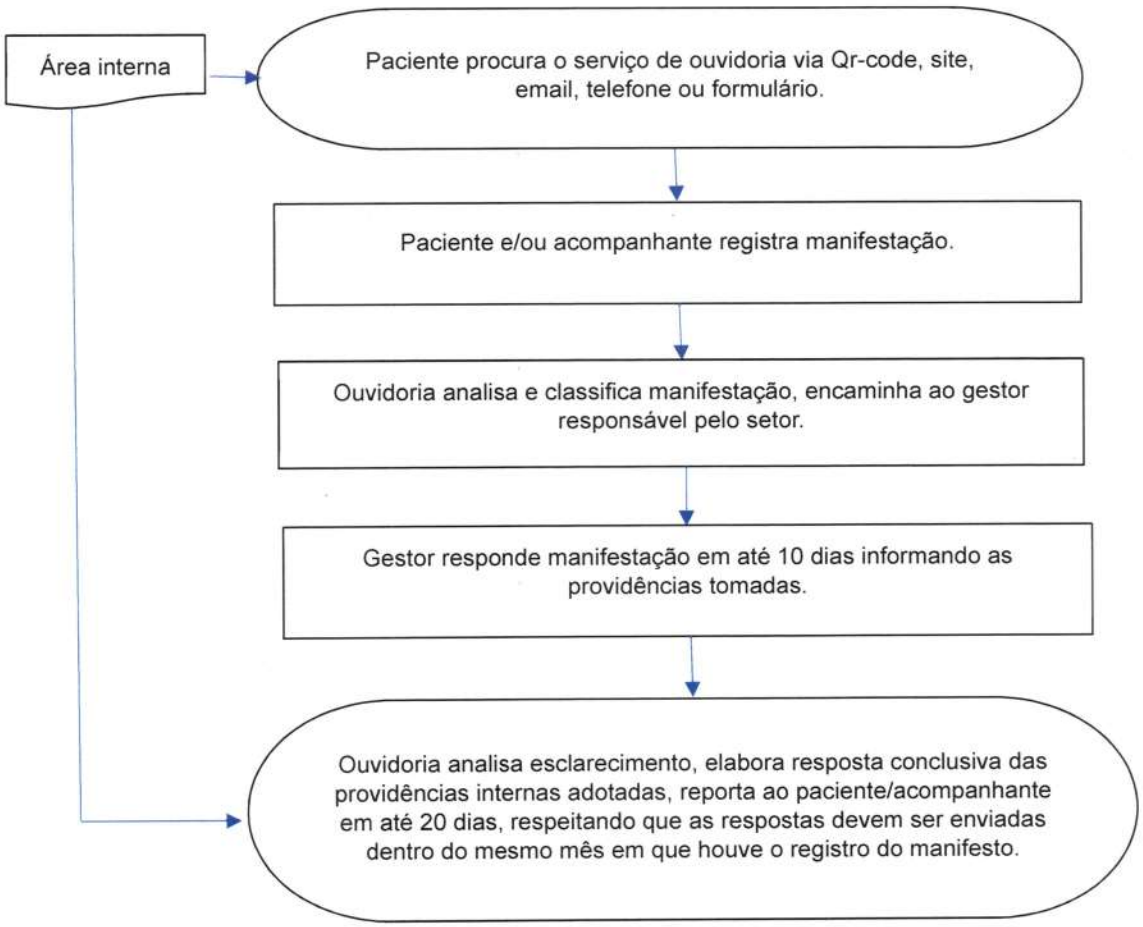


Figura 21 - Fluxograma de Atendimento do Serviço de Ouvidoria

FLUXO CENTRAL DE REGULAÇÃO ESTADUAL

1. Paciente busca atendimento em uma unidade de saúde solicitante (US).

2. Unidade solicitante insere solicitação de vaga via sistema de regulação.

3. Solicitação de vaga é enviada para Central de Regulação Estadual (CRE).

4. Mesa reguladora recebe solicitação de vaga e avalia.

5. Solicitação conforme?

6. Sim.

7. CRE encaminha paciente para unidade da Policlínica via sistema de regulação.

8. NIA verifica pacientes agendados pelo complexo e encaminha lista para call center.

9. Call center entra em contato com os pacientes e com as secretarias de saúde municipais informando sobre o agendamento.

10. Não.

11. CRE devolve solicitação a unidade solicitante para correção.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

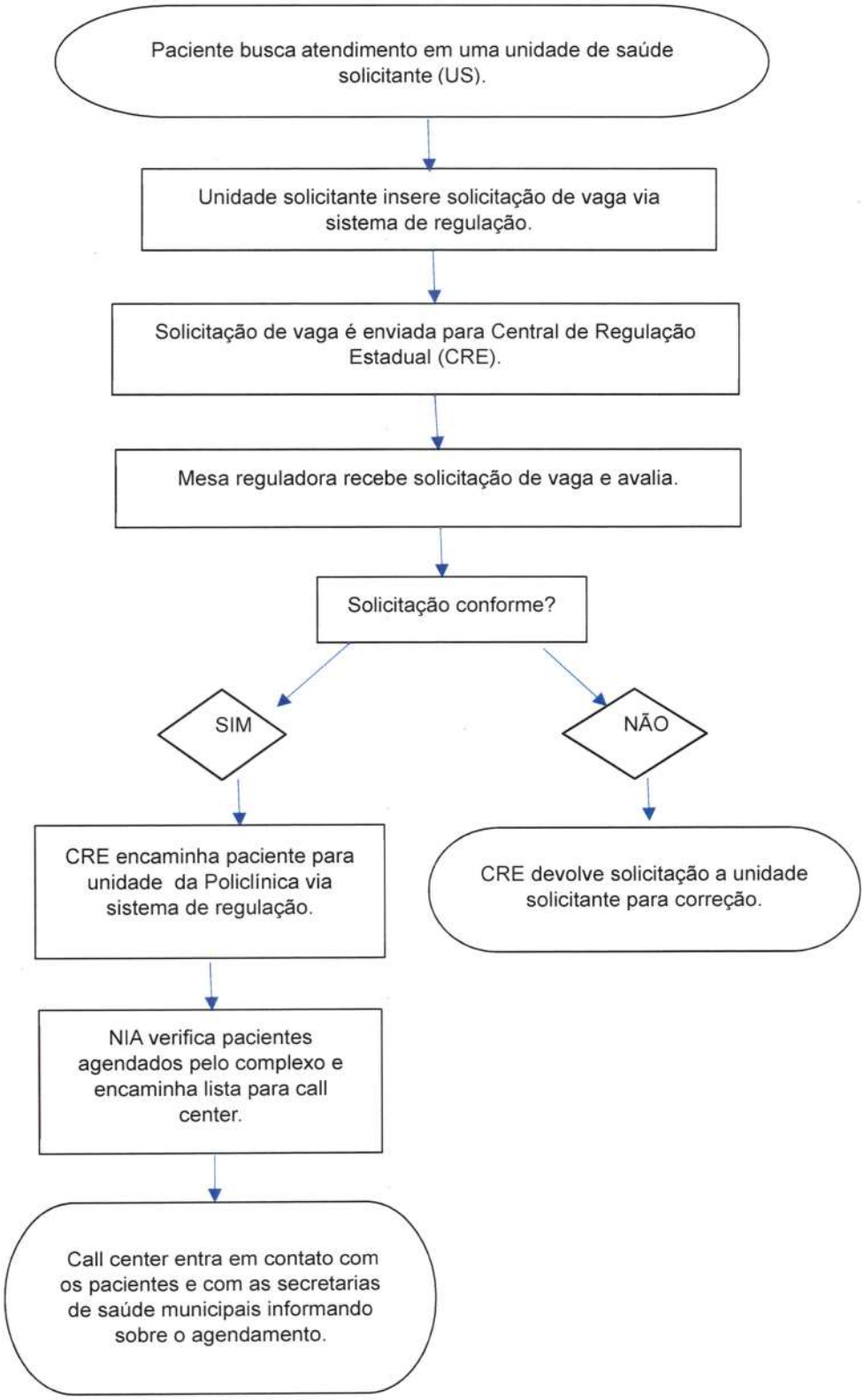


Figura 22 - Fluxograma da Central Regulação Estadual

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE BENS E MÓVEIS

A saída ou o recebimento de equipamentos ou mobiliários só será realizado com o acompanhamento de responsável devidamente designado, sendo que nenhum volume, objeto ou bem móvel poderá ser retirado sem que seu portador esteja munido da autorização de saída de bens e móveis deverá contemplar na mesma as descrições técnicas do equipamento e número de patrimônio, que será sempre emitida em duas vias pelo gestor do patrimônio, ficando uma delas de posse da pessoa que está fazendo a retirada e a outra deve ser apresentada na portaria para a saída mercadoria. A medida não se aplica a volume cujo conteúdo indique visivelmente tratar-se de expedientes de rotina como processos, correspondências, boletins de serviço etc.

FLUXO DE AQUISIÇÃO DE BENS E MÓVEIS

1. Necessidade de aquisição de bem patrimonial.
2. Elaborar projeto de investimento junto a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES-GO).
3. Protocolar a solicitação via processo SEI (Sistema Eletrônico de Informação) da SES.
4. Após aquisição do bem patrimonial o mesmo é recebido na unidade pelo almoxarifado.
5. É realizado a conferência da nota fiscal do bem recebido e acionado um representante da equipe do patrimônio.
6. Responsável do patrimônio solicita junto a SES o cadastro e número do patrimônio.
7. Os dados que devem ter na solicitação de cadastro são os seguintes: aquisição do bem, nota fiscal, valor e número de série.
8. Após realização do cadastro junto a SES, é enviado o número do tombamento para ser fixado no bem recebido através de etiqueta de identificação.
9. Após realização do cadastro junto a SES, é enviado o número do tombamento para ser fixado no bem recebido através de etiqueta de identificação.
10. O bem será alocado no seu local de destino. Qualquer movimentação de setor, deverá ser solicitado ao patrimônio devido a controle e inventário de bens patrimoniais.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

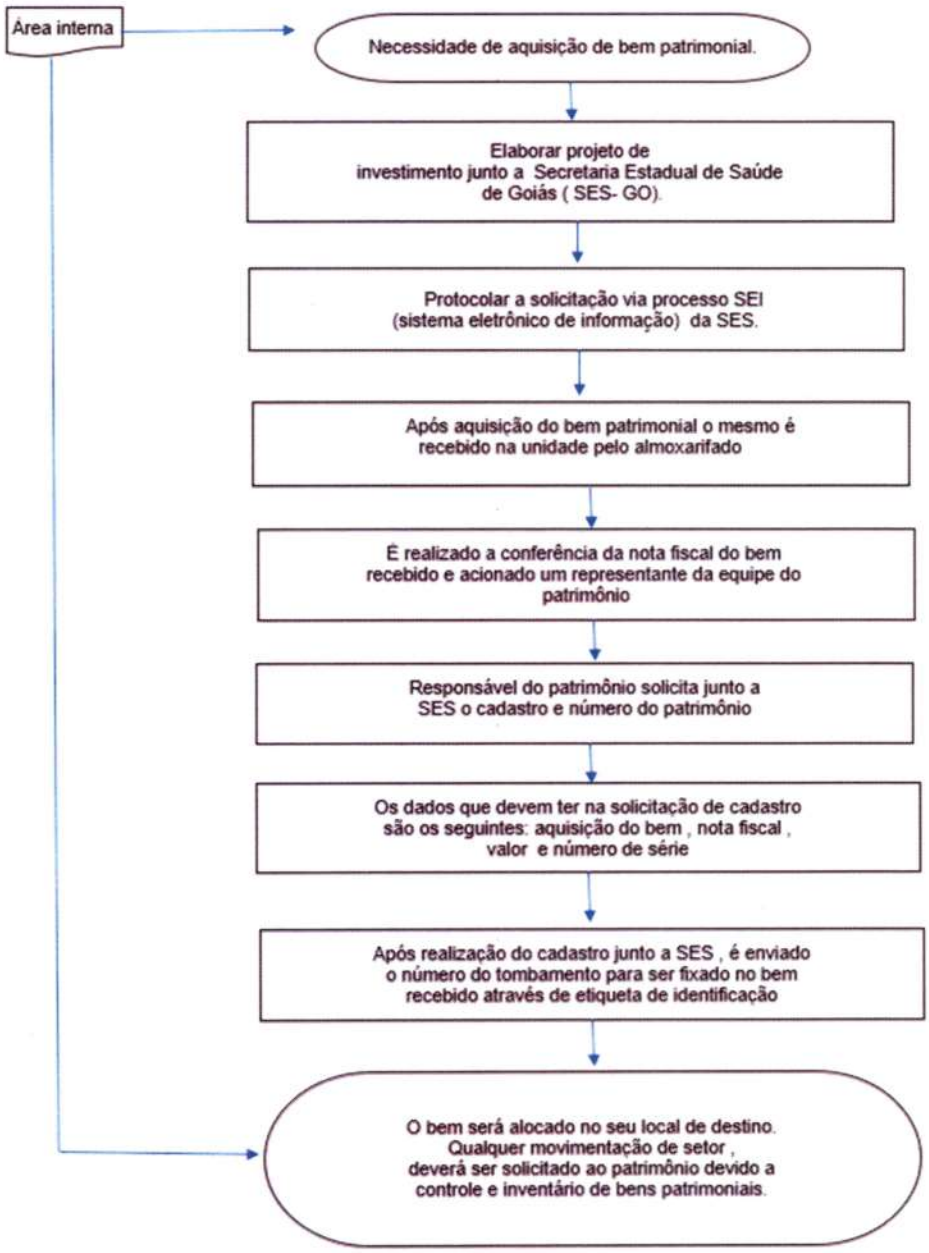


Figura 23 - Fluxograma de Aquisição de Bens e Móveis

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1. Equipamentos médicos assistenciais (EMA) parados e inativados dentro da unidade.
2. Realizar o preenchimento do formulário de solicitação de avaliação e devolução de equipamento médico à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás SES-GO.
3. Solicitar a engenharia clinica ou setor de tecnologia da informação o laudo de obsolescência do equipamento.
4. Incluir fotos e o histórico do equipamento.
5. Orçamento para manutenção, carta de "End of life" ou "End of service", se aplicável.
6. Após avaliação da comissão permanente de alienação e desfazimento (CPAD) por meio da coordenação de engenharia clínica da gerência de engenharia, arquitetura e manutenção (CEC/GEAM) da SES-GO.
7. Destinação final.
8. Caso o equipamento esteja em condições de uso, o mesmo poderá ser realocado para outra Unidade de Saúde.
9. Caso haja a intenção de substituição do equipamento, avaliar a possibilidade de alienação do equipamento (entrega do equipamento obsoleto ao fornecedor do novo a ser adquirido).
10. Caso o equipamento não esteja em condições de uso, deverá seguir com o envio da documentação comprobatória.
11. Retirada do equipamento pela SES-GO para o devido descarte ou realocação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

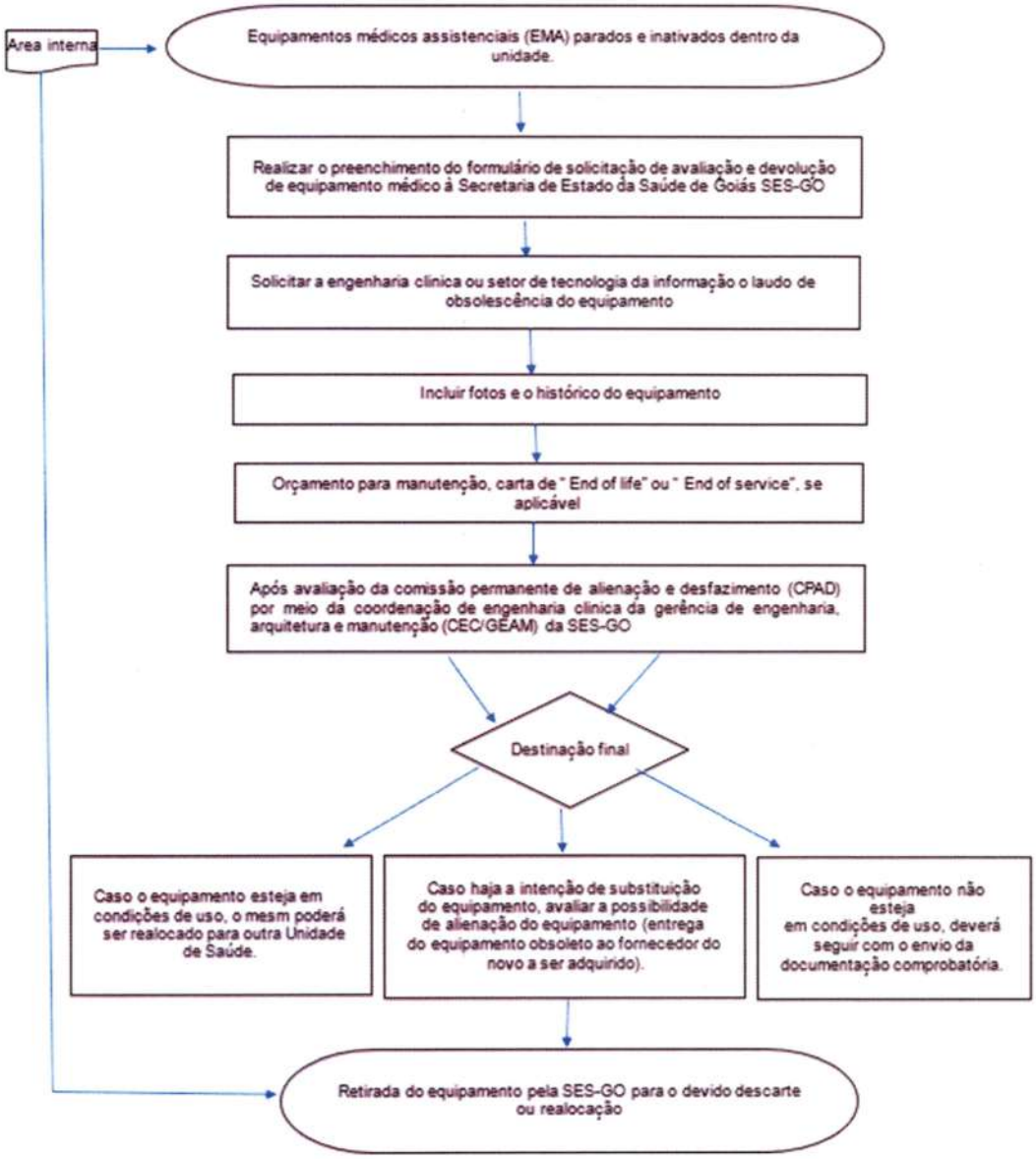


Figura 24 - Fluxograma de Inservibilidade de Equipamentos/Logística Reserva

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SALA DE ESTABILIZAÇÃO DA POLICLÍNICA

A Sala de Estabilização será destinada a pacientes em hemodiálise ou aqueles que recebem atendimento ambulatorial e necessitam de cuidados intensivos imediatos. Essa sala atenderá principalmente pacientes que aguardam a estabilização do quadro clínico, a definição de um diagnóstico ou a transferência para outra unidade, caso não se enquadrem no perfil de atendimento. Isso pode ocorrer diante da necessidade de uma vaga em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou de uma cirurgia de emergência.

FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE A SALA DE ESTABILIZAÇÃO

1. Quando paciente descompensa na unidade, é encaminhado para a sala de estabilização.
2. Paciente será acomodado em leito para monitorização, avaliação e classificação de risco.
3. Paciente permanece no setor e recebe atendimento médico.
4. Tipo de exame?
5. Se solicitado exame de imagem, paciente será direcionado e acompanhado pela enfermagem ao seto de imagens.
6. Se solicitado exame laboratoriais, enfermagem aciona o laboratório para que a auxiliar de coleta se dirija à sala de estabilização.
7. Após reavaliação do paciente e resultados dos exames solicitados, o médico define conduta.
8. Alta com orientação médica.
9. Se necessário internação, deve-se acionar UTI móvel e encaminhar o paciente ao hospital de retaguarda definido no termo de colaboração.
10. NIA comunica o encaminhamento via vaga zero ao CRE.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

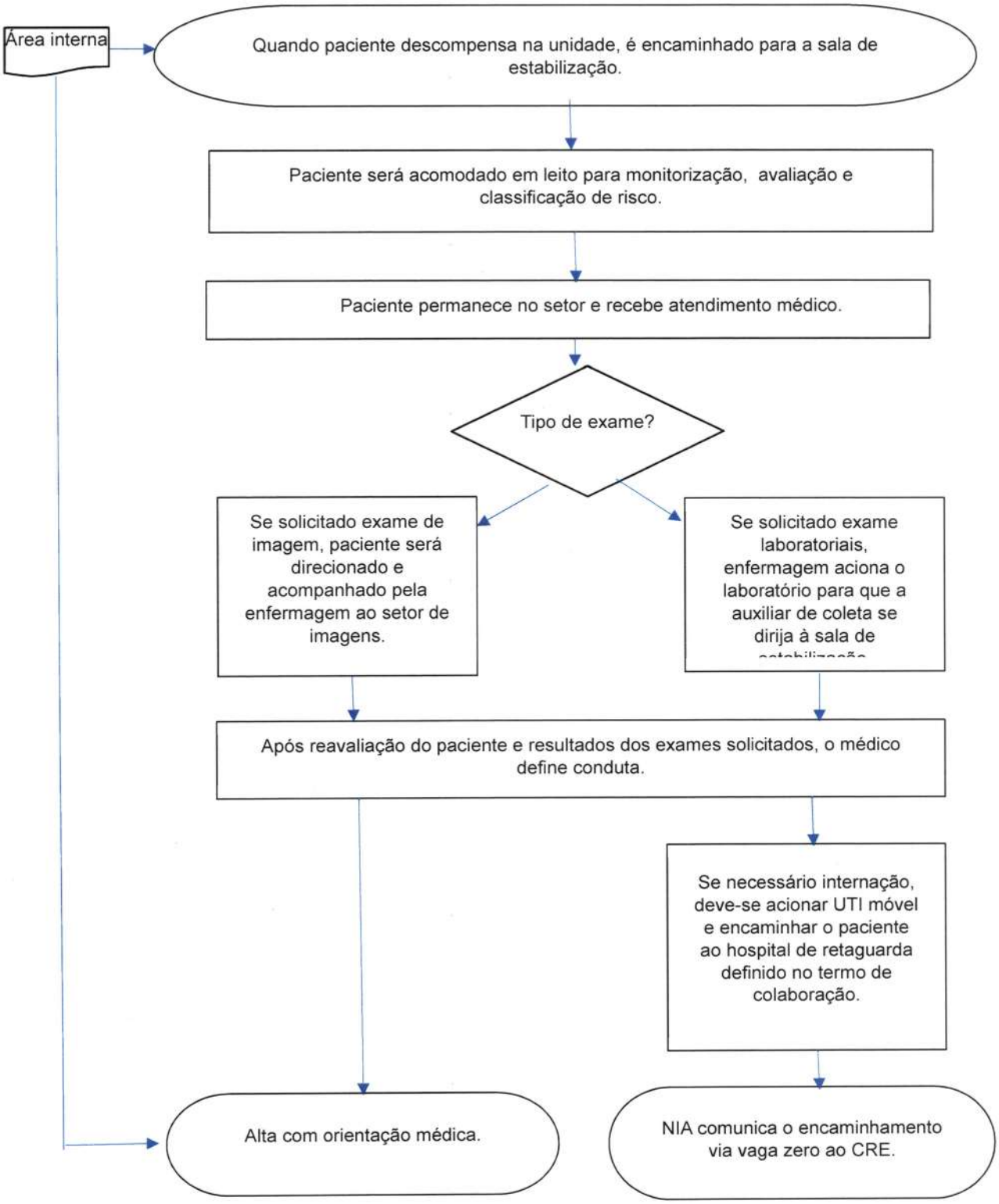


Figura 25 – Fluxograma de Atendimento do Paciente na Sala de Estabilização

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE

1. Paciente da entrada na unidade através da portaria/guarita em carro próprio, van, micro-ônibus, ambulância, se identifica com documento pessoal.
2. O veículo se dirige a rampa de acesso ao setor de hemodiálise para desembarque dos pacientes.
3. Após desembarque do paciente, o veículo se direciona ao estacionamento para aguardar o término da sessão de hemodiálise.
4. Os pacientes são recebidos pela recepcionista que os entregam o crachá de identificação e os direcionam para a consulta de enfermagem.
5. Após a consulta de enfermagem, são encaminhados à sala de hemodiálise.
6. Paciente com fístula realiza a higienização conforme protocolo.
7. Paciente com cateter se acomoda na poltrona identificada, e se inicia o curativo do local pelo enfermeiro.
8. Após todos acomodados inicia-se o processo de hemodiálise conforme protocolo pré – estabelecido.
9. Ao término da sessão, paciente devolve o crachá na recepção e segue até a rampa de acesso para embarque.
10. Motorista estaciona condução para embarque dos pacientes e após deixa unidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

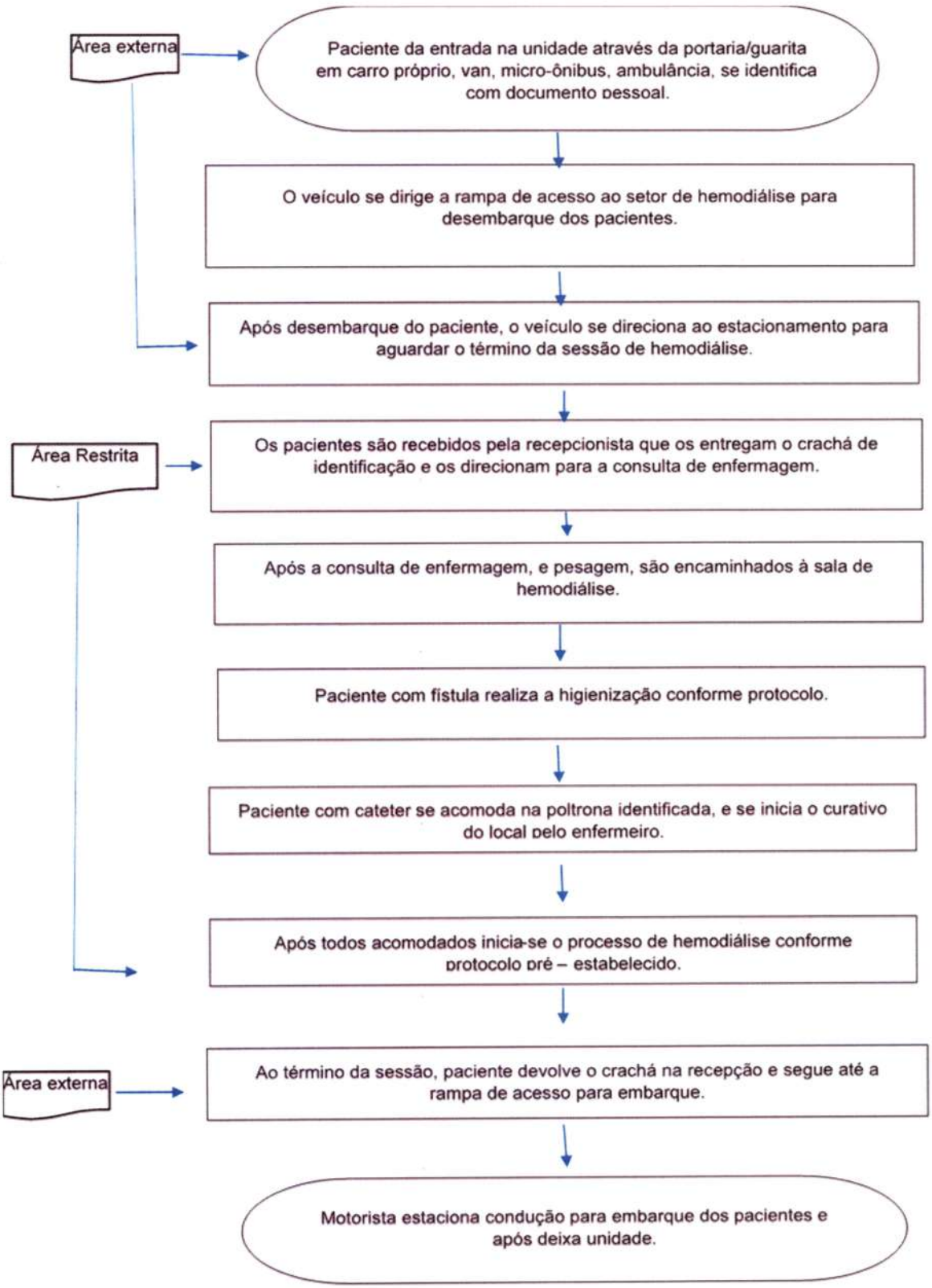


Figura 26 – Fluxograma de Atendimento no Serviço de Hemodiálise

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE ACESSO AO ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA

1. Paciente é encaminhado a unidade via complexo regulador.
2. Paciente da entrada na guarita/portaria, se identifica com documentos pessoais porteiro confere se o nome consta na lista de agendamento do dia, faz registro no sistema de controle de acesso e o identifica com uma etiqueta colante.
3. Porteiro o direciona a rampa que da acesso a recepção central.
4. Na recepção central, paciente retira a senha e a recepcionista orienta seguir pela linha azul até a recepção de imagens.
5. Paciente aguarda chamado no painel sonoro e quando chegar sua vez, entrega documento pessoal com foto, comprovante de endereço e cartão SUS à recepcionista para abertura de atendimento via sistema.
6. Após abertura de atendimento, agurda ser chamado pelo aviso sonoro do painel de atendimento ou pelo nome completo por um auxiliar de enfermagem.
7. Após atendimento, paciente necessita retorno?
8. Sim.
9. Paciente é orientado a seguir linha amarela até a recepção central, em seguida a linha laranja até a recepção do NIA.
10. NIA agenda retorno ao paciente.
11. Não.
12. Após orientações, paciente recebe alta.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

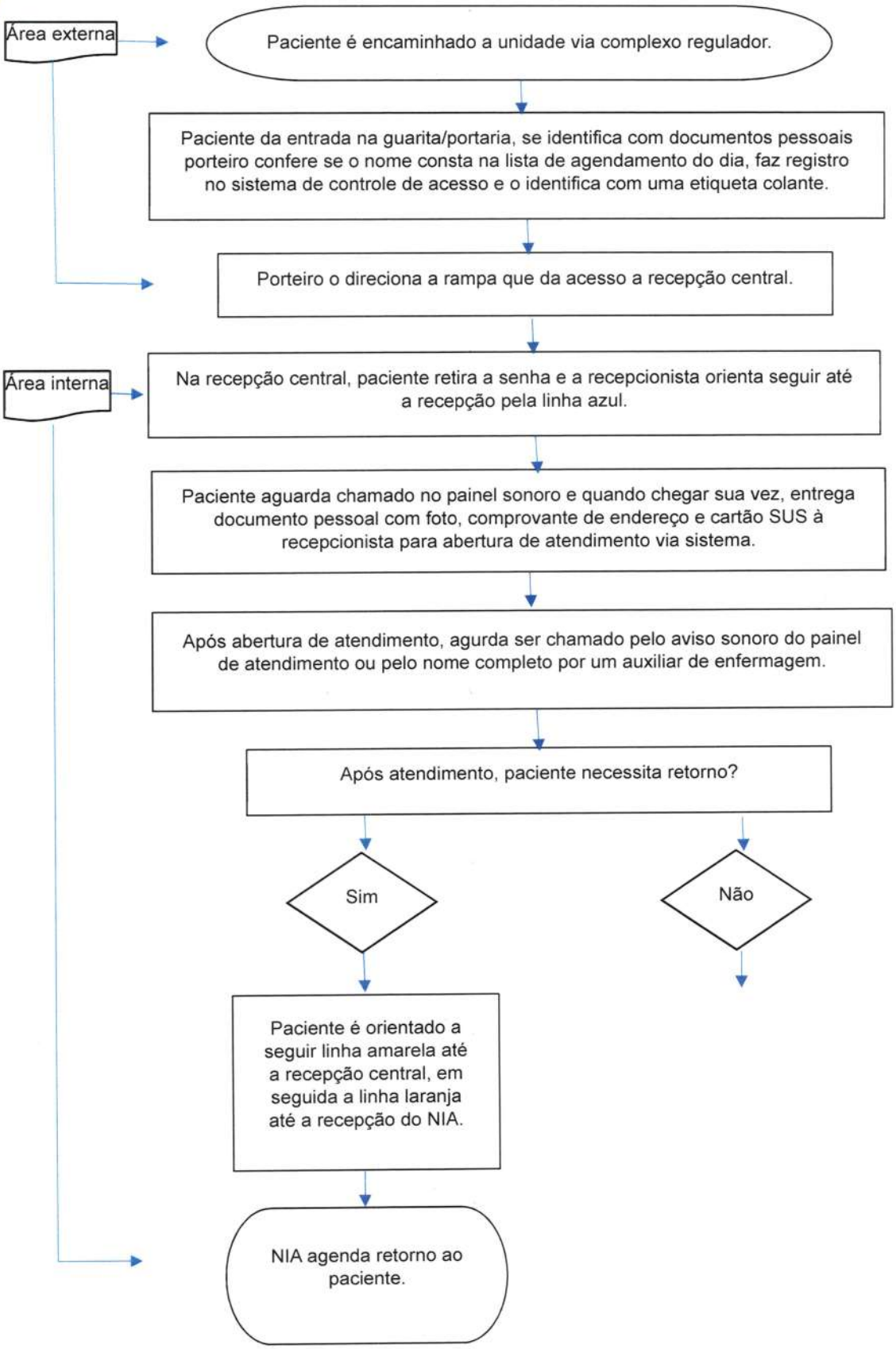


Figura 27 – Fluxograma de Acesso do Paciente ao Serviço de Endoscopia e Colonoscopia

ÁREA DE AMBULATÓRIO DA POLICLÍNICA

Destinado ao atendimento de pacientes previamente agendados através do complexo regulador estadual, para consultas diagnósticas e tratamento por meio da execução das ações de promoção, prevenção, recuperação, dirigidas ao indivíduo. Na policlínica são ofertadas consultas ambulatoriais nas seguintes especialidades:

Especialidades Ambulatoriais:
Anestesiologia
Angiologia/Cirurgia Vascular
Cardiologia
Coloproctologia
Clínico Geral – linha do cuidado
Dermatologia
Endocrinologia
Gastroenterologia
Ginecologia
Hematologia
Infectologia
Mastologia
Nefrologia
Neurologia
Obstetrícia (pré-natal de alto risco)
Oftalmologia

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Especialidades Ambulatoriais:
Ortopedia/Traumatologia
Otorrinolaringologia
Pediatria
Pneumologia
Psiquiatria
Reumatologia
Urologia

Tabela 11 – Especialidades Multiprofissionais Ambulatoriais da Policlínica

FLUXO DE ATENDIMENTO MÉDICO NO AMBULATÓRIO

1. Paciente é encaminhado a unidade via complexo regulador.
2. Paciente da entrada na guarita/portaria, se identifica com documentos pessoais porteiro confere se o nome consta na lista de agendamento do dia, faz registro no sistema de controle de acesso e o identifica com uma etiqueta colante.
3. Porteiro o direciona a rampa que da acesso a recepção central.
4. Na recepção central, paciente retira a senha e a recepcionista orienta seguir a linha vermelha que dará acesso a recepção de consultas médica/ambulatorial.
5. Paciente aguarda chamado no painel sonoro e quando chegar sua vez, entrega documento pessoal com foto, comprovante de endereço e cartão SUS à recepcionista para abertura de atendimento via sistema.
6. Recepcionista encaminhará o paciente a sala de acolhimento da enfermagem, que após direcionará o retorno do paciente a recepção.
7. Paciente é acomodado na recepção e agurda ser chamado pelo aviso sonoro do painel de atendimento ou pelo nome completo por um profissional da enfermagem que o acompanhará até o consultório médico.
8. Médico avalia o paciente.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

9. Conduta?
10. Se tratamento cirúrgico ou encaminhamento para outro especialista: Médico preenche formulário no sitema para gerar AIH.
11. Equipe do NIA faz registro da AIH junto ao complexo regulador.
12. Se tratamento conservador: Médico prescreve o tratamento.
13. Após orientações, alta ambulatorial.
14. Caso não haja exames, médico solicita exames para diagnótico e tomada de decisão.
15. Equipe do NIA, realiza agendamento de exame.

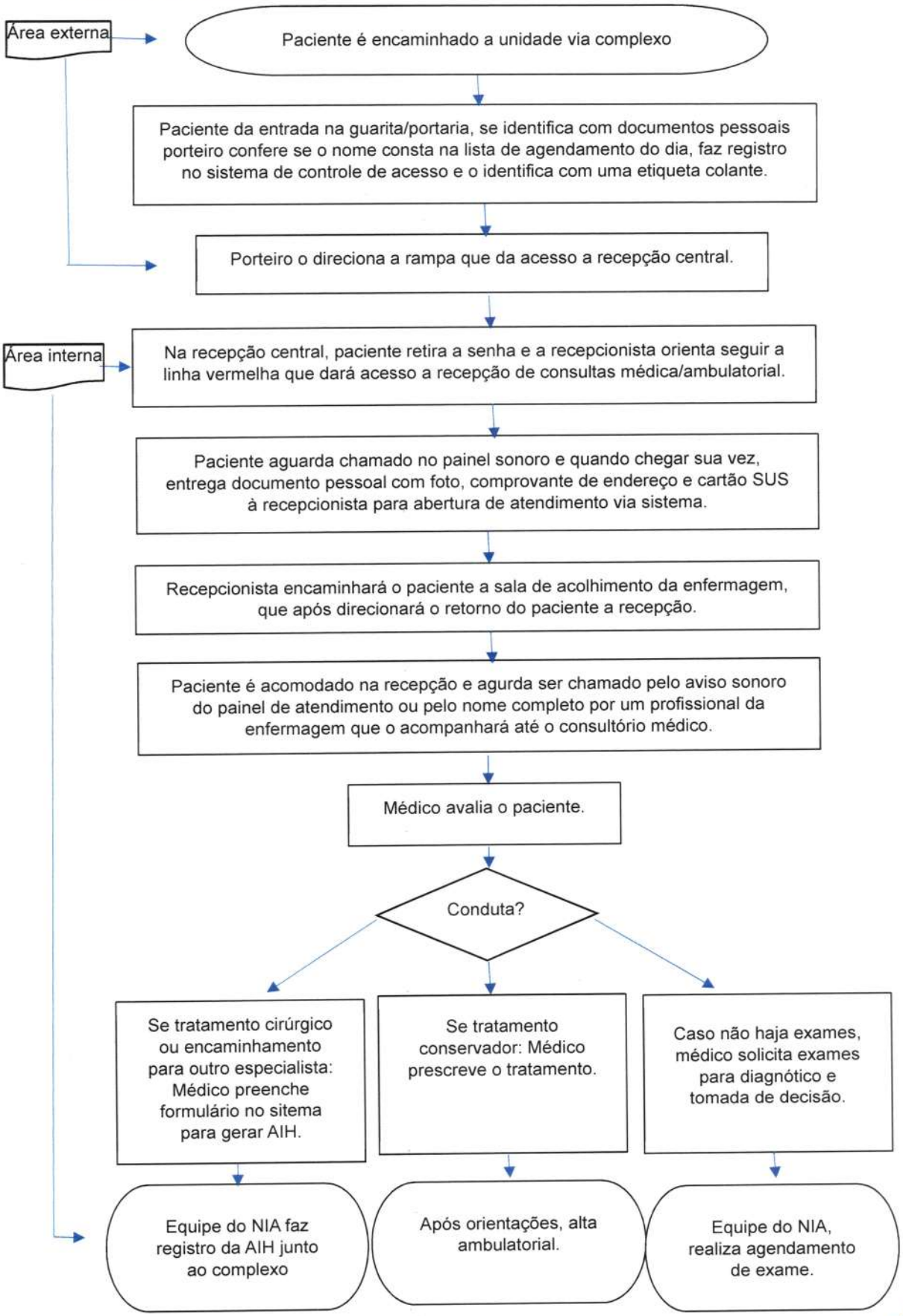


Figura 28 - Fluxograma de Atendimento Médico no Ambulatório

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE NO POSTO DE COLETA/LABORATÓRIO

1. Paciente acessa a unidade pela guarita/portaria, se identifica com documentos pessoais. É realizada conferência se o paciente está na lista de agendados do dia.
2. É realizado cadastro no sistema de controle de acesso e identificado com etiqueta colante e em seguida, é orietando a seguir até a rampa de acesso na recepção central.
3. Na recepção central, será entregue senha e o paciente será orientado a seguir pela linha verde até a recepção do laboratório.
4. Paciente realiza coleta de exame e é liberado.

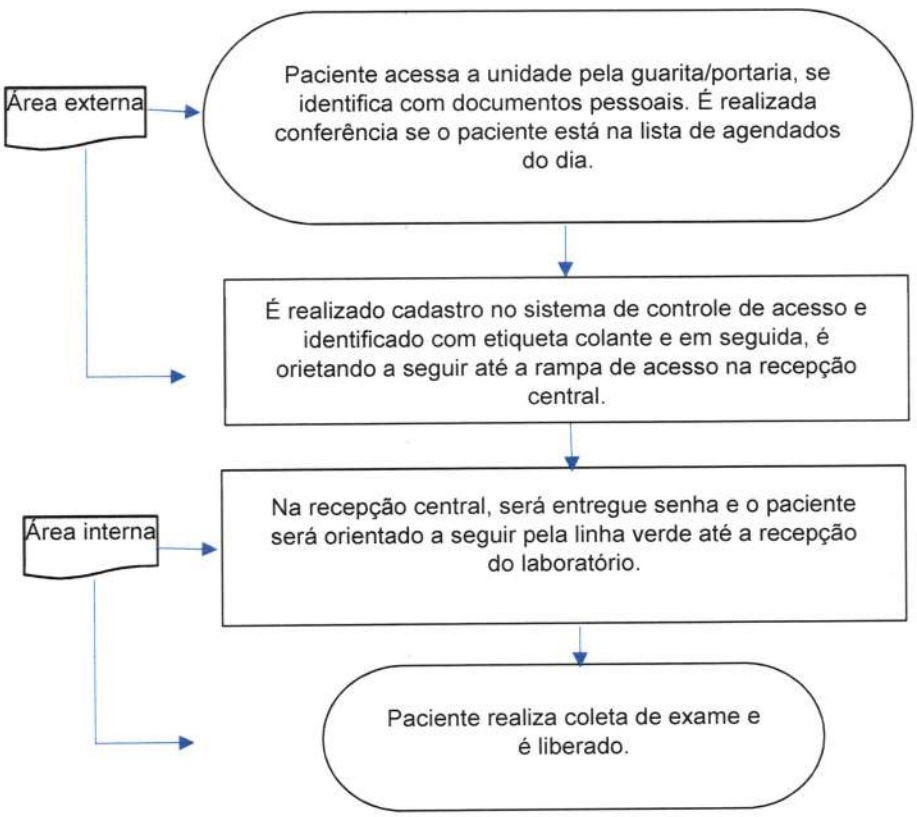


Figura 29 – Fluxograma de Atendimento ao paciente no Posto de Coleta/Laboratório

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE ATENDIMENTO NA SALA DE CUIDADOS FARMACÊUTICOS

1. Paciente acessa a unidade pela guarita/portaria, se identifica com documentos pessoais. É realizada conferência se o paciente está na lista de agendados do dia.
2. É realizado cadastro no sistema de controle de acesso e identificado com etiqueta colante e em seguida, é orietando a seguir até a rampa de acesso na recepção central.
3. Na recepção central, será entregue senha e o paciente será orientado a seguir pela linha verde até a recepção da equipe multiprofissional.
4. Paciente aguarda chamado no painel sonoro e quando chegar sua vez, entrega documento pessoal com foto, comprovante de endereço e cartão SUS à recepcionista para abertura de atendimento via sistema.
5. Paciente é acomodado na recepção e agurda ser chamado pelo aviso sonoro do painel de atendimento ou pelo nome completo pela farmacêutica que irá acompanha-lo até a sala de cuidado farmacêutico
6. Após atendimento, paciente necessita retorno?
7. Sim.
8. Paciente é orientado a seguir linha amarela até a recepção central, em seguida a linha laranja até a recepção do NIA.
9. NIA agenda retorno ao paciente.
10. Não.
11. Após orientações, paciente recebe alta.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

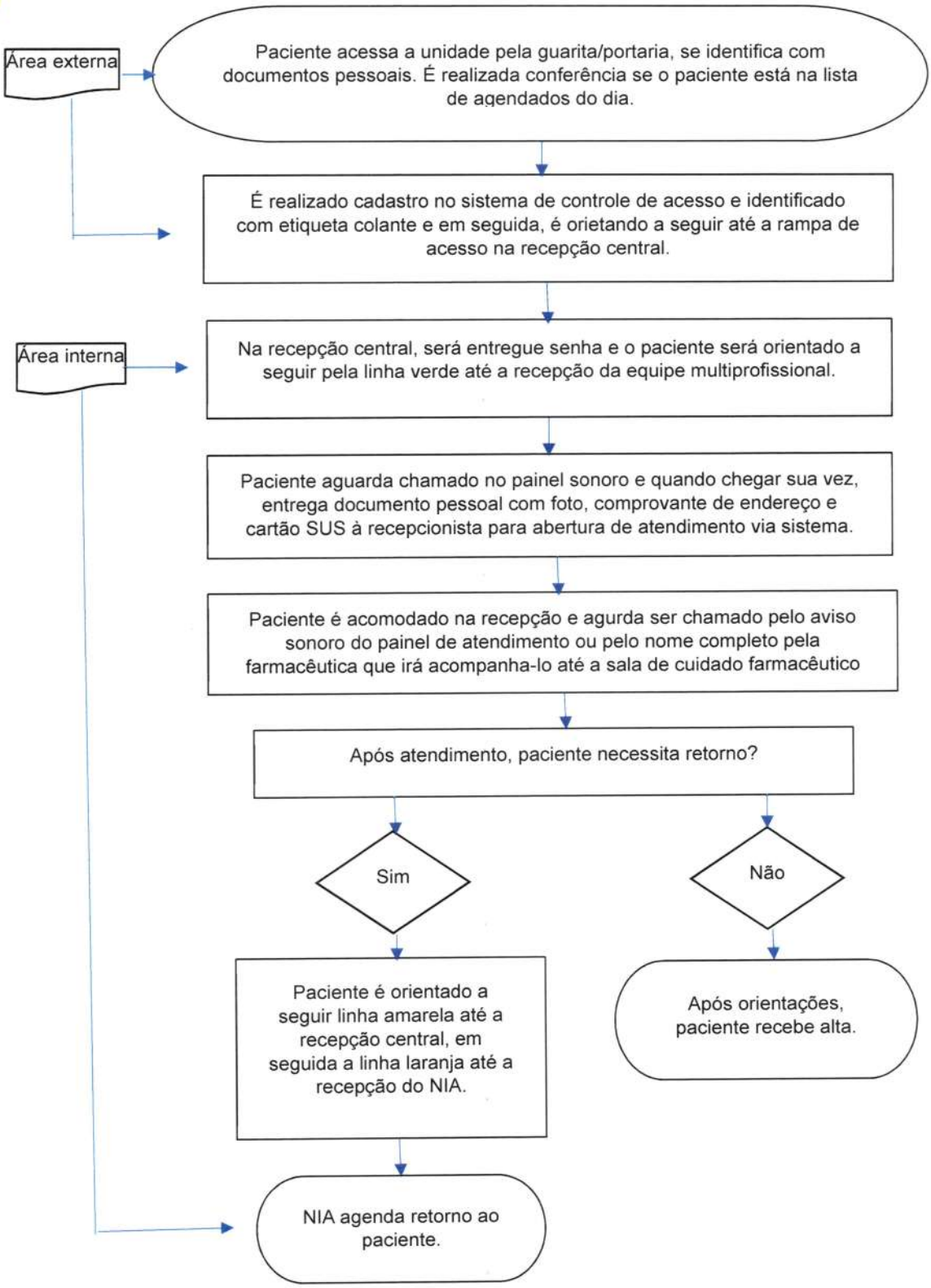


Figura 30 – Fluxograma de Atendimento na Sala de Cuidados Farmacêutico

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE ATENDIMENTO NA SALA DE FISIOTERAPIA

1. Paciente acessa a unidade pela guarita/portaria, se identifica com documentos pessoais. É realizada conferência se o paciente está na lista de agendados do dia.
2. É realizado cadastro no sistema de controle de acesso e identificado com etiqueta colante e em seguida, é orietando a seguir até a rampa de acesso na recepção central.
3. Na recepção central, será entregue senha e o paciente será orientado a seguir pela linha verde até a recepção da equipe multiprofissional.
4. Paciente aguarda chamado no painel sonoro e quando chegar sua vez, entrega documento pessoal com foto, comprovante de endereço e cartão SUS à recepcionista para abertura de atendimento via sistema.
5. Paciente é acomodado na recepção e agurda ser chamado pelo aviso sonoro do painel de atendimento ou pelo nome completo pela fisioterapeuta que irá acompanha-lo até a sala de atendimento.
6. Após atendimento, paciente necessita retorno?
7. Sim.
8. Paciente é orientado a seguir linha amarela até a recepção central, em seguida a linha laranja até a recepção do NIA.
9. NIA agenda retorno ao paciente.
10. Não.
11. Após orientações, paciente recebe alta.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

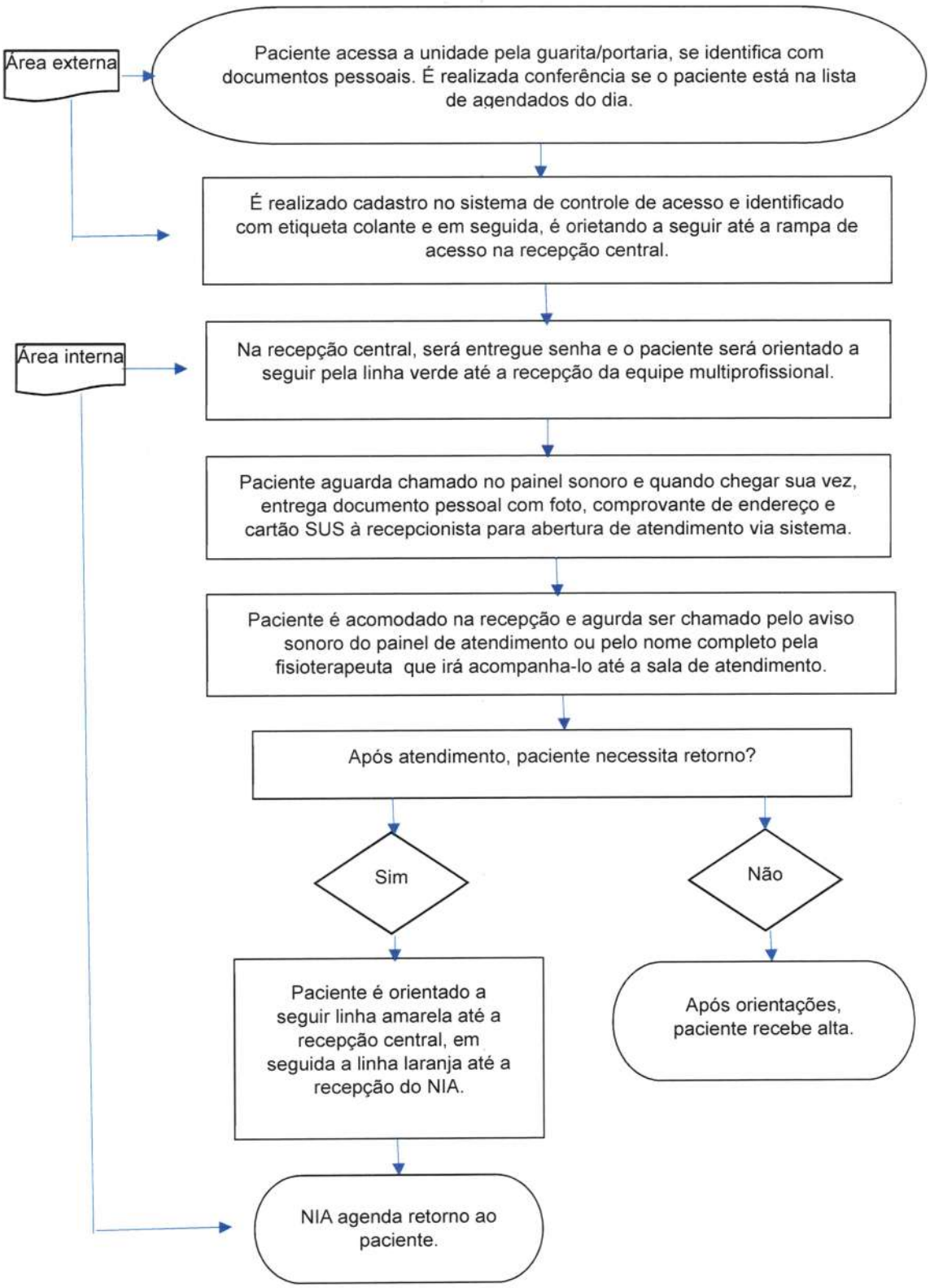


Figura 31 – Fluxograma de Atendimento na Sala de Fisioterapia

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE ATENDIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO AMBULATÓRIO

1. Paciente é encaminhado a unidade via complexo regulador.
2. Paciente da entrada na guarita/portaria, se identifica com documentos pessoais porteiro confere se o nome consta na lista de agendamento do dia, faz registro no sistema de controle de acesso e o identifica com uma etiqueta colante.
3. Porteiro o direciona para a rampa que da acesso a recepção central.
4. Na recepção central, paciente retira a senha e é orientado a seguir a linha verde que dará acesso a recepção da equipe multiprofissional.
5. Paciente aguarda chamado no painel sonoro e quando chegar sua vez, entrega documento pessoal com foto, comprovante de endereço e cartão SUS à recepcionista para abertura de atendimento via sistema.
6. Após abertura de atendimento, paciente aguarda na recepção até ser chamado no painel sonoro ou pelo nome completo por um profissional da unidade. Será acompanhado por um técnico de enfermagem até o consultório multiprofissional.
7. Conduta?
8. Após atendimento, se houver necessidade de retorno/sessões, o paciente será encaminhado para recepção para agendar o retorno.
9. Após atendimento, se não houver necessidade de retorno/sessões, o paciente recebe alta ambulatorial.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

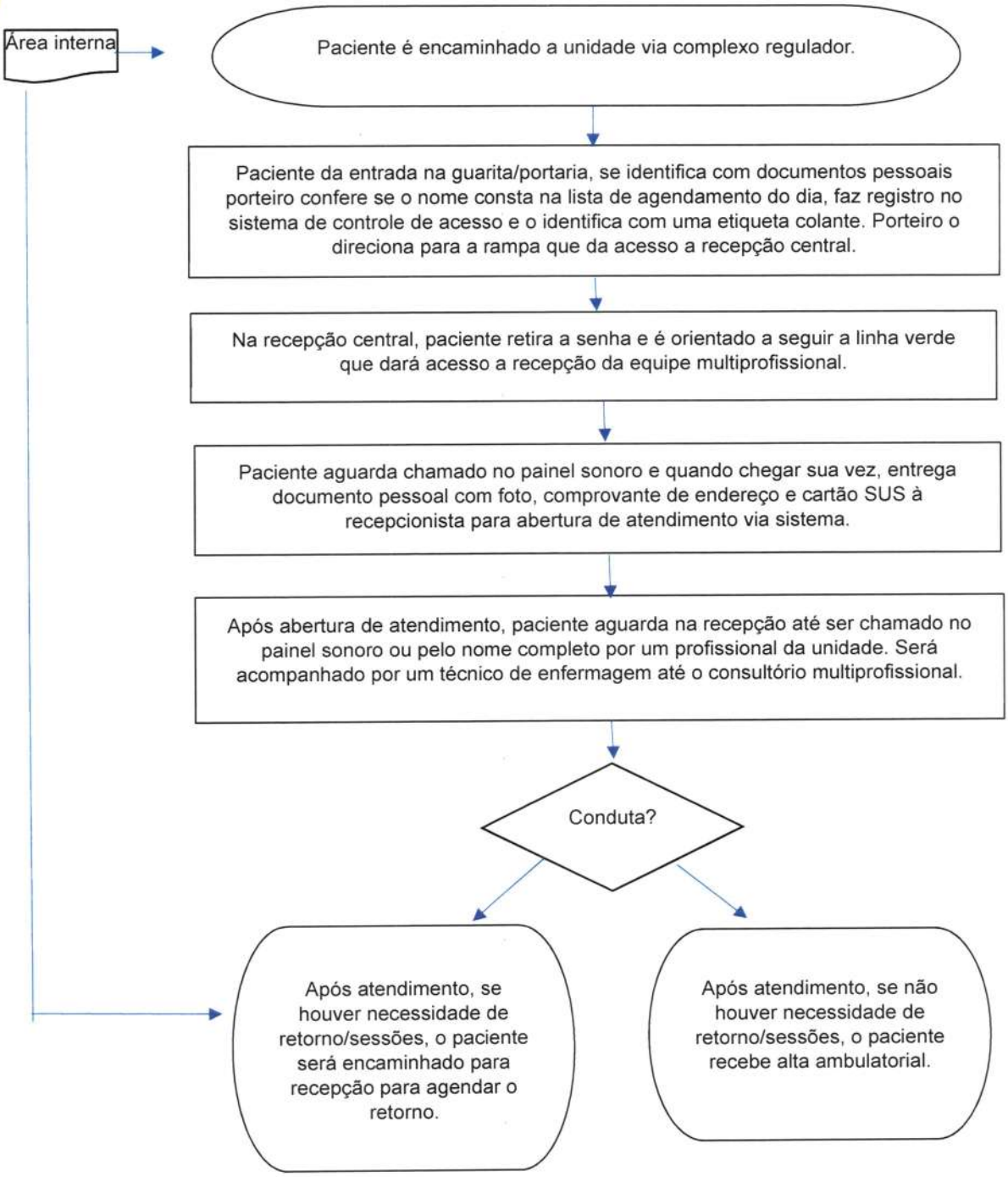


Figura 32 – Fluxograma de Atendimento da Equipe Multiprofissional

FLUXO DE ATENDIMENTO DA CONSULTA AMBULATORIAL DE ENFERMAGEM

1. Paciente aguarda na recepção para dar inicio ao atendimento de consulta ambulatorial de enfermagem.
2. Após ser chamado em painel de aviso sonoro, paciente é acompanhado pelo técnico de enfermagem até a sala da equipe multiprofissional para atendimento de enfermagem.
3. Enfermeiro inicia atendimento realizando entrevista/anamnese e o exame físico, concluindo assim a coleta de dados ou histórico de enfermagem.
4. A segunda etapa consiste no diagnóstico de enfermagem, sendo utilizado a classificação da taxonomia de NANDA.
5. A próxima etapa consiste no planejamento de enfermagem, no qual o enfermeiro
1. identifica as intervenções necessárias.
6. A quarta etapa é a implementação da assistência de enfermagem, onde são prescritos os cuidados, realizado as devidas orientações e os planos de ação necessários na assistência ao paciente.
7. Todo o processo de atendimento de enfermagem é registrado via sistema de gestão de saúde.
8. Ao término da consulta ambulatorial de enfermagem, o paciente é direcionado a recepção para aguardar atendimento médico ou recebe alta ambulatorial.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

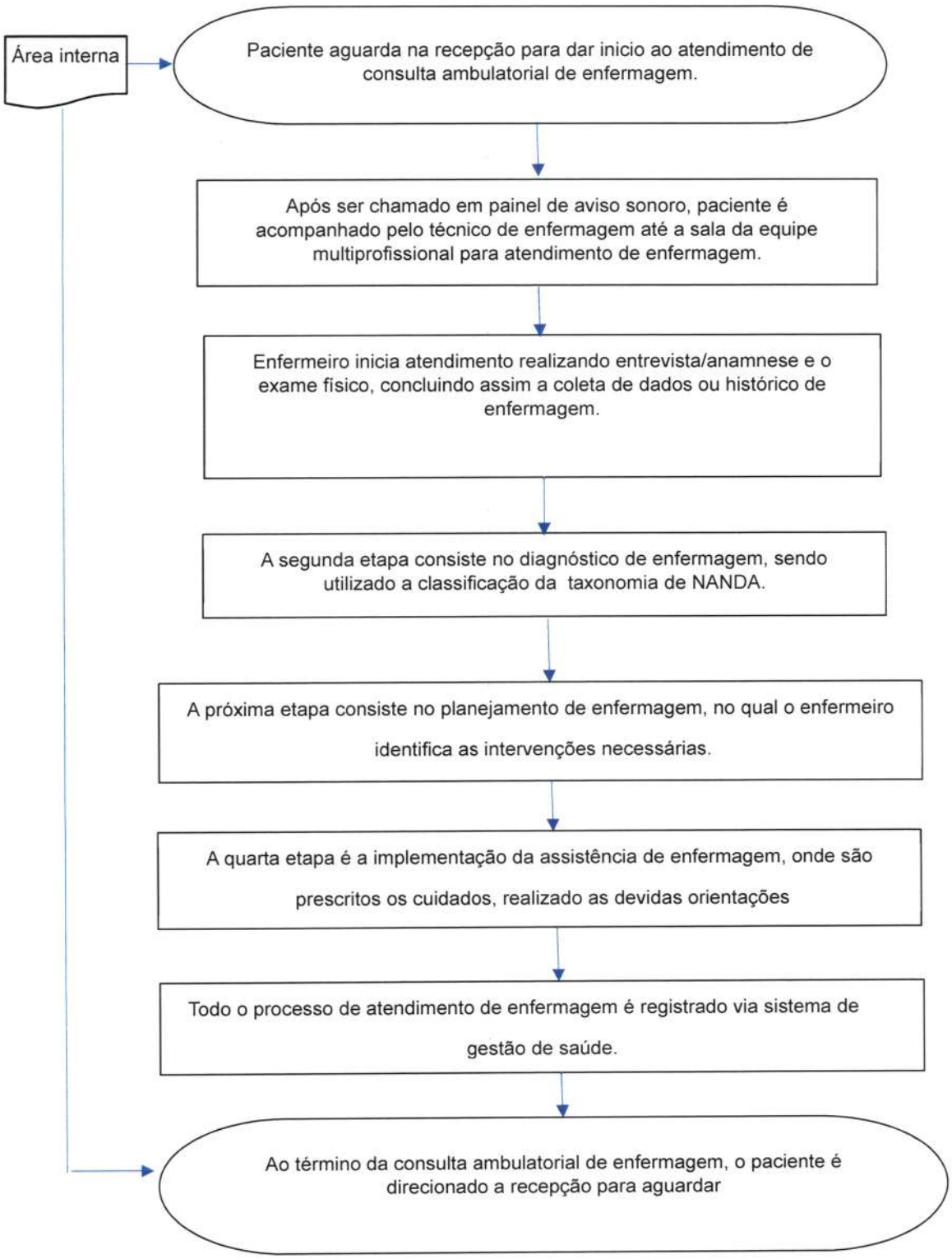


Figura 33 - Fluxograma de Consulta Ambulatorial de Enfermagem

FLUXO DE ATENDIMENTO NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

1. Paciente é encaminhado a unidade via complexo regulador.
2. Paciente da entrada na guarita/portaria, se identifica com documentos pessoais porteiro confere se o nome consta na lista de agendamento do dia, faz registro no sistema de controle de acesso e o identifica com uma etiqueta colante.
3. Porteiro o direciona a rampa que da acesso a recepção central.
4. Na recepção central, paciente retira a senha e a recepcionista orienta seguir até a recepção do consultório odontológico.
5. Paciente aguarda chamado no painel sonoro e quando chegar sua vez, entrega documento pessoal com foto, comprovante de endereço e cartão SUS à recepcionista para abertura de atendimento via sistema.
6. Após abertura de atendimento, agurda ser chamado pelo aviso sonoro do painel de atendimento ou pelo nome completo por um auxiliar de consultório odontológico.
7. Após atendimento, paciente necessita retorno?
8. Sim.
9. Paciente é orientado a seguir linha amarela até a recepção central, em seguida a linha laranja até a recepção do NIA.
10. NIA agenda retorno ao paciente.
11. Não.
12. Após orientações, paciente recebe alta.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

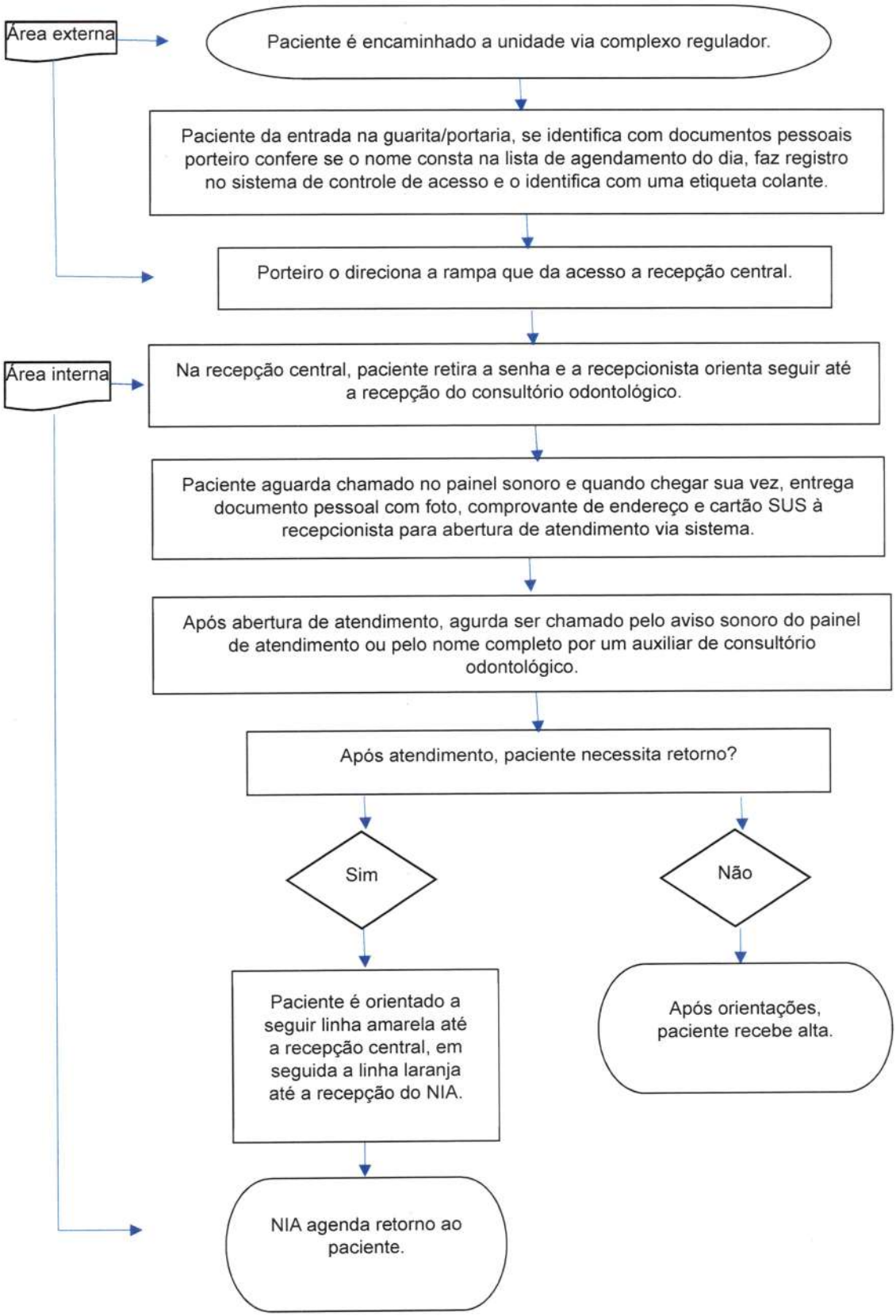


Figura 34 – Fluxograma de Atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO NA FARMÁCIA AMBULATORIAL.

1. Durante consulta médica e avaliação, caso necessário, profissional prescreve medicação ao paciente via sistema.
2. Após prescrição realizada, profissional de enfermagem se dirige a farmácia com receita em mãos para solicitar dispensação do medicamento.
3. O farmacêutico ou auxiliar de farmácia, realiza a separação dos medicamentos solicitados entregando ao profissional de enfermagem onde acontece a dupla checagem entre os profissionais.
4. O profissional de enfermagem retorna à sala de injetáveis chama o paciente que está aguardando na recepção pelo nome completo.
5. Pacinete, ao entrar na sala de injetáveis é realizado conferência da medicação, identificação do paciente e orientação sobre medicação a ser administrada pela enfermagem. É realizado administração do medicamento.
6. Paciente fica sob observação da equipe de enfermagem por 20 minutos para avaliar reação adversa, em seguida recebe orientações e alta ambulatorial.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

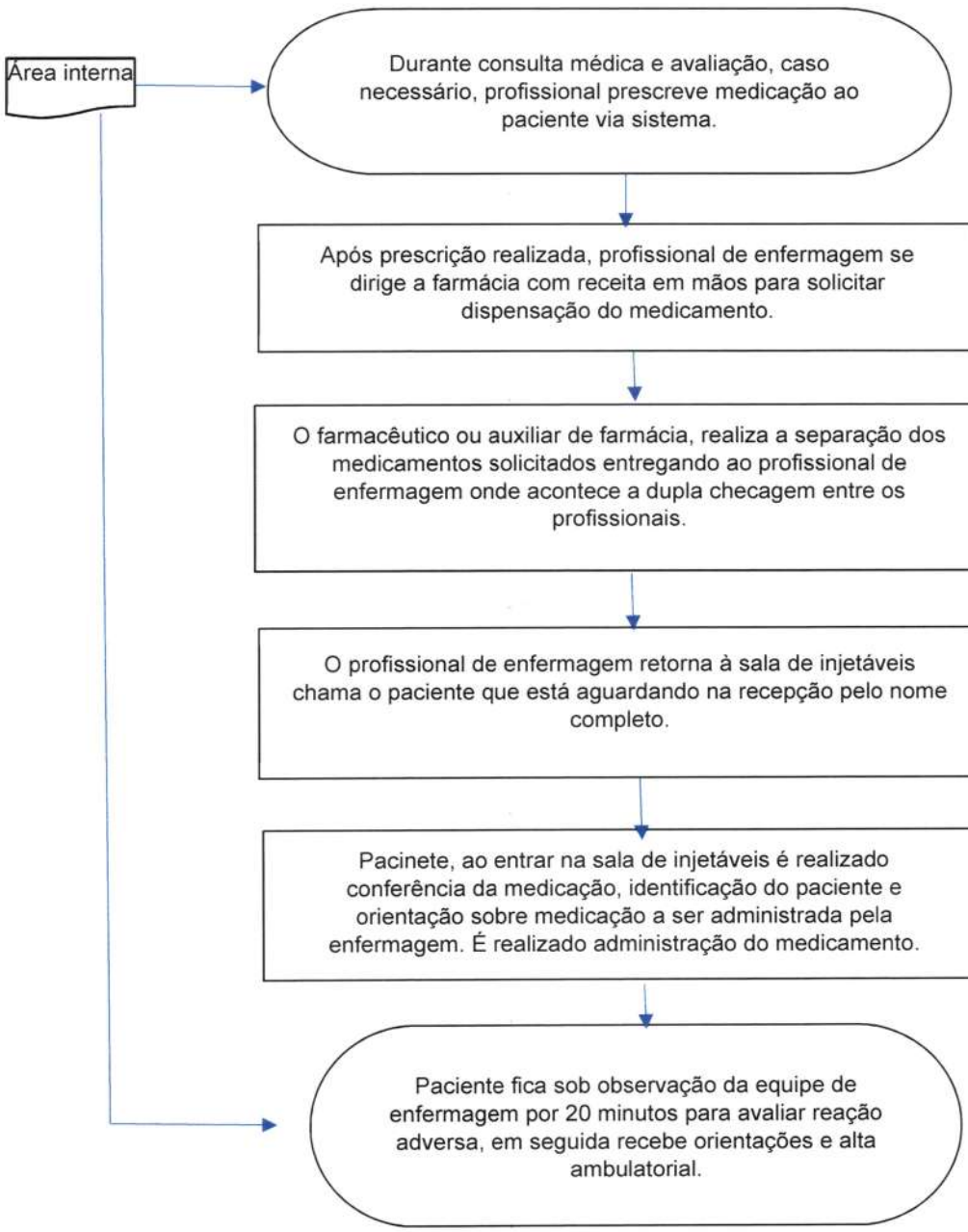


Figura 35 – Fluxograma de Dispensação de Medicamento na Farmácia Ambulatorial

FLUXO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTENCIA FARMACÊUTICA (CEAF)

1. Paciente, familiar de primeiro grau ou representante do município, chega a portaria/guarita da unidade, se identifica com documento pessoal e informa que irá retirar a medicação no CEAF.
2. Serviço de portaria, realiza o cadastro no sistema de controle de acesso, e o indentifica com etiquera colante. Orienta o mesmo a seguir pela rampa que da acesso a recepção central.
3. Na recepção central, paciente retira a senha e a recepcionista o orienta a seguir pela linha azul e a esquerda estará a recepção da farmácia.
4. Paciente é acomodado na recepção e agurda ser chamado pelo aviso sonoro do painel de atendimento ou pelo nome completo por um profissional da farmácia.
5. Quem está retirando a medicação?
6. Representante
7. do município
8. O mesmo, apresenta protocolo, cópia do documento pessoal, receita origianal, declaração de autroização e cadastro na central.
9. Paciente ou familiar
10. Os mesmo, apresentam protocolo, documento pessoal e receita original.
11. Se paciente não for cadastrado no CEAF, será entregue cartilhas de orientações para que providencie documentação necessária para abertura do processo e entrega dos formulários médicos a serem preenchidos e será orienteado caso precise procurar o médico do PSF ou especialista caso necessário.
12. É realizado dispensação do medicamento ou se não, conforme descrição acima.

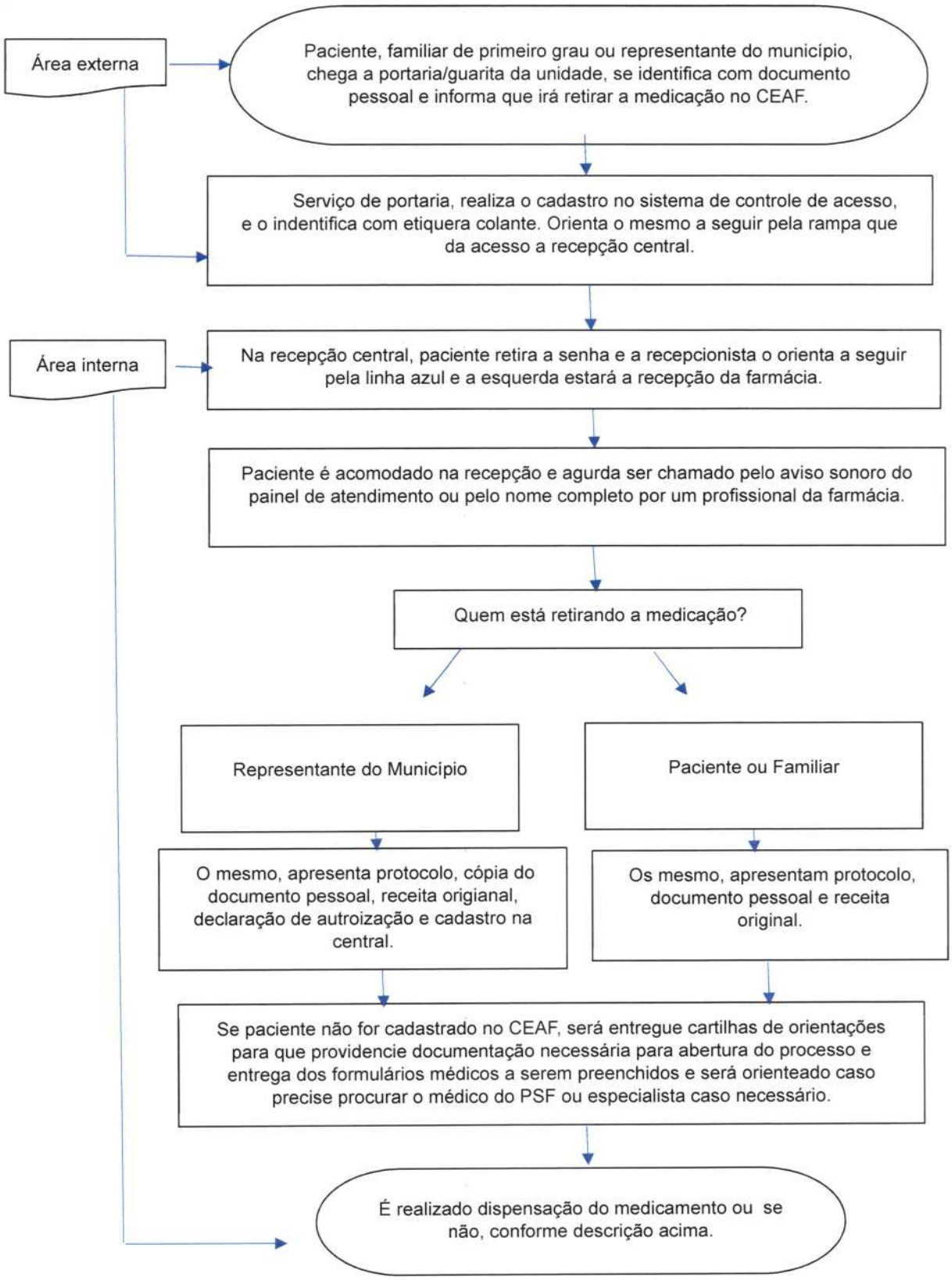


Figura 36 – Fluxograma de Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistencia Farmacêutica (CEAF)

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SALA DE INJETÁVEIS

A sala de injetáveis ou medicamentos é um ambiente para o qual os pacientes são encaminhados após receberem atendimento ambulatorial e no qual permanecem enquanto realizam algum tipo de tratamento, sendo comum a infusão de medicação intravenosa, intramuscular e oral.

FLUXO DE ATENDIMENTO NA SALA DE INJETÁVEIS

1. Paciente após atendimento médico, avaliação e conduta com prescrição de medicação.
2. É encaminhado para a sala de injetáveis deambulando e/ou de cadeira de rodas acompanhado pela equipe de enfermagem e/ou maqueiro.
3. Equipe de enfermagem acomoda o paciente em maca/poltrona, orienta-o sobre o procedimento a ser realizado, prepara e administra a medicação conforme orientação médica.
4. Paciente fica sob observação da equipe de enfermagem por 20 minutos para avaliar reação adversa, em seguida recebe orientações e alta ambulatorial.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

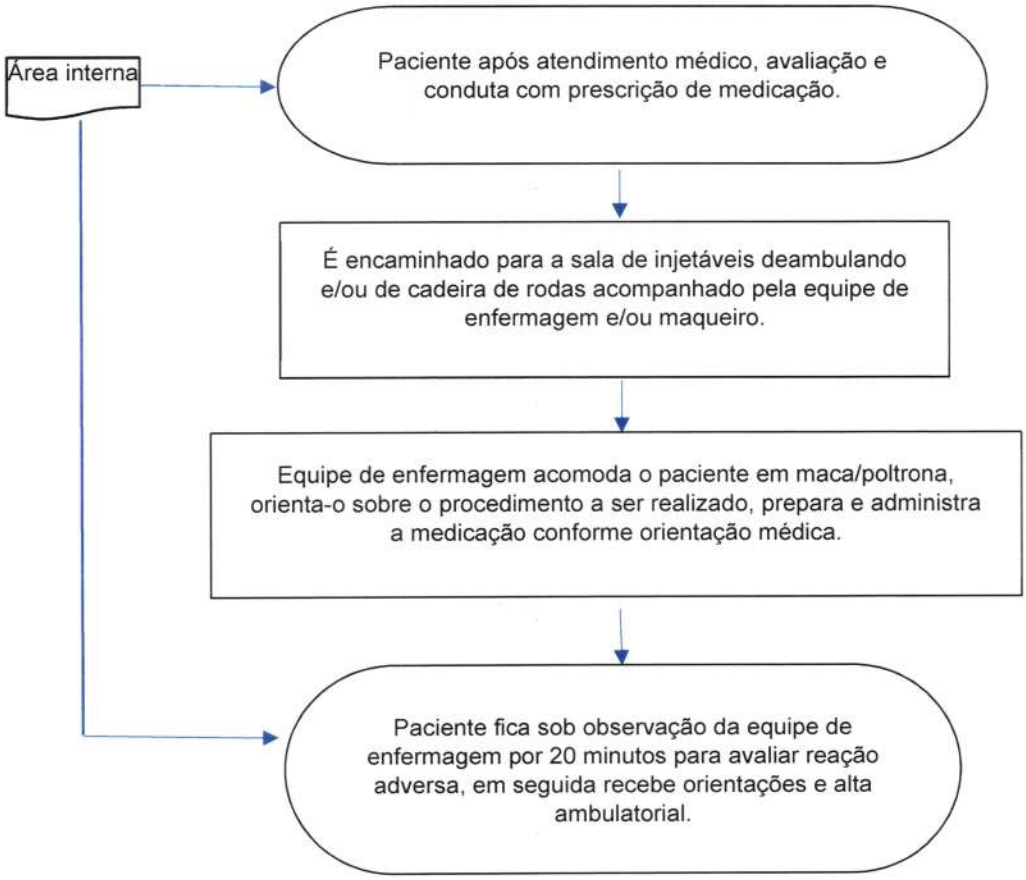


Figura 37 - Fluxograma de Atendimento na Sala de Injetáveis

SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS

A sala será destinada à realização de procedimentos de menor complexidade, que envolvam apenas áreas superficiais ou cirurgias simples. A sutura, por exemplo, consiste em um conjunto de manobras para unir tecidos, com o objetivo de restituir a anatomia funcional. Esses procedimentos são realizados sob anestesia local, dispensando a necessidade de internação. As pequenas cirurgias, também conhecidas como cirurgias ambulatoriais, não requerem uma estrutura completa como a de uma sala cirúrgica, permitindo que sejam efetuadas de maneira eficaz e segura em um ambiente menos complexo.

FLUXO DE ATENDIMENTO DA SALA DE PEQUENAS PROCEDIMENTOS

1. Paciente é encaminhado a unidade via complexo regulador.
2. Paciente da entrada na guarita/portaria, se identifica com documentos pessoais porteiro confere se o nome consta na lista de agendamento do dia, faz registro no sistema de controle de acesso e o identifica com uma etiqueta colante.
3. Porteiro o direciona para a rampa que da acesso a recepção central.
4. Na recepção central, paciente retira a senha e é orientado a seguir a linha vermelha que dará acesso a recepção médica/ambulatorial.
5. Paciente aguarda chamado no painel sonoro e quando chegar sua vez, entrega documento pessoal com foto, comprovante de endereço e cartão SUS à recepcionista para abertura de atendimento via sistema.
6. Recepcionista encaminhará o paciente a sala de acolhimento da enfermagem, que após direcionará o retorno do paciente a recepção.
7. Paciente é acomodado na recepção e agurda ser chamado pelo aviso sonoro do painel de atendimento ou pelo nome completo por um profissional da enfermagem que o acompanhará até o consultório médico.
8. Médico realiza o procedimento necessário.
9. Equipe de enfermagem realiza orientações e curativos conforme solicitação médica.
10. Médico realizaprescrição de cuidados domiciliares e alta ambulatorial.

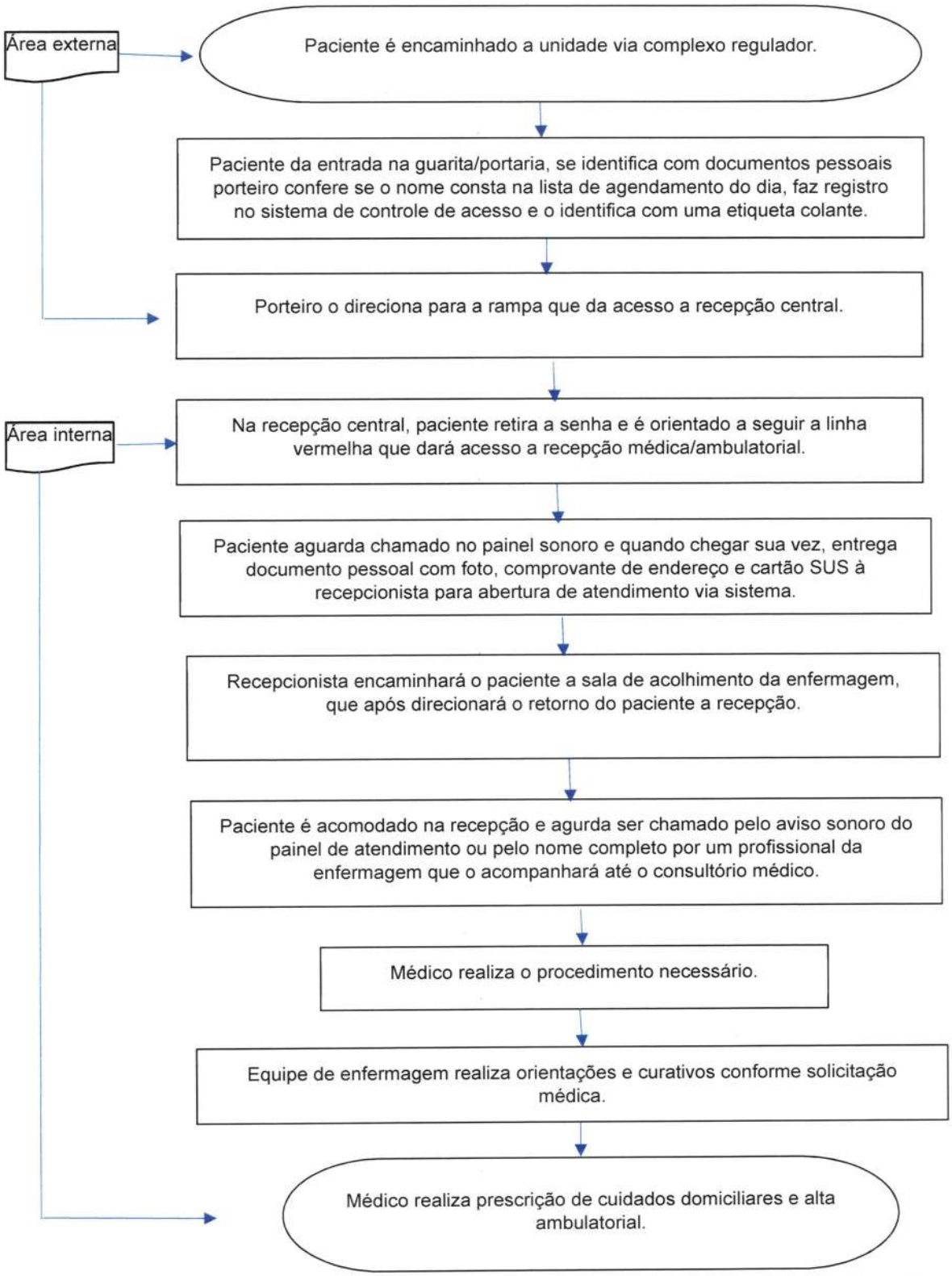


Figura 38 - Fluxograma de Atendimento na Sala de Pequenos Procedimentos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

A sala de recuperação anestésica nesta unidade, após colonoscopia e endoscopia é um espaço projetado para monitorar e oferecer cuidados aos pacientes que se recuperam da sedação utilizada durante esses procedimentos. Neste ambiente, a equipe de saúde observa os sinais vitais dos pacientes, gerencia possíveis efeitos colaterais e garante que eles se recuperem de forma segura antes de serem liberados para voltar para casa. A sala é equipada com os recursos necessários para atender às necessidades imediatas dos pacientes, proporcionando conforto e segurança durante o processo de recuperação.

FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (RPA)

1. Após procedimento de endoscopia ou colonoscopia, paciente é encaminhado para sala de recuperação anestésica (RPA) pela equipe de enfermagem.
2. Paciente é monitorizado, avaliado pelo anestesiologista que realiza Escala de Aldrete e conforme score é realizado a alta da RPA.
3. Após alta da RPA, paciente recebe alta ambulatorial.

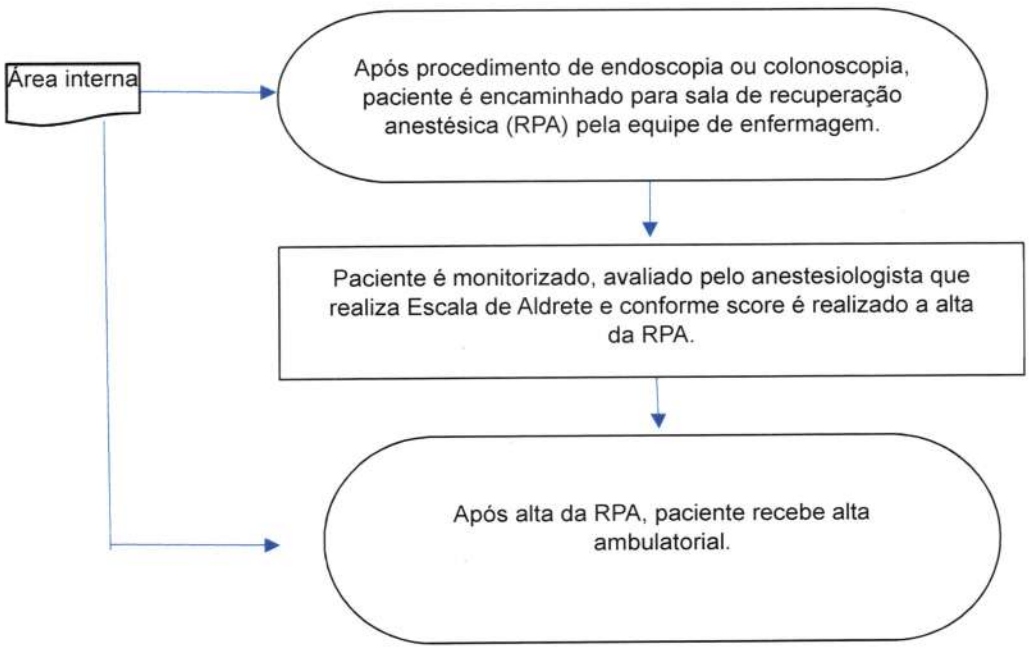


Figura 39 - Fluxograma de Atendimento do Paciente na Sala de Recuperação Pós-anestésica (RPA)

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SALA DE GESSO

Sala destina para realização de imobilização de uma lesão ortopédica é um procedimento comum no pronto atendimento e tem como objetivos: aliviar a dor, evitar que os tecidos sejam ainda mais comprometidos e, quando presente, tratar uma fratura. Várias formas de imobilização são utilizadas, como as órteses (*robofoot*, imobilizadores de lona etc.), as talas gessadas, onde apenas uma parte da imobilização tem gesso e o restante é circulado com faixa elástica e o gesso propriamente dito que circula todo o membro.

FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE NA SALA DE GESSO

1. Paciente é encaminhado a unidade via complexo regulador.
2. Paciente da entrada na guarita/portaria, se identifica com documentos pessoais porteiro confere se o nome consta na lista de agendamento do dia, faz registro no sistema de controle de acesso e o identifica com uma etiqueta colante.
1. Porteiro o direciona para a rampa de acesso a recepção central.
2. Na recepção central, paciente retira a senha e é orientado a seguir a linha vermelha que dará acesso a recepção médica/ambulatorial.
3. Paciente aguarda chamado no painel sonoro e quando chegar sua vez, entrega documento pessoal com foto, comprovante de endereço e cartão SUS à recepcionista para abertura de atendimento via sistema.
4. Recepcionista encaminhará o paciente a sala de acolhimento da enfermagem, que após direcionará o retorno do paciente a recepção.
5. Paciente é acomodado na recepção e agurda ser chamado pelo aviso sonoro do painel de atendimento ou pelo nome completo por um profissional da enfermagem que o acompanhará até o consultório médico.
6. Após atendimento médico, se solicitado exames de imagem, equipe de enfermagem encaminha o paciente para sala de radiografia e/ou tomografia.
7. Médico ortopedista avalia os exames de imagem e se necessário, prescreve a realização de tala gessada ou gesso.
8. Paciente é encaminhado à sala de gesso pela equipe de enfermagem.
9. O técnico em imobilização realiza o gesso conforme prescrição médica.
10. Médico e equipe de enfermagem realiza orientações sobre os cuidados domiciliares e realizam alta ambulatorial.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

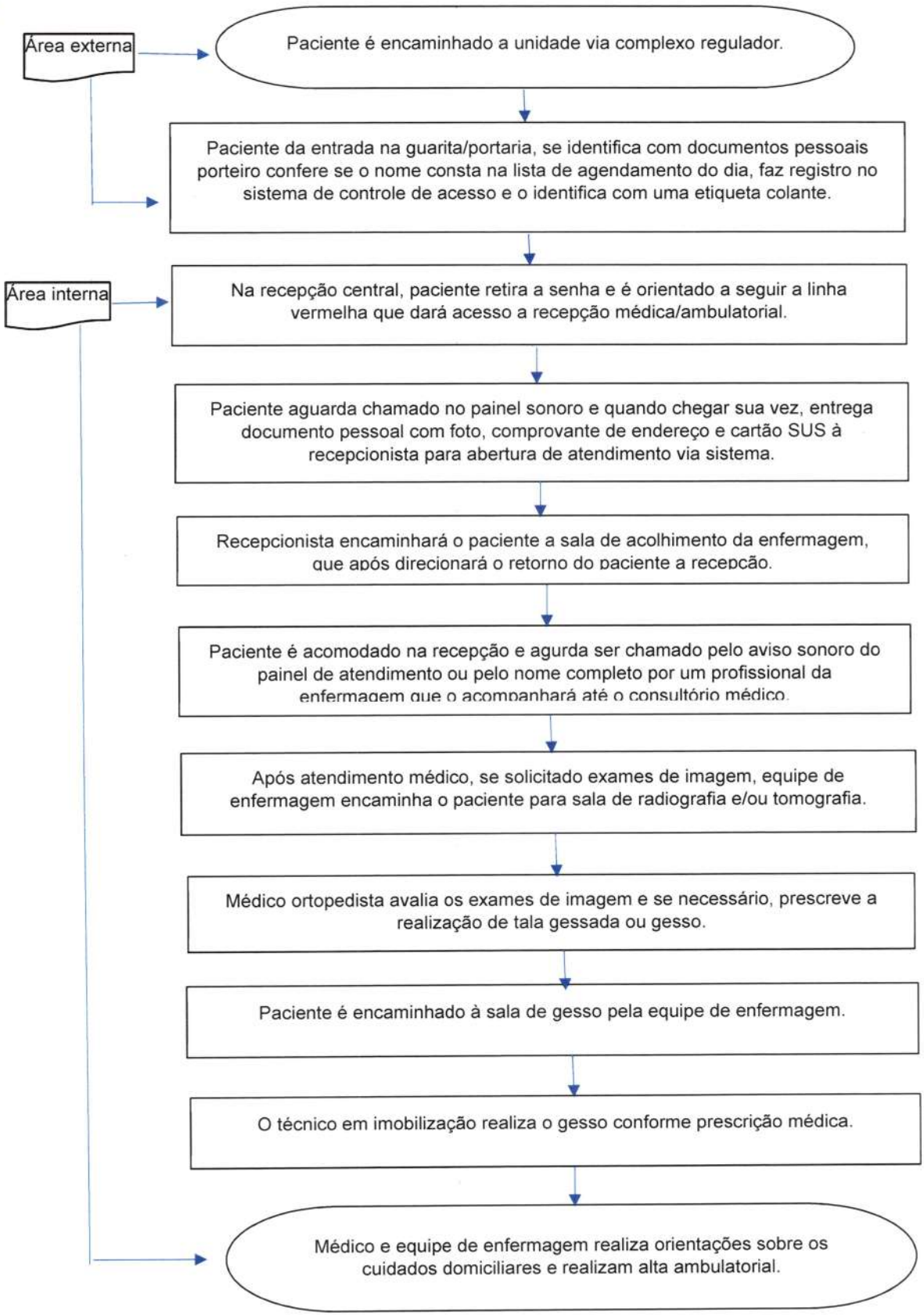


Figura 40 - Fluxograma de Atendimento do Paciente na Sala de Gesso

TRANSFERÊNCIAS INTERNAS OU EXTERNAS DE PACIENTES

Ocorre quando há necessidade de transferir o paciente de um setor para outro, nas seguintes situações: melhora ou deterioração no quadro clínico do paciente ou quando o paciente necessita de atendimento que não seja perfil da unidade, sendo necessário regulação para outra unidade.

FLUXO PARA REMOÇÃO DO PACIENTE DA SALA DE ESTABILIZAÇÃO PARA UNIDADE REFERÊNCIA

1. Paciente é recebido na sala de estabilização.
2. Recebe os primeiros socorros da equipe médica e de enfermagem.
3. Se necessário internação, deve-se acionar ambulância ou UTI móvel e encaminhar o paciente da policlínica ao hospital de retaguarda definido no termo de colaboração.
4. NIA comunica o encaminhamento via vaga zero ao CRE.

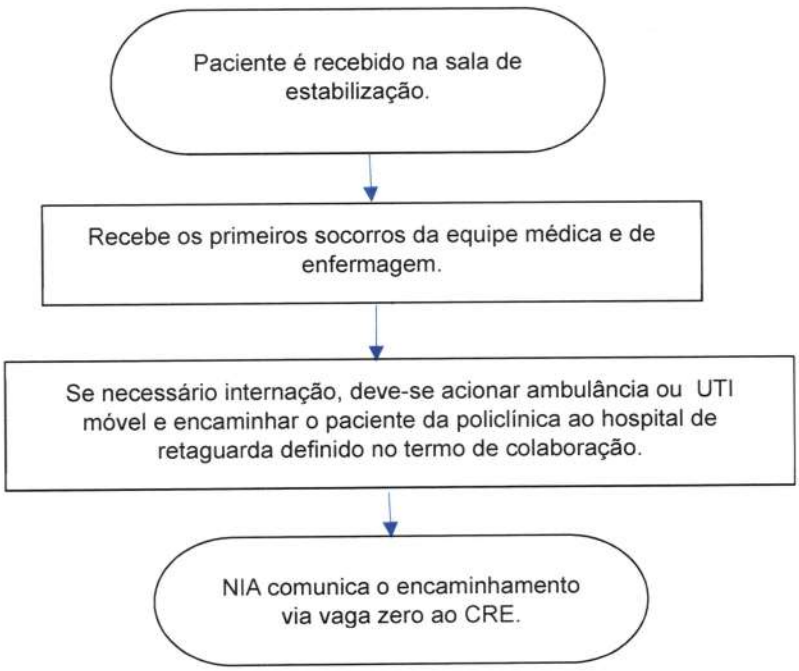


Figura 41 – Fluxograma para remoção do Paciente da Sala de Estabilização para Unidade Refêrencia

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

A Policlínica conta com os serviços de Apoio Laboratório Clínico como outros SADT: Tomografia, Ultrassonografia, Eletrocardiografia, Radiologia com atuação de segunda a sexta-feira.

SADT EXTERNO

O acesso de usuários externos aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico- SADT se dará em horário previamente agendado, o agendamento do usuário é realizado pela Central de Regulação dos usuários oriundos da Rede de Saúde, através da disponibilidade de vaga na agenda ofertada pela unidade, o agendamento dos pacientes é realizado pela unidade, para realização de exames o paciente deve estar com documentos pessoais e pedido médico em mãos, sendo permitido um acompanhante somente nos casos das pessoas que possuam direito à acompanhante por força legal.

FLUXO DE ATENDIMENTO EXTERNO DE SADT

1. A unidade disponibiliza para o complexo regulador a carteira de exames com a quantidade de vagas disponíveis.
2. Município de origem, insere solicitação de exames no sistema via complexo regulador.
3. Solicitação conforme?
4. Sim.
5. O CRE realiza os agendamentos de acordo com as solicitações dos municípios via sistema de regulação.
6. NIA da policlínica verifica agendamento dos pacientes agendados pelo complexo e encaminha lista de pacientes ao call center.
7. Call center entra em contato com os pacientes e com as secretarias de saúde dos municípios informando sobre o agendamento com data e horário.
8. Não.
9. CRE devolve solicitação a unidade solicitante para correção.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

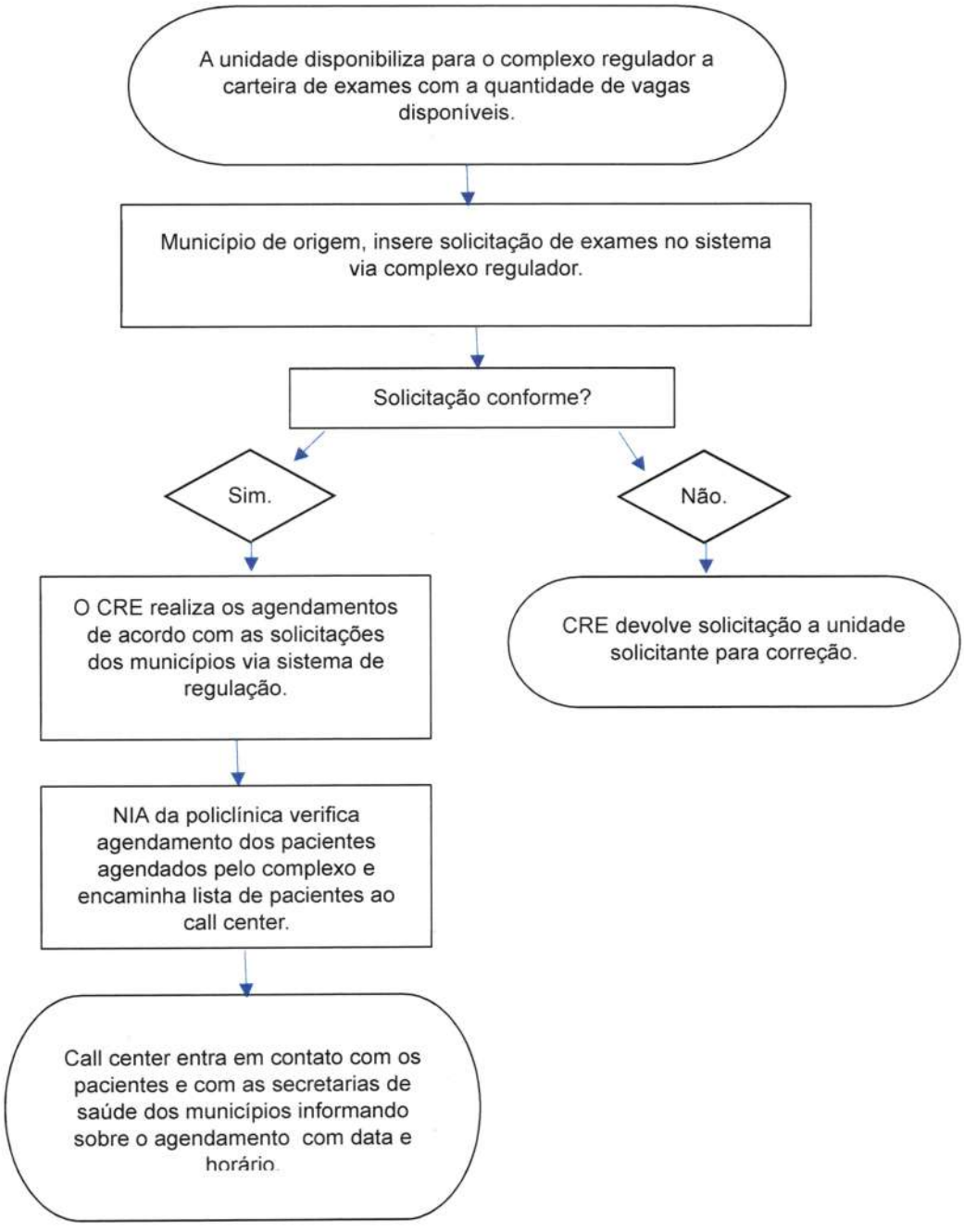


Figura 42 - Fluxograma de Atendimento Externo de SADT.

SADT INTERNO

O acesso interno ao serviço de apoio diagnóstico e terapêutico - SADT se dará para a totalidade dos pacientes atendidos na policlínica que necessitam de exames para diagnóstico e tomada de decisão. O setor de origem contata o setor de imagem para agendamento prévio do exame conforme solicitação médica, os pacientes devem estar acompanhados por funcionário do setor de origem e devidamente identificado.

FLUXO DE ATENDIMENTO INTERNO DE SADT

1. Paciente necessita realizar exame após consulta e solicitação médica.
2. Paciente é orientado pela recepcionista a seguir a linha amarela até a recepção central com pedido de exame em mãos para retirada de senha.
3. Após retirar a senha, é orientado a seguir pela linha laranja até a recepção de agendamento de exames.
4. Tem disponibilidade na agenda?
5. Sim.
6. NIA, agenda o paciente e o encaminha para realizar o exame no mesmo dia.
7. Não.
8. NIA, agenda o paciente e informa dia e horário para o paciente retornar ao ambulatório pra realizar exame.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

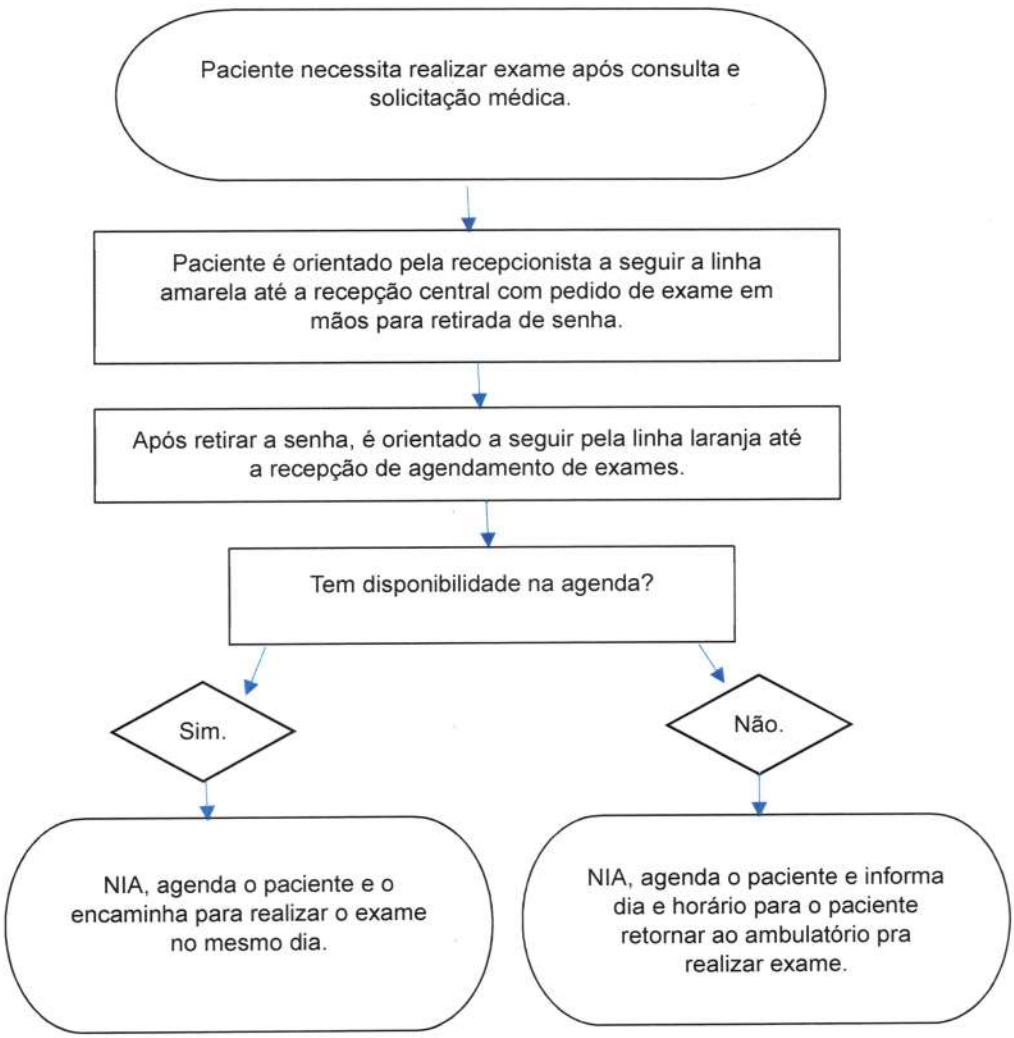


Figura 43 - Fluxograma de Atendimento Interno de SADT

FLUXO DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

1. Médico durante consulta, quando necessário solicita os exames laboratoriais via sistema.
2. Paciente sai do consultório com pedido médico, se dirige a recepção do NIA onde será agendado exame.
3. No dia e horário agendados, o paciente pega a senha na recepção central e é orientado a seguir a linha verde até a recepção do laboratório.
4. Ao ser chamado pelo painel sonoro, paciente se dirige ao guiche onde será solicitado documento pessoal, comprovante de endereço e cartão SUS para abertura de atendimento.
5. Auxiliar de coleta chama pelo nome do paciente e o acompanha até a sala de coleta. É

realizado conferencia dos dados do paciente com etiqueta.

6. Após realização da coleta, as amostras são entregues na área técnia do laboratório para serem submetidas a análise.

7. A liberação do laudo via sistema. tem prazo estipulado de 04 horas.

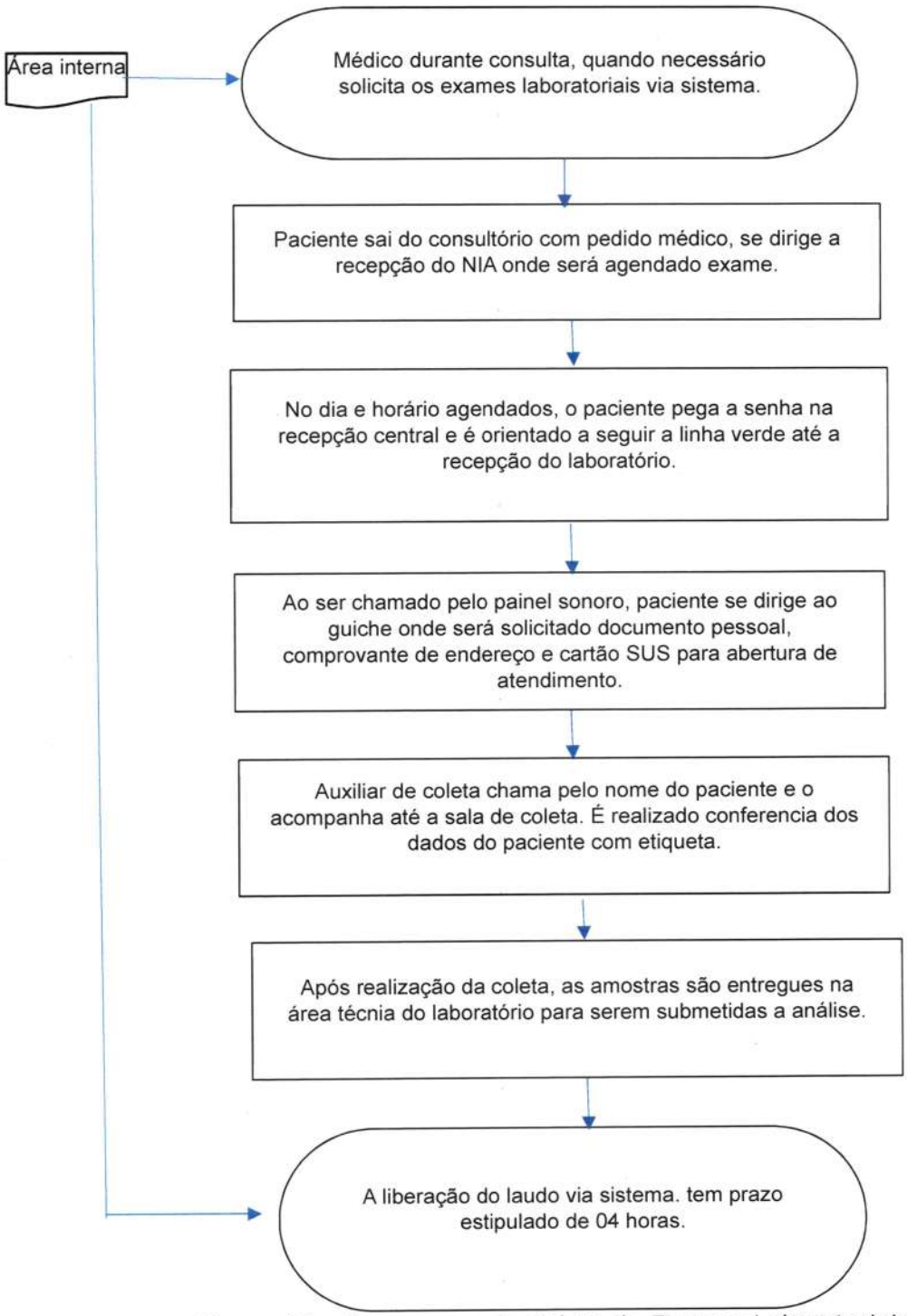


Figura 44 - Fluxograma de Coleta de Exames Laboratoriais

SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DE APORTE NUTRICIONAL:

Exclusivo para recebimento, conferência e montagem das bandejas dos pacientes.

O serviço destinado à distribuição de aporte nutricional aos pacientes que fazem hemodiálise, é preparados por um fornecedor externo. A unidade, tem a copeira e a nutricionista que conferem o recebimento diário dos lanches e são responsáveis pela distribuição aos pacientes.

FLUXO DE DISTRIBUIÇÃO DO APORTE NUTRICIONAL AOS PACIENTES DA HEMODIÁLISE

1. Fornecedor da acesso a unidade pela guarita/portaria, apresenta documento pessoal, porteiro registra em sistema de controle de acesso e o identifica com uma etiqueta colante.
2. Fornecedor é orientado a seguir em direção a rampa que dá acesso ao setor de hemodiálise.
3. Ao chegar na recepção do setor, se identifica e a recepcionista comunicará a nutricionista e a copeira.
4. A nutricionista e a copeira, realizam a conferência do aporte nutricional e atestam o recebimento.
5. A copeira realiza distribuição do aporte nutricional aos pacientes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

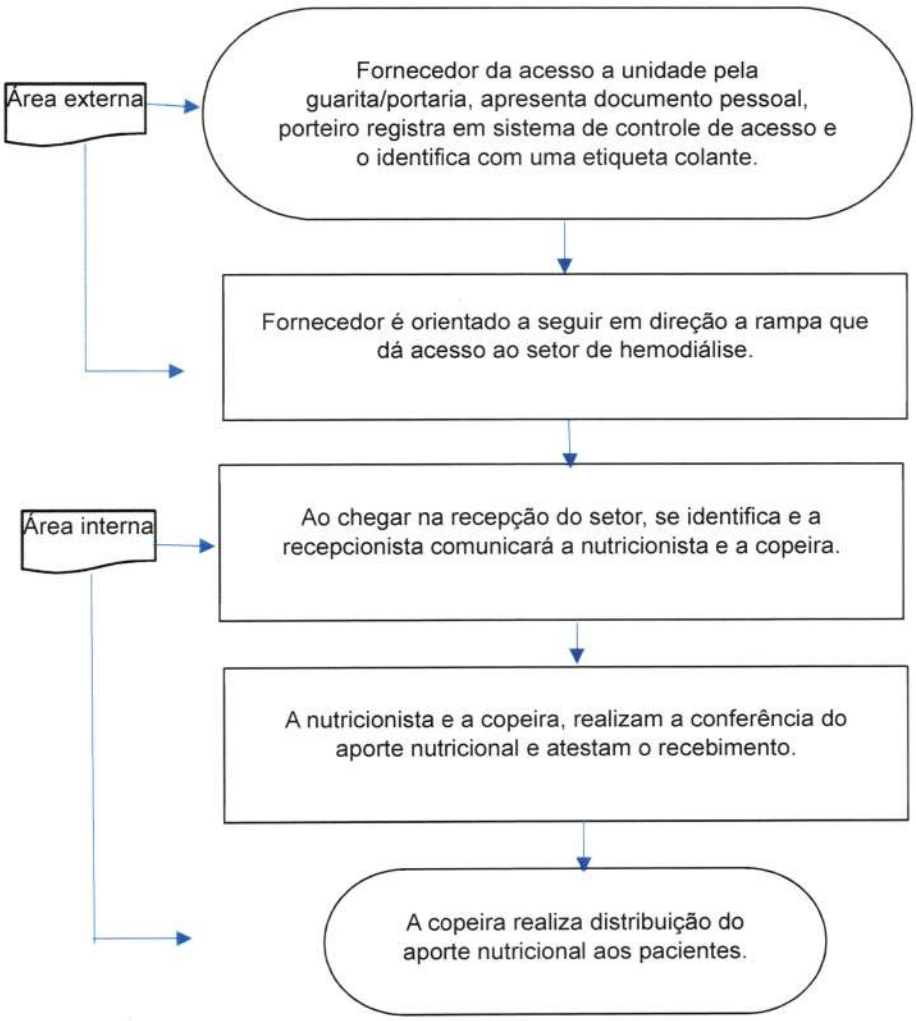


Figura 45 – Fluxograma de Distribuição do Aporte Nutricional aos Pacientes da Hemodiálise

1.1.1.2 Fluxos para Registros e Documentos de Usuários e Administrativos.

A gestão documental na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis é fundamental para aprimorar o fluxo de informações. A administração eficaz dos documentos e das informações clínicas permite agilizar a produção e o processamento de dados cruciais, desde o planejamento e a organização dos serviços de saúde até a oferta de cuidados médicos adequados e humanizados.

A correta gestão dos dados clínicos assegura não apenas um atendimento de qualidade à população, mas também auxilia na criação de indicadores e estudos que podem contribuir para o aprimoramento contínuo dos serviços de saúde. A digitalização e a constante atualização dos registros são essenciais para manter a eficiência e a eficácia das operações.

Principais Componentes da Gestão de Documentos:

1. Ciclo de Vida do Documento

O ciclo de vida de um documento passa pelas seguintes fases:

- Criação ou Recebimento: Documentos são criados ou recebidos pelo setor de gestão de documentos / qualidade.
- Classificação: Atribuição de uma categoria ao documento com base em seu conteúdo, assunto ou função.
- Uso e Consulta: Documentos são utilizados para referência, consulta, apoio à tomada de decisões ou processos administrativos.
- Armazenamento e Arquivamento: Após o uso, documentos são arquivados de forma organizada, física ou digitalmente.
- Preservação ou Descarte: Após o prazo de retenção, os documentos podem ser descartados ou preservados (podendo ser necessário atualização / revisão), dependendo de sua importância legal.

2. Classificação Documental

A classificação consiste em organizar os documentos com base em categorias, como:

- Assunto: O tema principal abordado no documento.
- Função: A função ou departamento relacionado ao documento.
- Temporalidade: Definir o tempo que o documento deve ser mantido ativo antes de ser arquivado, descartado ou se será mantido devendo ser revisado / atualizado se necessário.

3. Protocolo de Registro

O registro de documentos envolve a anotação de informações importantes, como número de protocolo, data de recebimento, origem e destinatário. Isso permite rastrear e controlar a circulação de documentos dentro da organização.

4. Armazenamento e Acesso

- Armazenamento físico: Classificação e arquivamento de documentos físicos em arquivos, estantes ou pastas, respeitando uma organização lógica e o controle do espaço.
- Armazenamento digital: Será utilizado um sistema de gestão eletrônica de documentos pelo setor de qualidade para gerenciar e armazenar documentos de forma eletrônica, facilitando a consulta e preservando o espaço físico.
- Acesso controlado: É importante que o acesso aos documentos seja controlado de acordo com a confidencialidade e o uso pretendido. Isso pode ser feito através de permissões de acesso, com registros de quem acessou e quando.

5. Segurança e Conformidade

A gestão de documentos deve garantir:

- Segurança da Informação: Proteção contra perda, roubo ou acesso não autorizado.
- Backup e recuperação: Documentos digitais terão backups regulares realizado pelo setor de tecnologia da informação -TI, para evitar perda de dados.
- Conformidade legal: Os documentos e dados pessoais dos usuários serão protegidos seguindo as leis e regulamentos, como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) no Brasil, que impõe requisitos sobre o tratamento de dados pessoais.

6. Política de Retenção e Descarte

A política de retenção define quanto tempo cada tipo de documento deve ser mantido, de acordo com a legislação ou as necessidades internas. Após o prazo de retenção, o documento pode ser:

- Arquivado permanentemente: Devendo ser revisado / atualizado quando necessário.
- Descarte seguro: Eliminação de documentos, especialmente aqueles que contêm dados confidenciais, deve ser feita de forma segura (destruição física ou eletrônica).

7. Automação com Gestão Eletrônica de Documentos (GED)

Será utilizado um sistema de GED que permite:

- Digitalização: Transformar documentos físicos em arquivos digitais.
- Indexação: Atribuir palavras-chave ou categorias para facilitar a busca.
- Armazenamento em nuvem: Acesso remoto e armazenamento em servidores online.
- Fluxo de Trabalho Automatizado:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Os documentos podem ser movidos automaticamente entre departamentos para revisão e aprovação, reduzindo o tempo e a burocracia.

REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS ADMINISTRATIVOS NA RECEPÇÃO

O setor da recepção, desempenha um papel fundamental para o fluxo de documentos administrativos. A recepção é responsável por coletar e registrar informações dos pacientes, que são essenciais para o cadastro e para a atualização de prontuários, garantindo que os dados estejam sempre atualizados e acessíveis.

Um fluxo eficiente de documentos permite que a recepção encaminhe rapidamente os pacientes para as consultas e exames, reduzindo o tempo de espera e melhorando a experiência do usuário.

Além disso, a recepção atua como um ponto de comunicação entre os pacientes e os profissionais de saúde, assegurando que todas as informações necessárias sejam transmitidas de forma clara e precisa, facilitando o acesso a documentos importantes.

FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTO NO AGENDAMENTO DE PACIENTE

1. Acessar o sistema de gestão hospitalar;
2. Atendimento;
3. Central de Agendamento – Agendamentos;
4. Central de Marcações - Inserir o número do prontuário e caso não o tenha, pesquisar pelo nome do paciente;
5. Informar Item de Agendamento: Procedimento ou especialidade (consulta, exame, terapia, triagem, curativo, etc.);
6. Inserir o Prestador: Profissional (Médico, Enfermeiro, Profissional da Equipe Multiprofissional);
7. Informar Serviço: Que é a especialidade principal ou secundária;
8. Informar Tipo de Atendimento: 1 (Primeira Consulta SES), 2 (Retorno), 15 (Interconsulta);
9. Clicar em Próximo – Selecionar data disponível, se não houver, clicar em próximo dia livre.
10. Após seleção, clicar em próximo até os dados do agendamento.
11. Realizar conferência.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

12. Clicar em concluir.

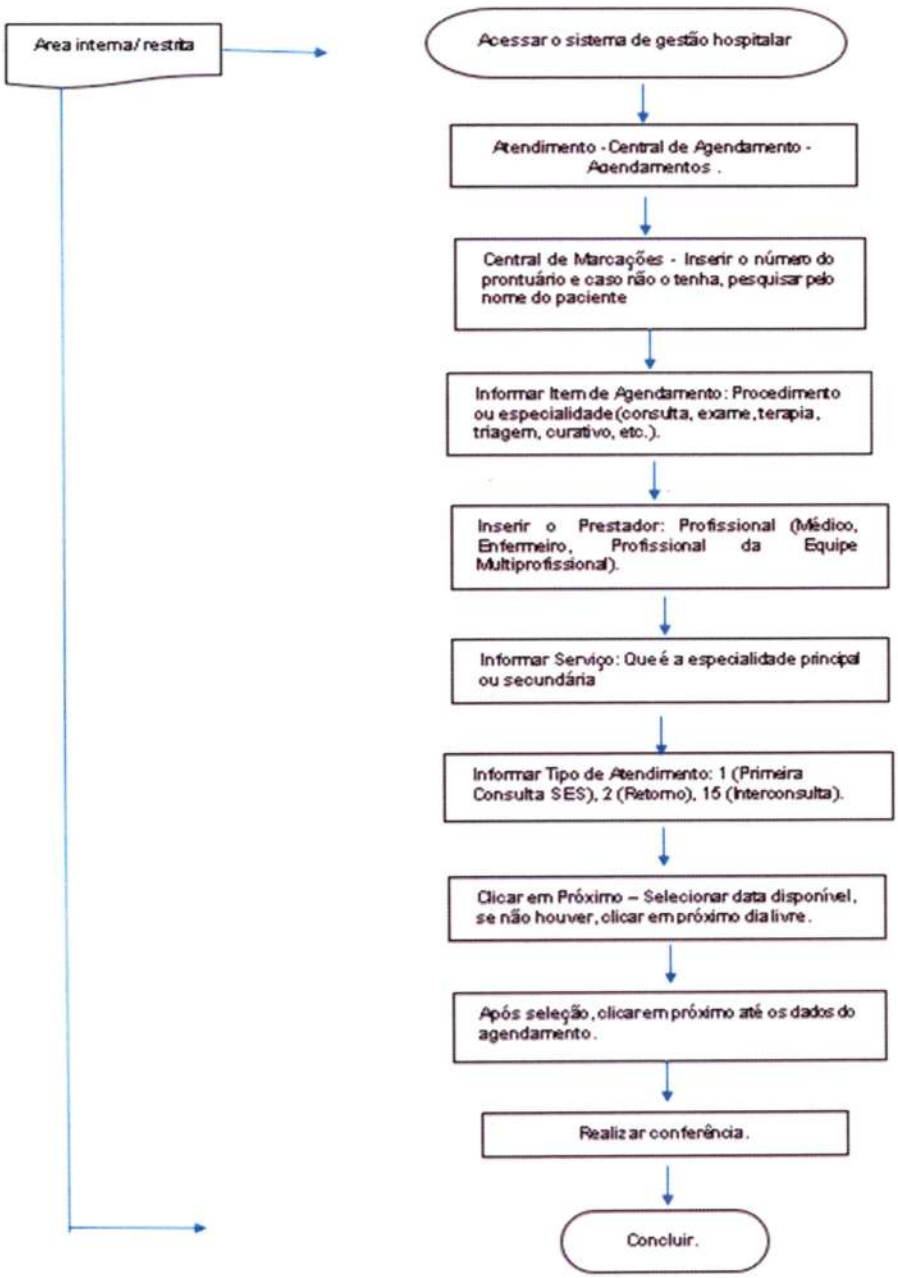


Figura 46 - Fluxo de registro de documento no agendamento de paciente.

FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS PARA ABERTURA DE ATENDIMENTO

1. Acessar o sistema de gestão hospitalar;
2. Atendimento – Recepção- Central de marcação;
3. Inserir o Prestador: Profissional (Médico, Enfermeiro, Profissional da Equipe Multiprofissional);
4. Selecionar o paciente na agenda e ir em Confirmar;
5. Preencher os campos: Origem, local de procedência, destino, Tipo de paciente, adicionar o procedimento ambulatorial que será realizado e CBO do prestador;
6. Clicar em Salvar.

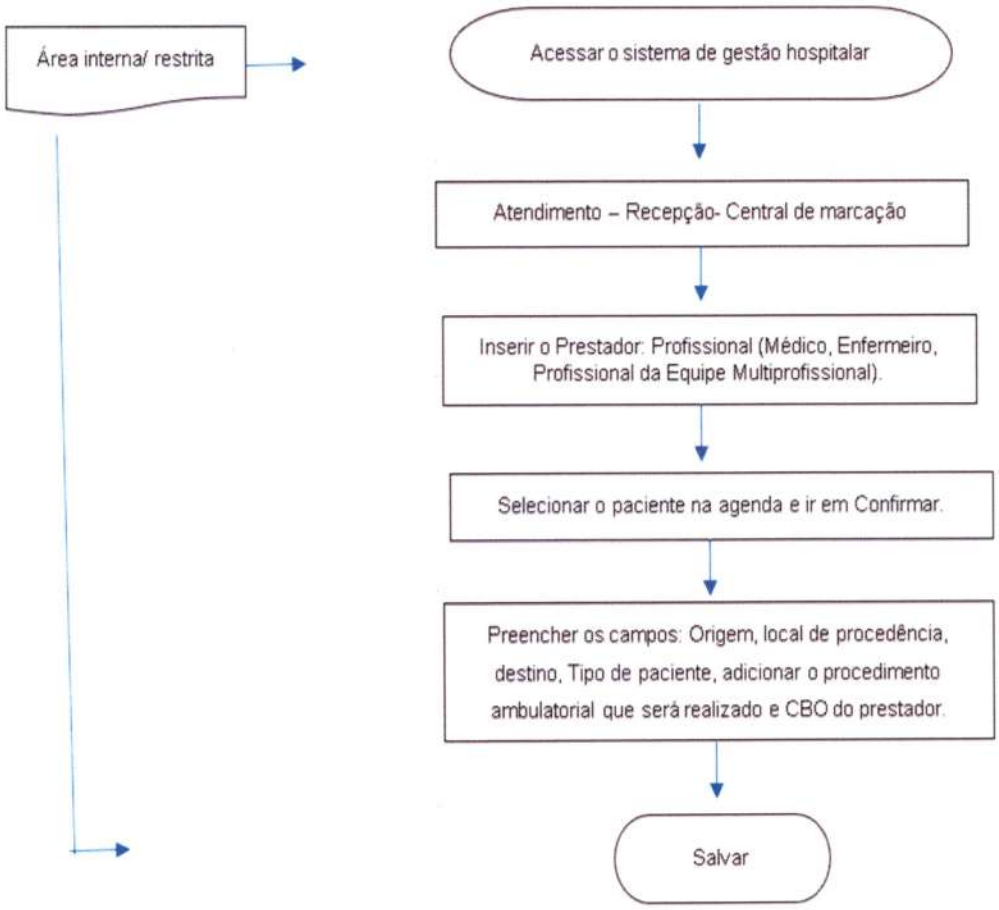


Figura 47 - Fluxo de registro de documentos para abertura de atendimento

NÚCLEO INTERNO DE AGENDAMENTO (NIA)

O núcleo Interno de Agendamento (NIA), é crucial para a eficiência do atendimento, contribuindo para a satisfação dos pacientes e para a otimização dos recursos disponíveis no ambulatório. Um bom gerenciamento nesse setor pode reduzir filas, minimizar faltas e melhorar a qualidade do atendimento à saúde.

Ele é o setor responsável pela realização de pré cadastro de documentos no sistema da Secretaria Estadual de saúde – SES: REGNET. Além disso, é o setor quer realiza o controle de vagas e gestão da agenda diária através do acesso ao sistema de gestão hospitalar e GERCON (MÓDULO AMBULATORIAL DE CONSULTAS DA REGULAÇÃO DA SES).

Um fluxo definido de registro e documentos é fundamental para a eficácia do Núcleo Interno de Agendamento, garantindo não apenas a organização e a eficiência operacional, mas também promovendo um atendimento de qualidade e centrado no paciente.

FLUXO DE PRÉ CADASTRO PARA REGISTRO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR-AIH

1. Acesso ao sistema REGNET: https://extranet.saude.go.gov.br.
2. Insira login e senha e acione o botão ENTRAR e em seguida ícone REGNET
3. Clicar no menu regulação e depois em solicitação.
4. Clicar no botão: + novo registro
5. Será carregado uma nova janela, utilizar a barra de pesquisa para localizar o paciente, podendo buscar pelo nome, cartão do SUS ou CPF.
6. Confirmar se as informações do paciente estão corretas e completas (nome, data de nascimento, endereço, telefone, etc.). Se necessário, atualizar os dados antes de prosseguir.
7. Inserir o código do procedimento, conforme tabela SIGTAP
8. Inserir o código de solicitação ambulatorial, o qual indica que este paciente foi regulado previamente para uma consulta pré cirúrgica na unidade.
9. Informar o CID
10. Priorização do paciente:

Categoria A1: Paciente com risco de deterioração clínica iminente. Necessidade de hospitalização. Categoria A2: Paciente com as atividades diárias completamente prejudicadas por dor, disfunção ou incapacidade. Risco de incurabilidade. Categoria B: Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade. Categoria C: Paciente com

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

prejuízo mínimo das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade. Categoria D: Não há prejuízo para as atividades diárias.

11. Após preencher todos os campos, o sistema deve gerar automaticamente o número da AIH, que será utilizado para acompanhamento.

12. Finalize o registro da AIH e confirme para salvá-la no sistema.

13. O paciente deve aguardar ser chamado pela equipe médica ou administrativa da SES para ser informado dos próximos passos, como a data de internação ou procedimentos preparatórios.

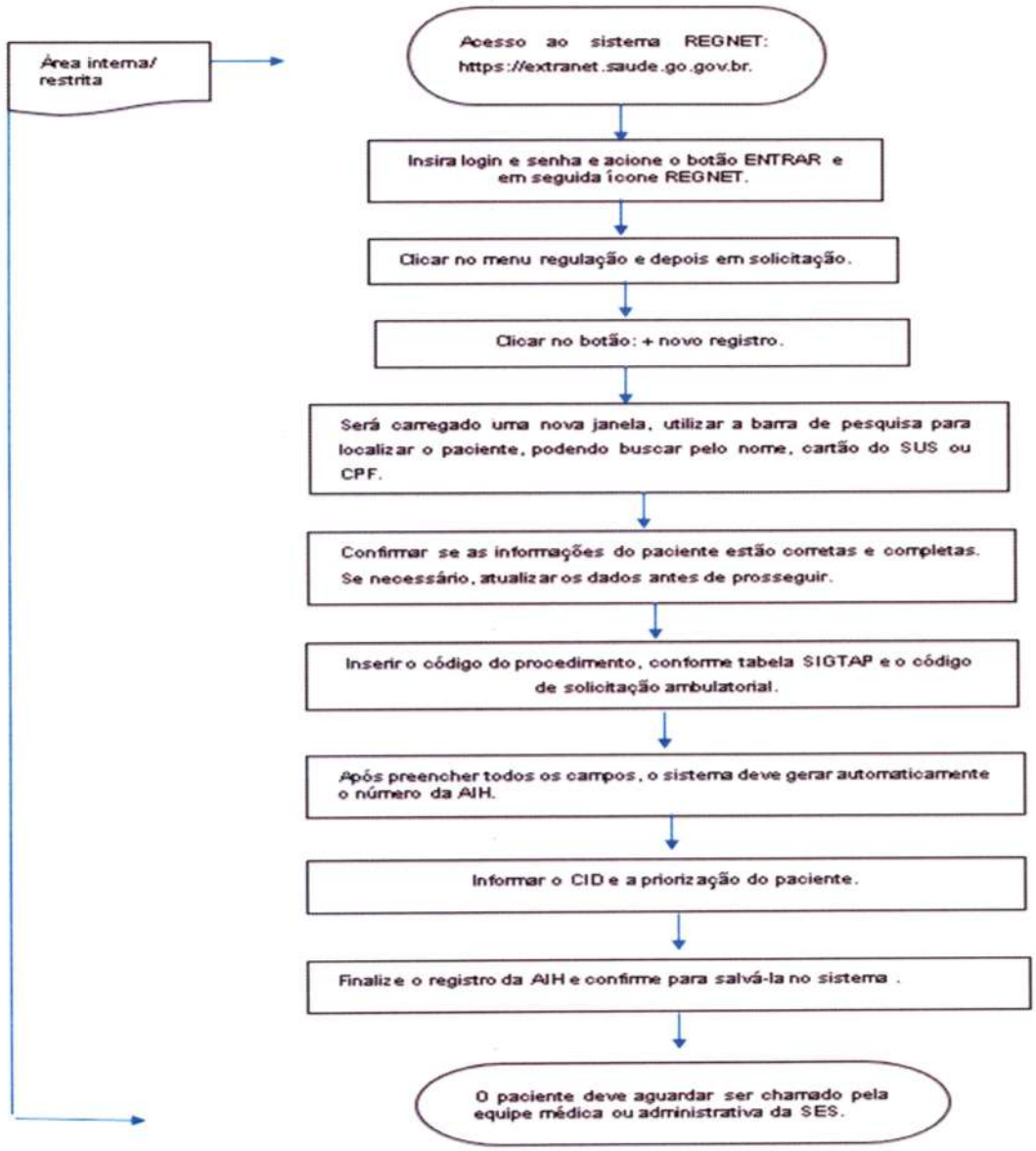


Figura 48 - Fluxo de pré-cadastro para registro de autorização de internação hospitalar-AIH

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTO PARA FINALIZAÇÃO DE ATENDIMENTO DOS PACIENTES REGULADOS

Todos os pacientes encaminhados para a unidade por meio da Regulação Estadual devem ter seu atendimento finalizado no GERCON. Esse procedimento é realizado pelo NIA, conforme fluxo a seguir:

1. Acessar o sistema GERCON;
2. Selecione o item: Consultas;
3. Após o item: Agendas e sessões;
4. Lista;
5. Escolher a data que deseja fazer a finalização;
6. Será gerado uma lista com os nomes dos pacientes agendados;
7. Lado esquerdo vai mostrar [redacted] seleciona e clica para fazer a baixa em CONSULTA REALIZADA ou PACIENTE FALTANTE;
8. Finalizado.

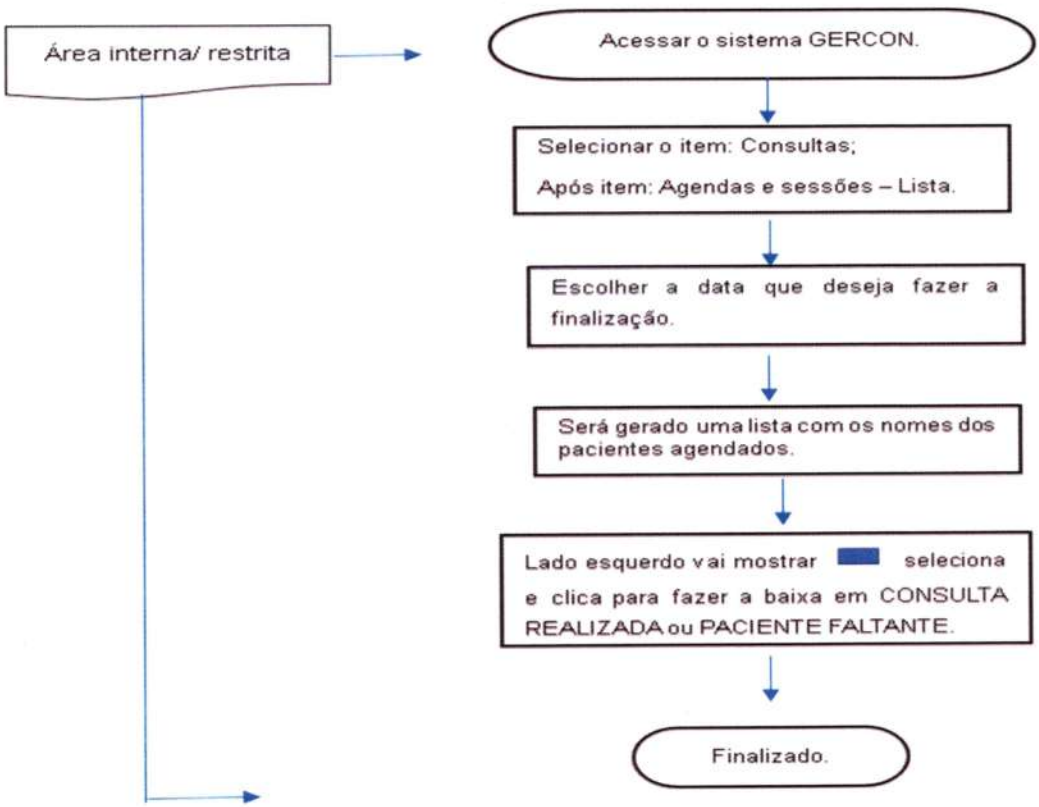


Figura 49 - Fluxo de registro para finalização de atendimento dos pacientes regulados

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTO DA CONTROLADORIA INTERNA

A Controladoria Interna é um setor fundamental em organizações, responsável por monitorar e garantir que os processos internos sejam eficientes, transparentes e em conformidade com normas e regulamentos.

1. Receber a nota de serviço do prestador, que deve incluir todos os detalhes necessários, como descrição dos serviços prestados, valores, datas e informações;
2. Conferir se a nota está completa e correta, verificando se os serviços estão autorizados e se existem eventuais inconsistências. E fiscais de contrato fazem a validação de contratos e acordos de prestação de serviços;
3. Inserir as informações da nota no sistema de gestão hospitalar, categorizando o tipo de serviço e a forma de pagamento;
4. O controle interno do IPGSE analisa a nota e, se aprovada, autorizar o pagamento;
5. O Departamento Financeiro do IPGSE realiza a inclusão da nota aprovada na programação de pagamentos, definindo a data e o método de pagamento;
6. Realizar o pagamento conforme a programação.

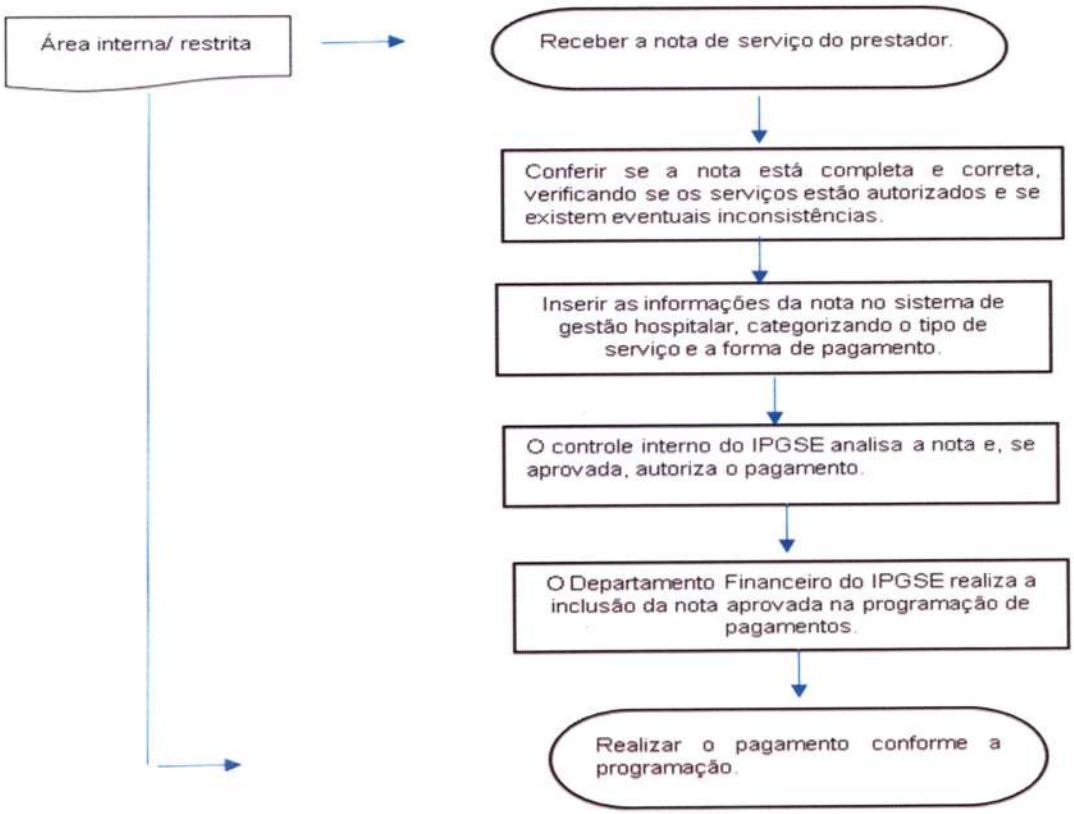


Figura 50 - Fluxo de registro de documento da controladoria interna

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DE OFÍCIOS

Os ofícios enviados pelo IPGSE e Policlínica têm como objetivo solicitar informações, sejam de órgãos públicos ou privados, requerer aportes financeiros (investimentos), solicitar esclarecimentos ou comunicar informações do instituto para entidades e órgãos. O principal foco desses documentos é garantir a eficiente gestão e operacionalização das atividades do IPGSE.

1. O ofício é redigido e elaborado pela área emitente;
2. Após elaboração passa pela validação do diretor presidente do IPGSE;
3. Posteriormente é inserido no sistema de protocolo e armazenado uma cópia digital;
4. Enviado via e-mail ou correio para o destinatário.

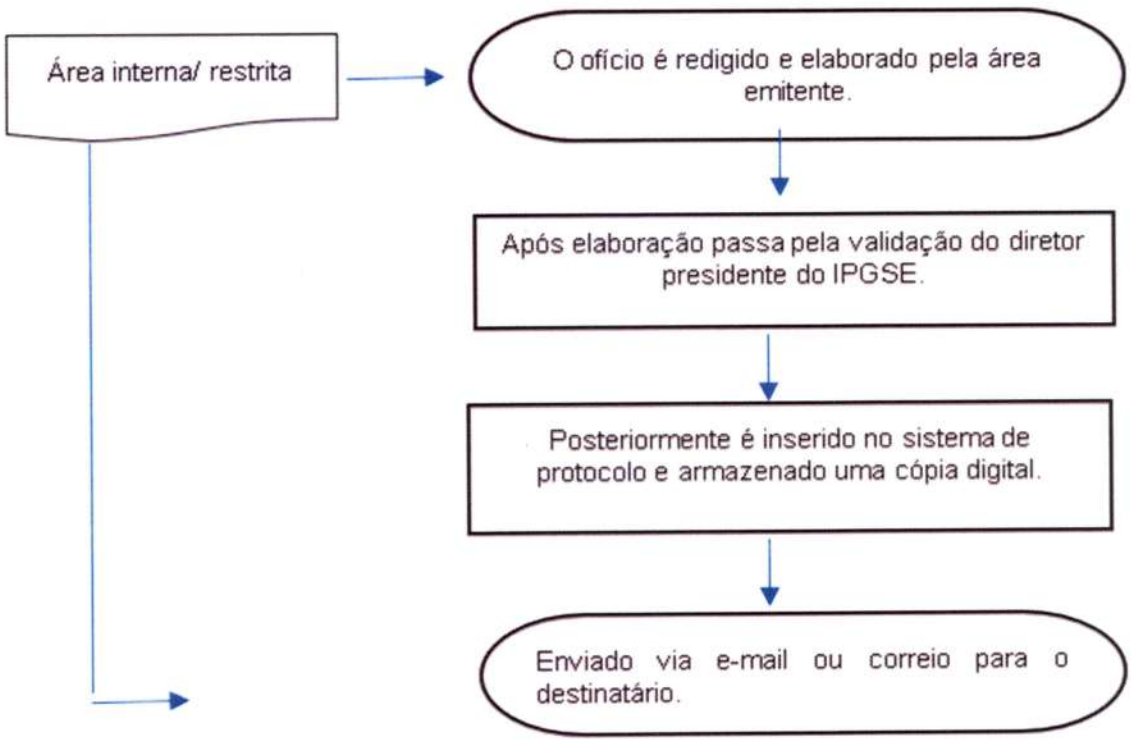


Figura 51 - Fluxo de encaminhamento de ofícios

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO PARA RECEBIMENTO DE OFÍCIOS

Os ofícios destinados ao IPGSE e Policlínica são enviados por órgãos e entidades, públicas, privadas e pessoa física. A documentação pode ser entregue presencialmente pelos remetentes, enviada via correios, ou, em casos de urgência, encaminhada por meio dos e-mails corporativos cadastrados.

1. Recebimento do ofício;
2. Digitalização;
3. Enviar via e-mail para os superintendentes do IPGSE, diretor, gerente e líderes responsáveis pela área / setor abordado em ofício;
4. Após análise do assunto, deverá ser elaborado a resposta;
5. O ofício de resposta deverá ser validado pelo diretor presidente do IPGSE;
6. Encaminhar e protocolar o ofício de resposta ao órgão correspondente;
7. Posteriormente é inserido no sistema de protocolo interno e armazenado uma cópia digital pasta interna na nuvem.

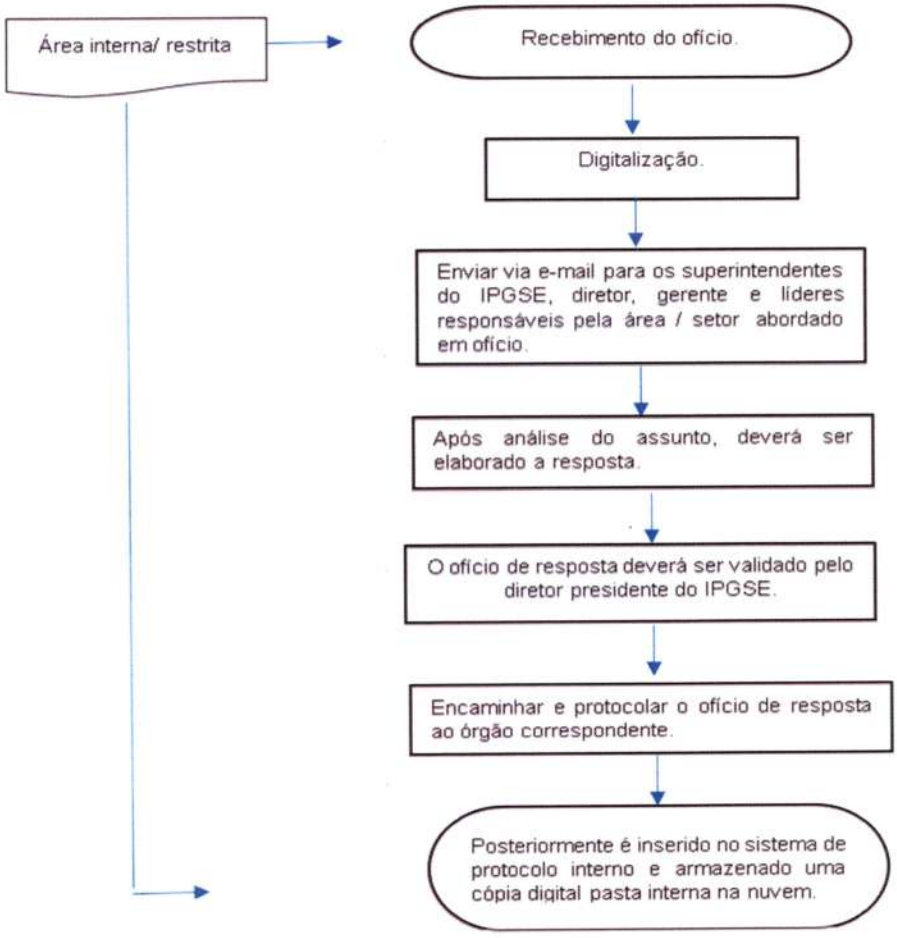


Figura 52 - Fluxo para recebimento de ofícios

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Fornecer aos pacientes ou terceiros que apresente documentação de autorização e procuração com firma reconhecida em cartório, o documento de Prontuário do paciente com segurança e responsabilidade, pois é um documento único constituído de um conjunto de informações, 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.

Para retirar as cópias do prontuário médico, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

I – SE O PRÓPRIO PACIENTE: documento original com foto.

II – SE TERCEIROS: apresentar procuração, com firma reconhecida em cartório, acompanhado do documento original com foto ou cópia autenticada do documento do paciente e do solicitante; No caso de paciente falecido, qualquer documento solicitado só será fornecido ao representante legal de direito nomeado por autoridade judiciária, ou filho, pai/mãe e cônjuge, mediante apresentação de certidão de óbito e documento comprovando o parentesco (original com foto). A solicitação de prontuário de pacientes só poderá ser feita na unidade, através do serviço social da unidade, mediante ao preenchimento do formulário de solicitação de prontuário e apresentação de documentações pertinente.

1- O paciente ou terceiro com autorização legal (procuração) deverá solicitar cópia do prontuário no setor de serviço social da unidade;

2- Assistente social informará forma clara, sobre o processo de solicitação de prontuário, bem como os documentos necessários para a solicitação e prazo para que seja entregue;

3- O requerente deverá preencher o formulário de solicitação de prontuário e entregar os documentos necessários;

4- Assistente social analisará o preenchimento correto do formulário e autenticidade dos documentos;

5- Entregar ao enfermeiro RT da unidade a ficha de solicitação de prontuário com os documentos pertinentes;

6- O enfermeiro RT extrai o prontuário do paciente do sistema de gestão hospitalar, analisa e colhe assinaturas pendentes, se necessário;

7- O enfermeiro RT e diretor técnico da unidade valida os dados e informações do prontuário;

8- Enfermeiro RT entrega cópia do prontuário para o serviço social, que realiza contato com paciente ou terceiro para que busque a cópia do prontuário na unidade;

9- Entregar o prontuário ao solicitante, colher assinatura no formulário de entrega de prontuário e protocolar em caderno específico com assinatura, assegurando que o documento

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

foi entregue, arquivar digitalizado o formulário de entrega de prontuário em pasta interna na nuvem, bem como o documento físico no setor do serviço social.

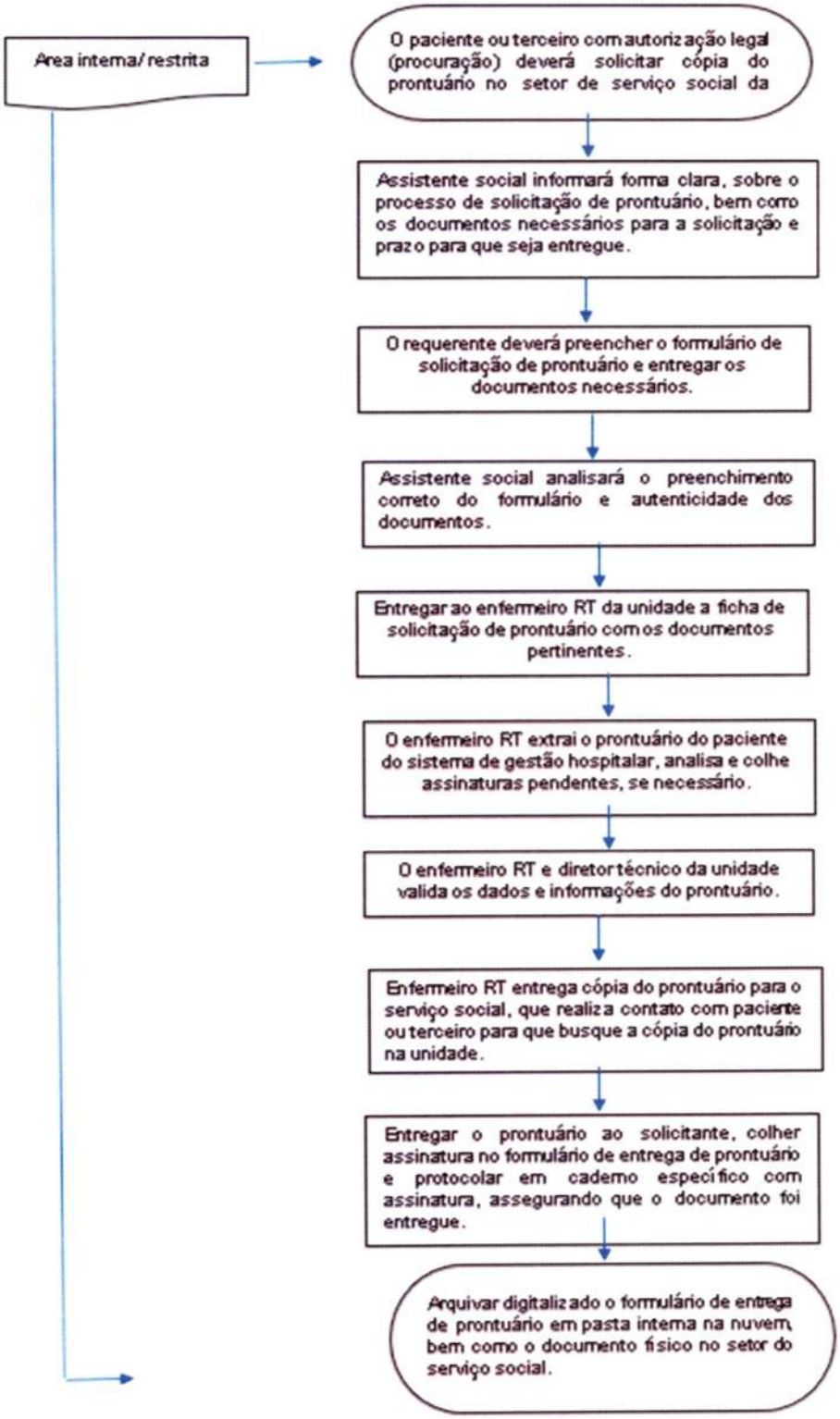


Figura 53 - Fluxo para solicitação de prontuário.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE PAGAMENTOS DE PRESTADORES DE SERVIÇOS

Com o objetivo de seguir as boas práticas financeiras, fiscais e contábeis, será realizada uma série de verificações prévias para atestar a legitimidade dos valores devidos. O processo será gerenciado por meio de um sistema de tramitação de processos digitais e pelo ERP designado pela SES-GO para inserção de notas fiscais. A seguir, detalhamos o fluxo adotado:

1- Envio de Documentação: O Fornecedor envia ao Departamento de Controle Interno da unidade a nota fiscal, certidões de regularidade fiscal e o relatório das atividades executadas;

2- Controle Interno: O Controle Interno realiza uma validação preliminar dos documentos, verificando a autenticidade das certidões e o saldo contratual disponível. Caso sejam identificadas irregularidades, o departamento toma as providências necessárias para correção. Se estiver tudo correto, o processo é encaminhado ao fiscal do contrato;

3- Fiscal do Contrato: O fiscal, responsável pela verificação da execução dos serviços, atesta o cumprimento do contrato, uma vez que possui familiaridade com o objeto. Após o atesto, o processo é enviado à Direção Administrativa para as assinaturas e, em seguida, devolvido ao Controle Interno da unidade para inserção no ERP e inclusão no contas a pagar;

4- Departamento Fiscal: O processo é encaminhado ao Departamento Fiscal para a emissão da memória de cálculo da nota fiscal, que comprova o cumprimento das legislações vigentes pelo fornecedor, incluindo retenções de impostos e verificações do local de prestação dos serviços;

5- Departamento Financeiro: O processo segue para o Departamento Financeiro, que gera a remessa de pagamento do dia por meio do ERP, a ser processada via VAN designada pela Caixa Econômica;

6- Autorização dos Pagamentos: Conforme o Estatuto da OS, os pagamentos são autorizados pelo Diretor Financeiro/Superintendente Financeiro e pelo Diretor Presidente;

7- Prestação de Contas: Após o pagamento, o processo é encaminhado ao Departamento de Prestação de Contas, que realiza a transmissão ao SIPEF, respeitando o prazo D+1 estipulado pela SES-GO.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

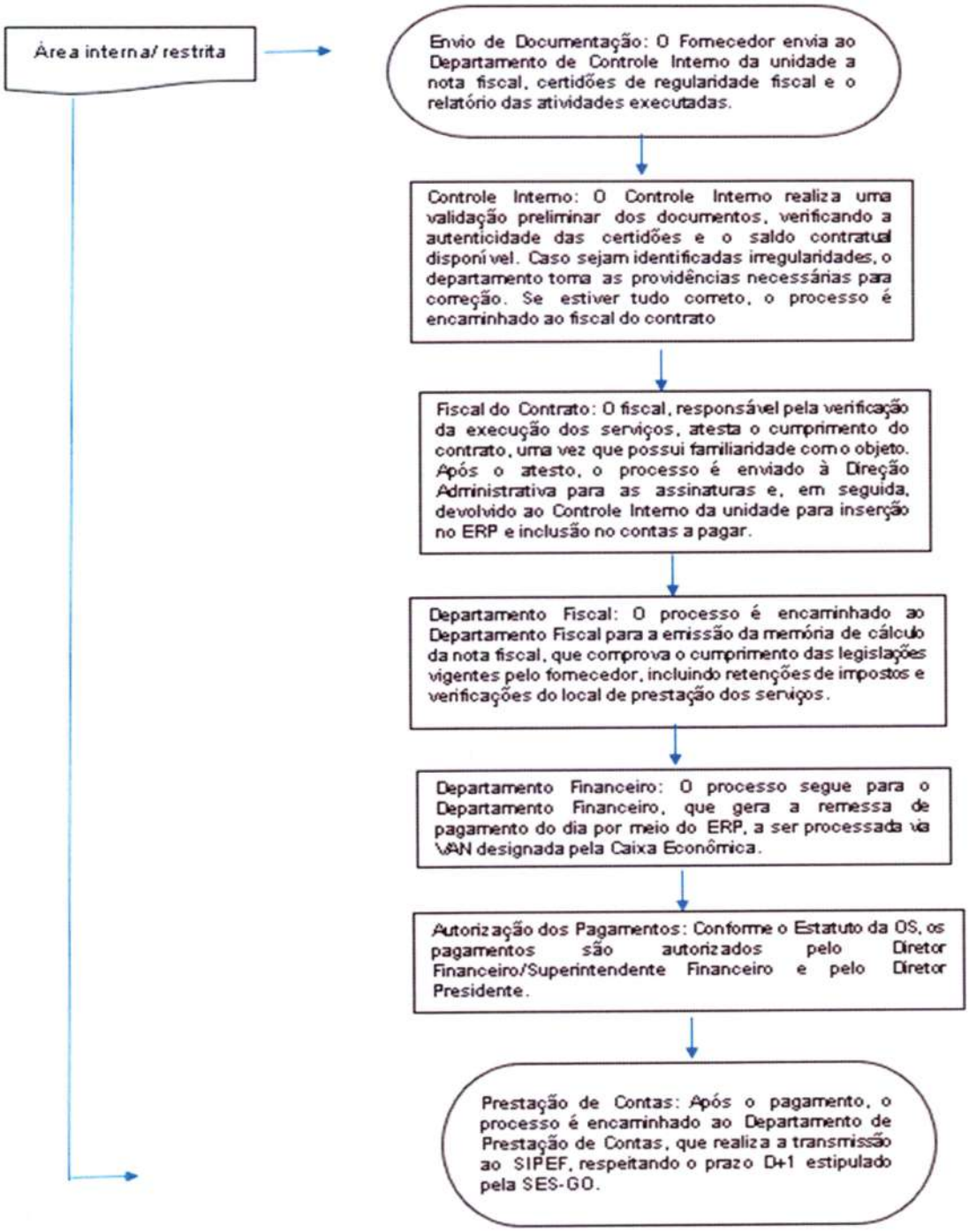


Figura 54 - Fluxo de pagamentos de prestadores de serviços.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE PAGAMENTOS DE FORNECEDORES DE MATERIAIS HOSPITALARES E MEDICAMENTOS

Para o processamento de pagamentos de fornecedores de materiais hospitalares, medicamentos e correlatos, são adotadas algumas validações adicionais em comparação aos pagamentos de serviços. A seguir, detalhamos o fluxo estabelecido:

1. Recebimento da mercadoria: O almoxarifado recebe a mercadoria, conferindo todos os dados da ordem de compra. Após a conferência, a nota fiscal é registrada no Enterprise Resource Planning - ERP, com a anexação de todas as certidões pertinentes ao processo, que, em seguida, é encaminhado ao Controle Interno da unidade;
2. Controle Interno: Toda a documentação é verificada pelo Controle Interno. Caso sejam identificadas irregularidades, o setor toma as medidas necessárias para correção. Após aprovação, o processo é encaminhado para assinatura da Direção Administrativa da unidade e, posteriormente, enviado ao departamento fiscal;
3. Departamento Fiscal: O departamento fiscal realiza a conferência da nota fiscal em conformidade com as exigências fiscais e contábeis, verificando seu atendimento à legislação vigente. Estando em conformidade, é gerada a memória de cálculo. O processo segue então para o Departamento Financeiro;
4. Departamento Financeiro: É gerada a remessa de pagamento por meio do ERP, a qual será processada pela VAN designada pela Caixa Econômica;
5. Autorização dos pagamentos: Conforme previsto no Estatuto da OS, os pagamentos são autorizados pelo Diretor Financeiro ou Superintendente Financeiro, juntamente com o Diretor Presidente;
6. Prestação de Contas: Após o pagamento, o processo é encaminhado ao Departamento de Prestação de Contas, que realiza a transmissão ao SIPEF, respeitando o prazo D+1 estipulado pela SES-GO;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

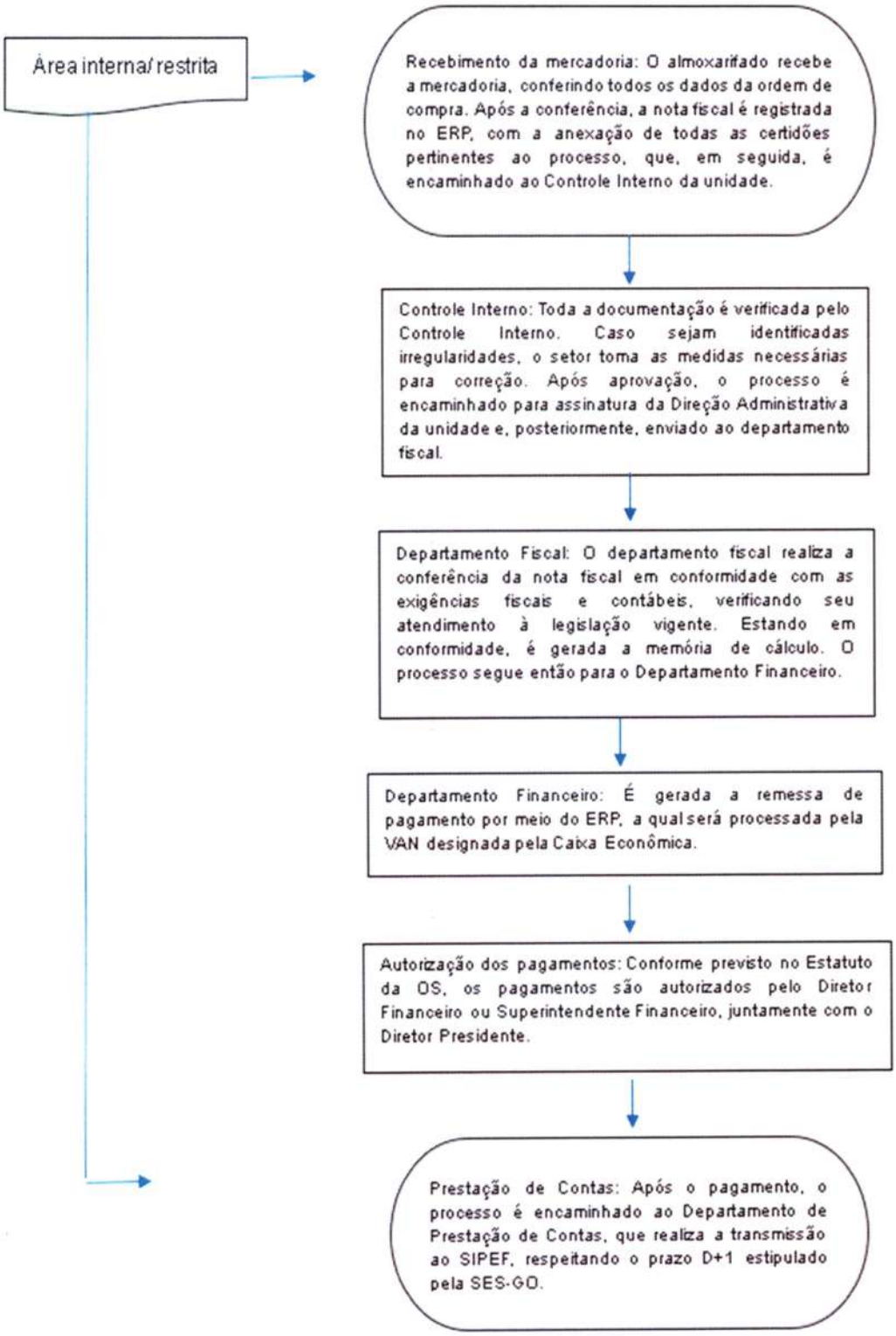


Figura 55 - Fluxo de pagamentos de fornecedores de matérias hospitalares e medicamentos

FLUXO PARA ORGANIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA REGULARIDADE CONTÁBIL

Para manter a regularidade contábil, adotamos medidas de controle rigoroso dos fluxos financeiros, assegurando o cumprimento das normativas legais e das exigências dos órgãos fiscalizadores. Essas ações envolvem a implementação de procedimentos padronizados de registro e monitoramento contábil, auditorias regulares e a utilização de sistemas de gestão integrados, que permitem uma visão clara e detalhada da aplicação dos recursos. Assim, buscamos garantir uma gestão financeira responsável e eficiente, que atenda aos princípios de legalidade, economicidade e transparência, assegurando a sustentabilidade e credibilidade da nossa atuação frente ao Estado e à sociedade.

1- Mensalmente, será enviado à parceira privada o Kit Contábil contendo as seguintes informações:

- Balancete;
- Livro Razão;
- Livro Diário;
- Fluxo de caixa;
- Folha de pagamento completo;
- Demissões;
- Admissões;
- Afastamentos;
- Licença maternidade;
- Programação de férias;
- Extratos bancários;
- Extratos das aplicações;
- Relatório de medição de contratos.

2- Ampliando o portfólio de prestação de contas contábeis, os blocos obrigatórios serão enviados mensalmente via sistema SIPEF para avaliação dos órgãos competentes.

- 0300 – Balancete;
- 0400 – BP – Balanço Patrimonial;
- 0500 – Folha de Pagamento;
- 0530 – Folha de Pagamento;
- 0700 – Encargos de Folha de Pagamento;
- 0900 – DRE;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- 1400 – Declarações;
- 1500 – Gastos com Colaboradores;
- 1700 – Razão;
- 1600 – Diário;
- 1800 – Demanda Judicial;
- 1200 – Contratos.

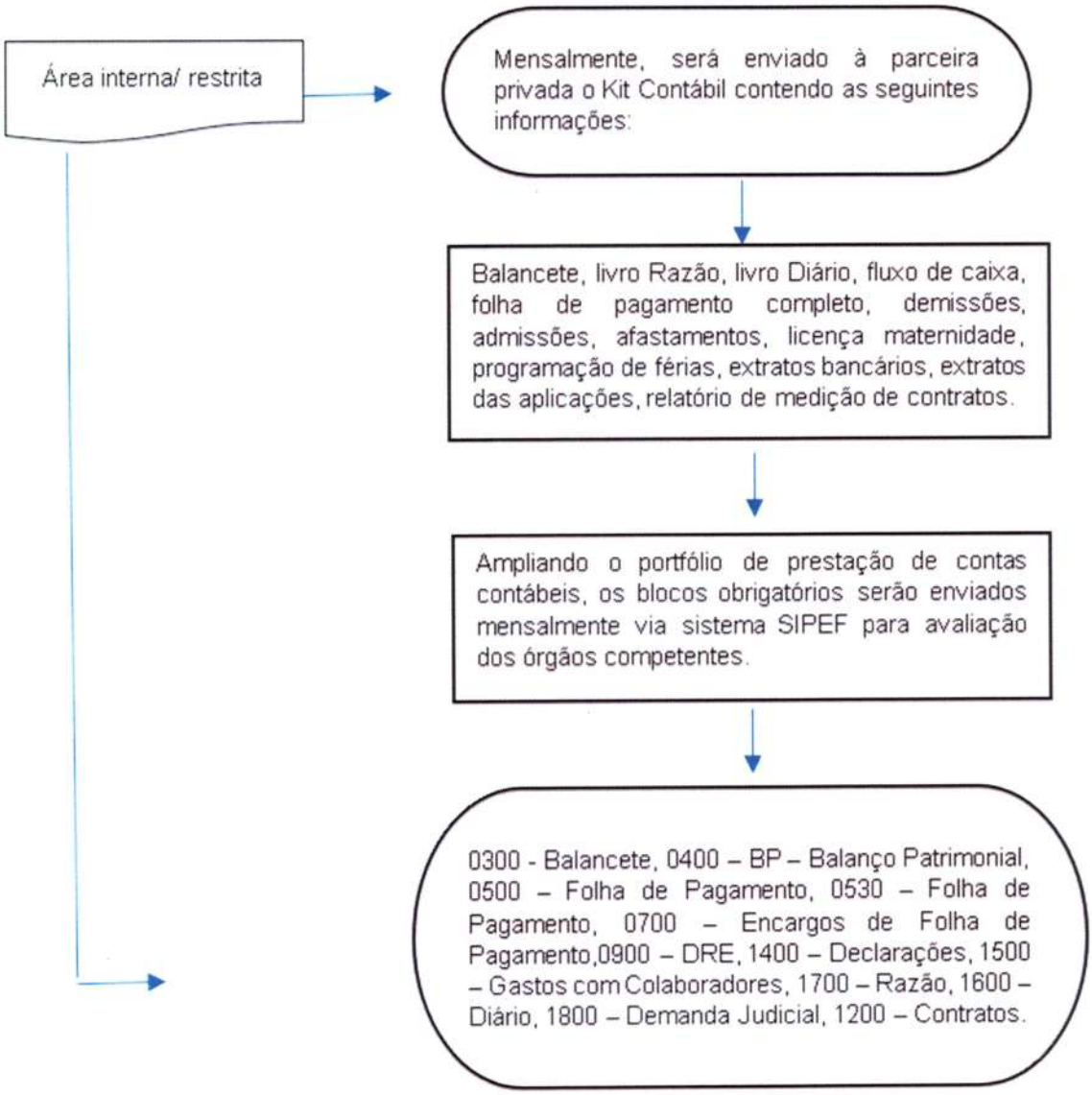


Figura 56 - Fluxo para organização e manutenção da regularidade contábil

FLUXO PARA ELABORAÇÃO DE DOCUMENTOS

Orientar os emissores na elaboração dos documentos resultando na padronização e registro de todos os processos, garantindo a segurança e a qualidade dos procedimentos executados na instituição.

1. O Responsável da área encaminhará para o e-mail da qualidade solicitando o código para formatar o documento;
2. Qualidade enviará via e-mail o código conforme a lista mestra de cada documento;
3. Após elaborado o documento o responsável deverá encaminhar para o sistema de gestão da qualidade e ou via e-mail para verificação da qualidade a aprovação da diretoria responsável. OBS: Os documentos assistenciais também deverão ser aprovados pelo setor Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde - SCIRAS;
4. Após a aprovação da diretoria a Qualidade ajustará a formatação, conferir na lista mestre de documentos as informações e realizar a impressão;
5. A Qualidade irá coletar as assinaturas dos emissores, verificadores e aprovadores;
6. A Qualidade disponibilizar no sistema de gestão da qualidade e cópias controladas deste do documento em pasta onde irá conter os conteúdos necessários de cada setor.

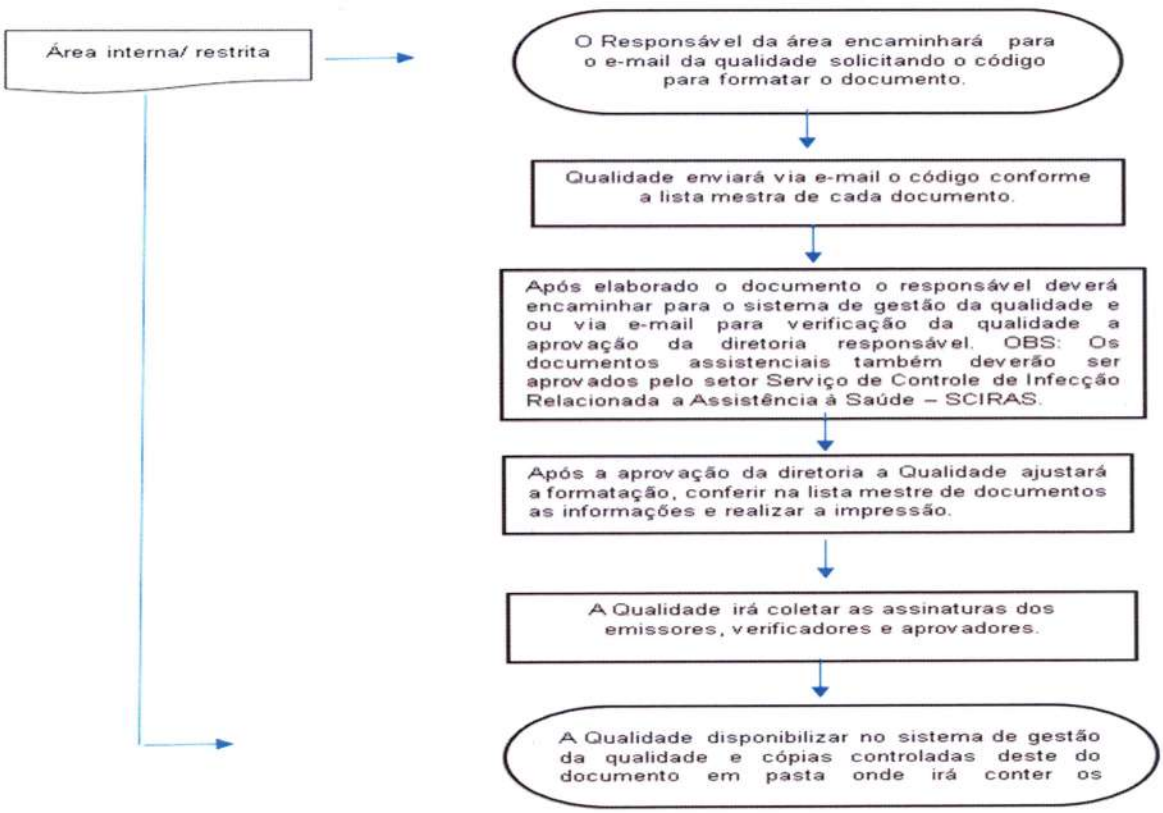


Figura 57 - Fluxo para elaboração de documentos.

FLUXO DE NOTIFICAÇÃO E TRATATIVAS DE OCORRÊNCIAS (EVENTO INCIDENTE E NÃO CONFORMIDADE)

O fluxograma das notificações de ocorrências vem estabelecer o método, as responsabilidades e autoridades para registrar e tomar ações que eliminem uma não conformidade e/ou eventos incidentes através de análise e ações corretivas de forma a prevenir sua reincidência, visando à manutenção e a melhoria contínua das áreas/processos sempre voltada para segurança do paciente.

Não conformidade: Quando a falha foi no processo, não envolvendo paciente – Prazo de resposta 15 dias;

Evento sem Dano: Nenhum sintoma, ou nenhum sintoma detectado e não foi necessário nenhum tratamento. - Prazo de resposta de até 10 dias;

Evento com Dano Leve: Paciente apresentou sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados, mas com curta duração, sendo necessários intervenções mínimas (como por exemplo observação extra, investigação, tratamento leve) - Prazo de resposta de até 7 dias;

Evento com dano moderado: Paciente sintomático, com necessidade de intervenção (por exemplo: procedimento terapêutico adicional, tratamento adicional), com aumento de tempo de internação – Prazo para resposta 5 dias;

Evento dano grave: Paciente sintomático, com necessidade de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo. Prazo para resposta 3 dias;

1. Abertura da notificação pelo sistema de gestão da qualidade e ou formulário;
2. Encaminhamento via sistema de gestão da Qualidade ou entrega pessoalmente para o Núcleo de Segurança do Paciente - NSP/ Qualidade;
3. O NSP/ Qualidade Classifica a ocorrência e reencaminha via sistema de gestão da Qualidade ou o formulário físico para o Responsável pela da Área envolvida;
4. O Responsável pela área envolvida realiza análise com a equipe envolvida da ocorrência, conforme o prazo da classificação;
5. Após o responsável realizar a análise da ocorrência e traçar ações, retorna a tratativa para o NSP / Qualidade via sistema de gestão da qualidade ou o formulário físico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

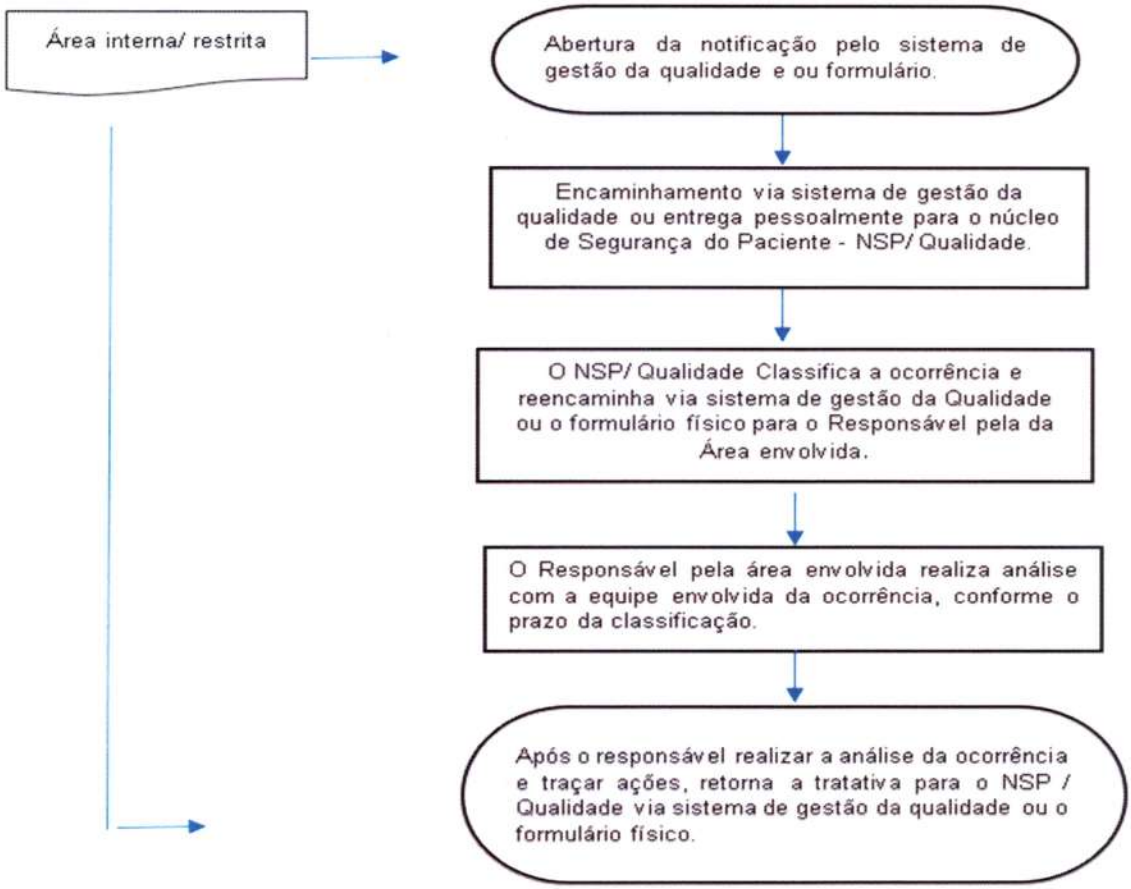


Figura 58 - Fluxo de notificação e tratativas de ocorrências.

SOLICITAÇÃO DE COMPRAS

1. Área solicitante realiza solicitação via sistema de gestão hospitalar (SGH)
2. Caminho a ser solicitado via SHG: Almoxarifado -> Solicitações ->Solicitações de compra-> digitar data máxima para atendimento, setor solicitantes, nome do solicitante, motivo do pedido, código do estoque, código do produto e quantidade.
3. No campo observação, justificar o motivo da compra
4. Salvar a solicitação de compras.
5. Comunicar o setor dos suprimentos para aprovação.

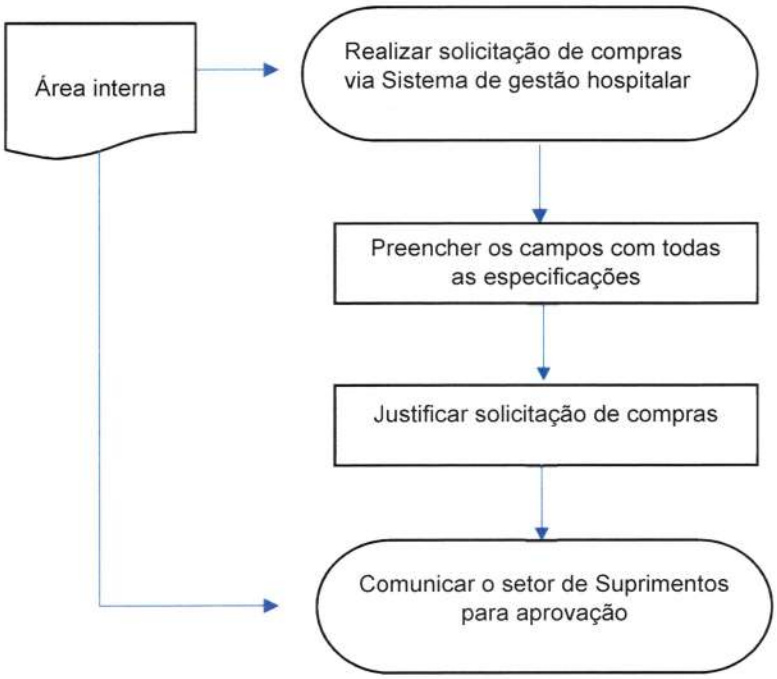


Figura 59 - Fluxo solicitação de compras.

SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS

1- Setor realiza solicitação via Sistema de Gestão Hospitalar

2- Caminho no SGH: Almoxarifado -> Solicitações -> Produtos ao estoque

3- Marcar o destino da solicitação (ex.: setor, paciente); preencher o estoque destino; preencher o campo do produto com o código e imprimir solicitação.

4- Retirar o material no almoxarifado

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

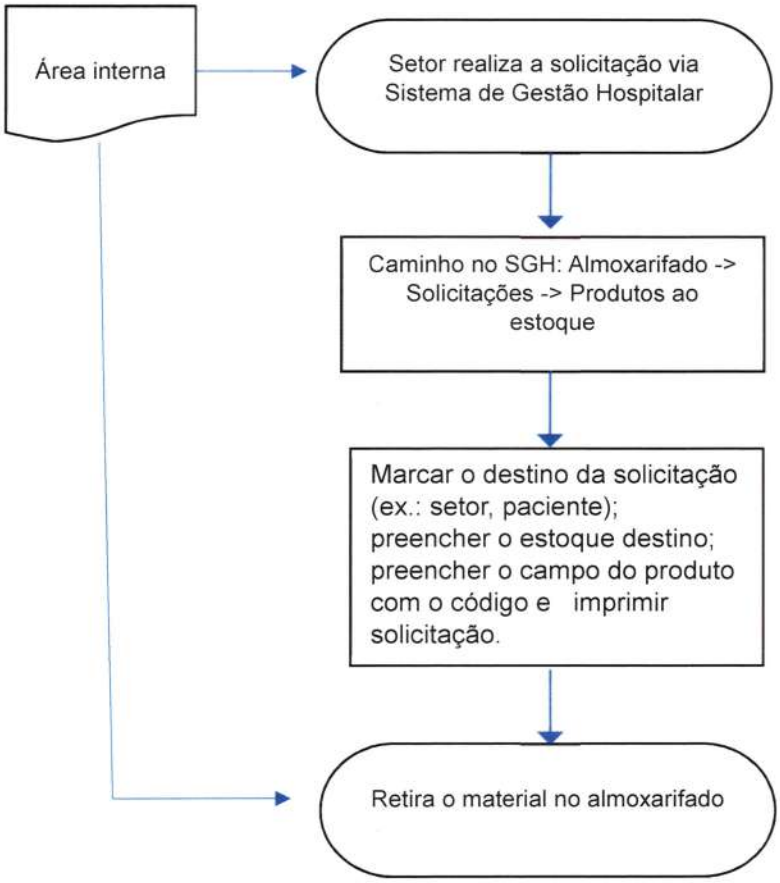


Figura 60 - Fluxo solicitação de materiais.

ENTRADA DE PRODUTOS

1- No SGH entrar em: Materiais e Logística / Almoxarifado / Movimentações / Entradas / Entrada de Produtos

2- Clicar em Ordem de compra e digitar o código

3- Especificar o tipo de documento (Nota fiscal)

4- Escolher o local do estoque, preencher o nº do documento e série, preencher o fornecedor

5- Preencher o produto, lote, validade e quantidade e concluir a entrada

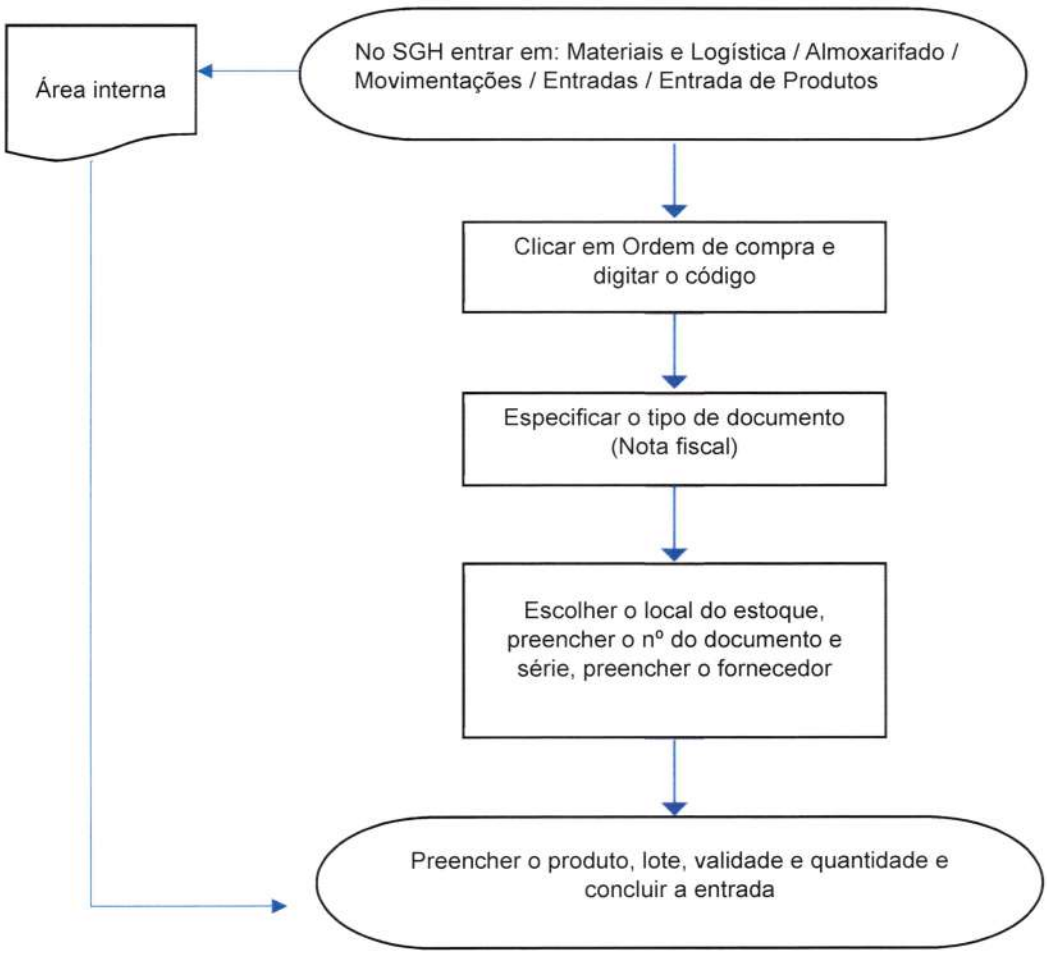


Figura 61 - Fluxo entrada de produtos.

INVENTÁRIO

1- Abrir inventário

2- Determinar o tipo de contagem

3- Digitar produtos contados

4- Gerar Inventário

5- Tipo de contagem: Geral do Estoque - Saldo dos produtos contados é atualizado e saldo dos produtos não contados é zerado

6- Tipo de contagem: Somente alguns produtos - Saldo dos produtos contados é atualizado e saldo dos produtos não contados é mantido

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

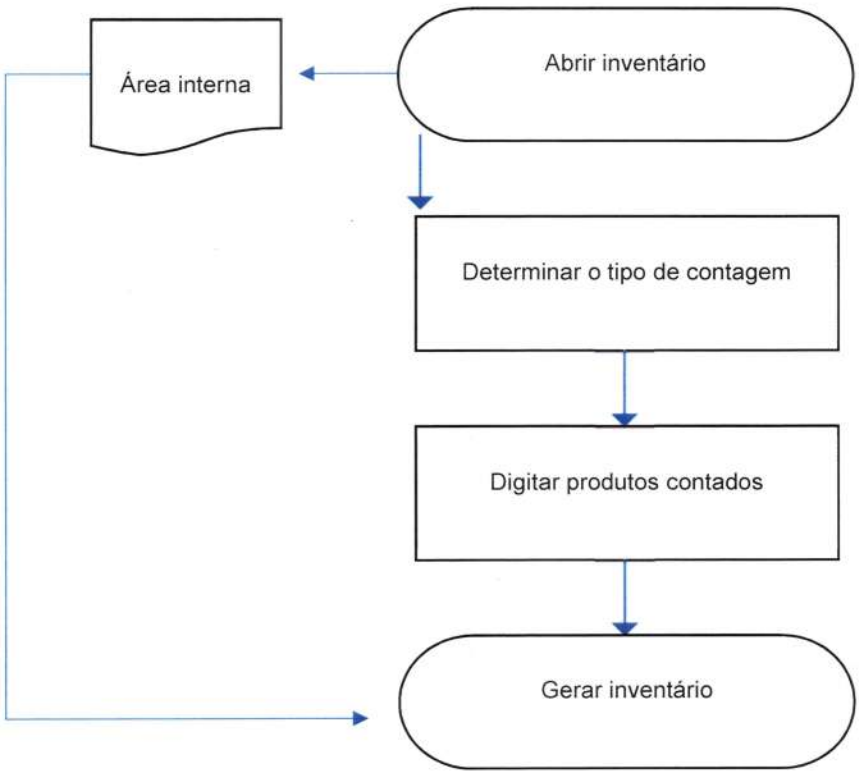


Figura 62 - Fluxo inventário.

BAIXA DE PRODUTOS

1- No SGH entrar em: Materiais e Logística / Almoxarifado / Movimentações / Baixa de Produtos

2- Informar o estoque e o produto que serão baixados

3- Determinar o motivo da baixa

4- Determinar a unidade e o produto a receber a baixa

5- Salvar

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

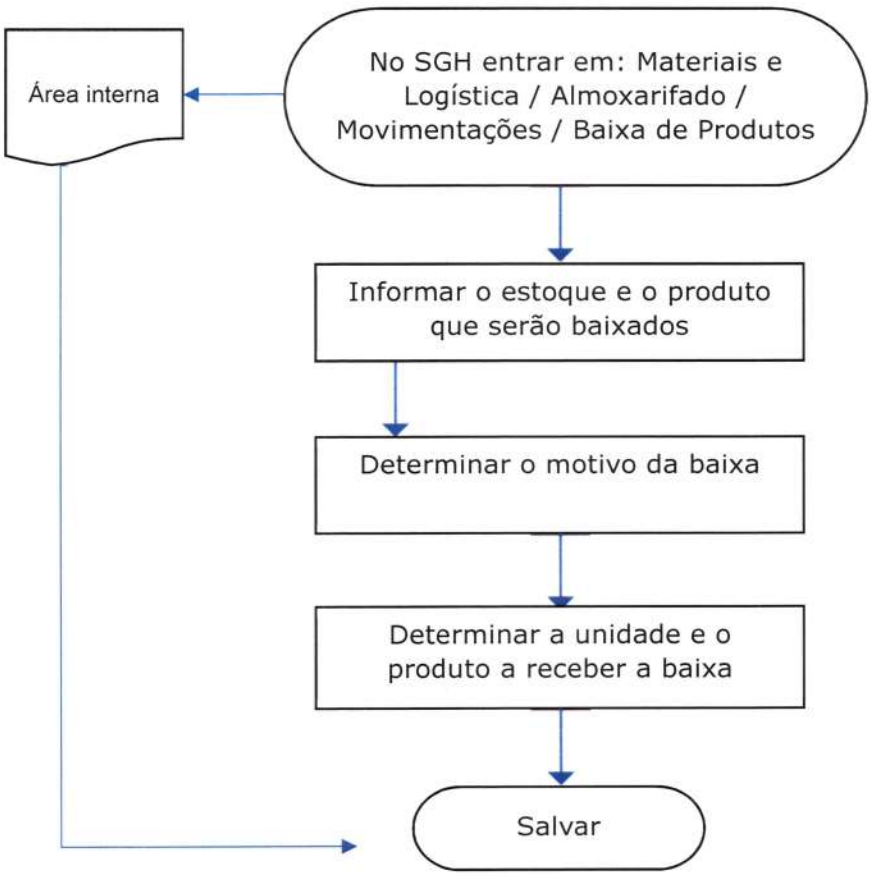


Figura 63 – Fluxo Baixa de produtos.

SISTEMA FATURAMENTO AMBULATORIAL SUS (BPA E APAC)

O sistema de Faturamento Ambulatorial SUS (BPA e APAC) possibilita o faturamento das contas ambulatoriais e o gerenciamento das informações coletadas.

FATURAMENTO BPA (BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL)

1. Efetuar atendimento ambulatorial;
2. Se o sistemas de faturamento e atendimento estiverem integrados, o faturamento será automático;
3. Se os sistemas de faturamento e atendimento não forem integrados, deve-se criar fatura e remessa BP e em seguida lançar os procedimentos realizados;

4. A seguir, exportar arquivo BPA por remessa;
5. Fechar fatura BPA.

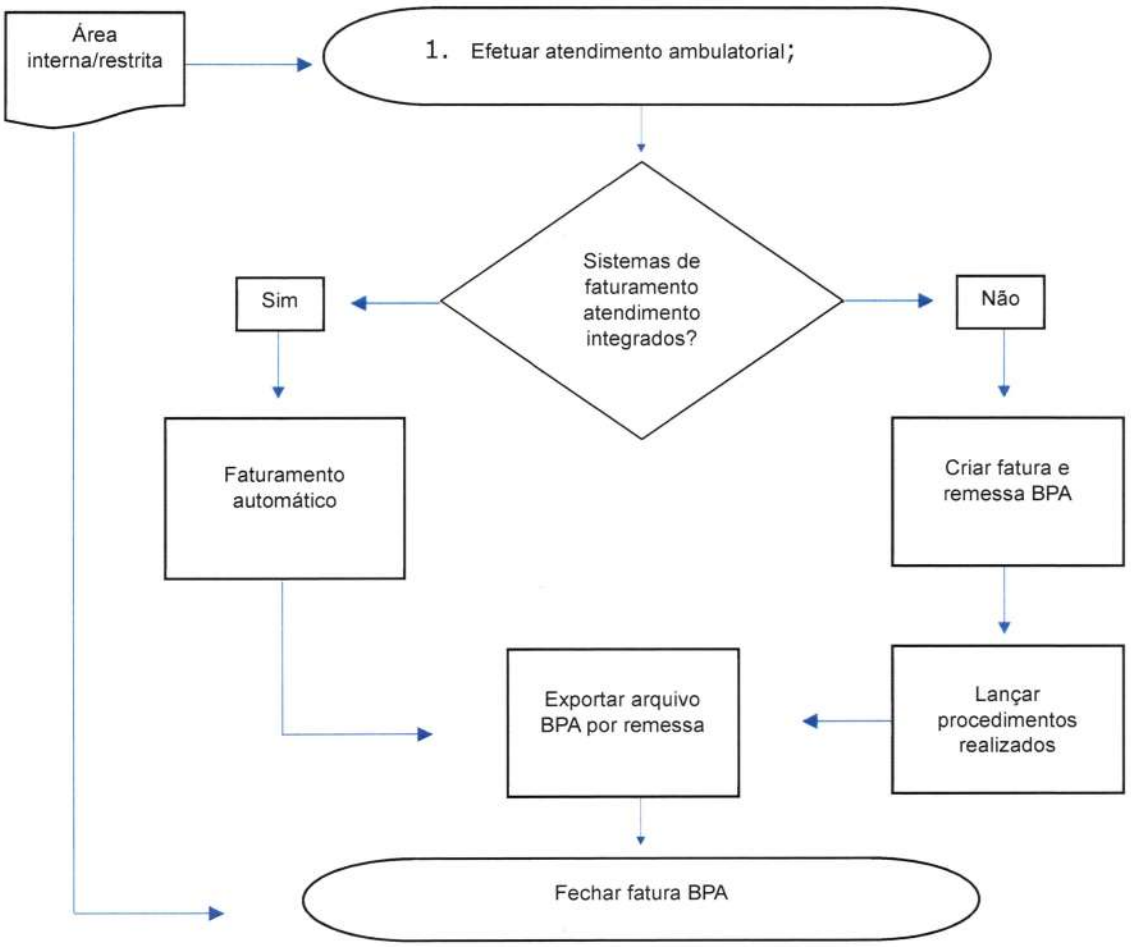


Figura 64 - Fluxo Faturamento BPA.

FATURAMENTO DE APAC

1. Criar fatura e remessa APAC;
2. Preencher laudo médico para emissão de APAC;
3. Deve-se enviar laudo para autorização;
4. Se a Secretaria de Saúde não autorizar o tratamento APAC, o laudo deve ser adequado;
5. Se a Secretaria de Saúde autorizar o tratamento APAC, será efetuado lançamento destes procedimentos;
6. Realizar lançamentos de continuidade;
7. Se for necessário, realizar cópia de APAC para próxima competência; Se não houver necessidade de cópia, exportar remessa APAC para emitir demonstrativo de entrega;

8. Fechar fatura APAC.

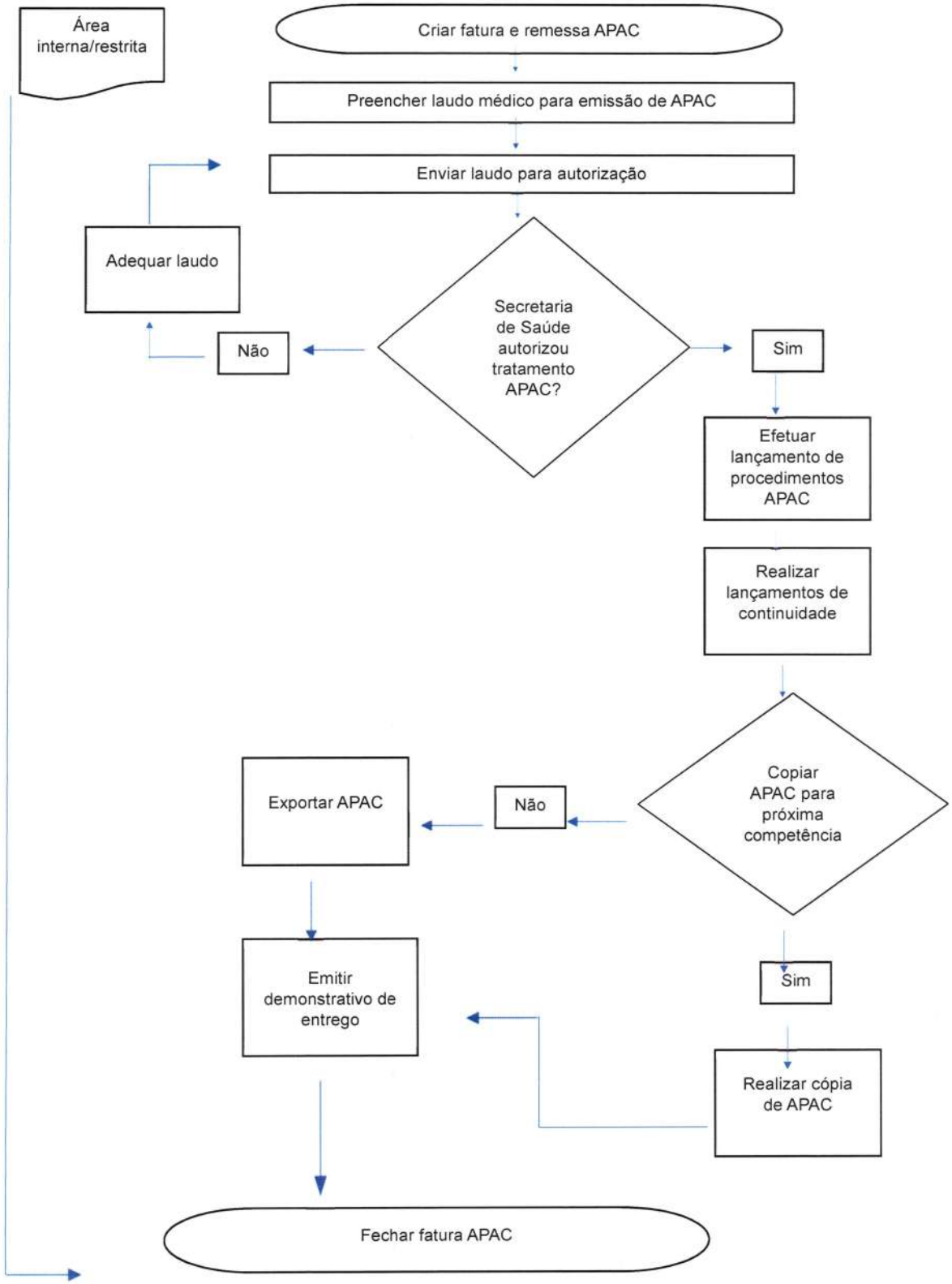


Figura 65 - Fluxo Faturamento de APAC

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

1. O médico prescritor acessa o sistema de gestão com seu usuário e senha que é pessoal e intransferível;
2. Digita o número do atendimento do paciente no campo destinado para esta informação que dará acesso ao prontuário eletrônico do paciente;
3. Na barra lateral esquerda deverá acessar a opção: Prescrição;
4. Ao abrir a aba destinada a prescrição, deve clicar no ícone de novo documento na parte inferior da tela;
5. No retângulo na parte superior, deve-se digitar o exame a ser prescrito e em seguida clicar no símbolo de adição para incluir à prescrição. Repetir o processo com cada exame a ser solicitado;
6. Após inclusão de todos os exames, clicar em salvar;
7. Será solicitada senha de assinatura eletrônica, em seguida clicar em confirmar e o processo será finalizado.

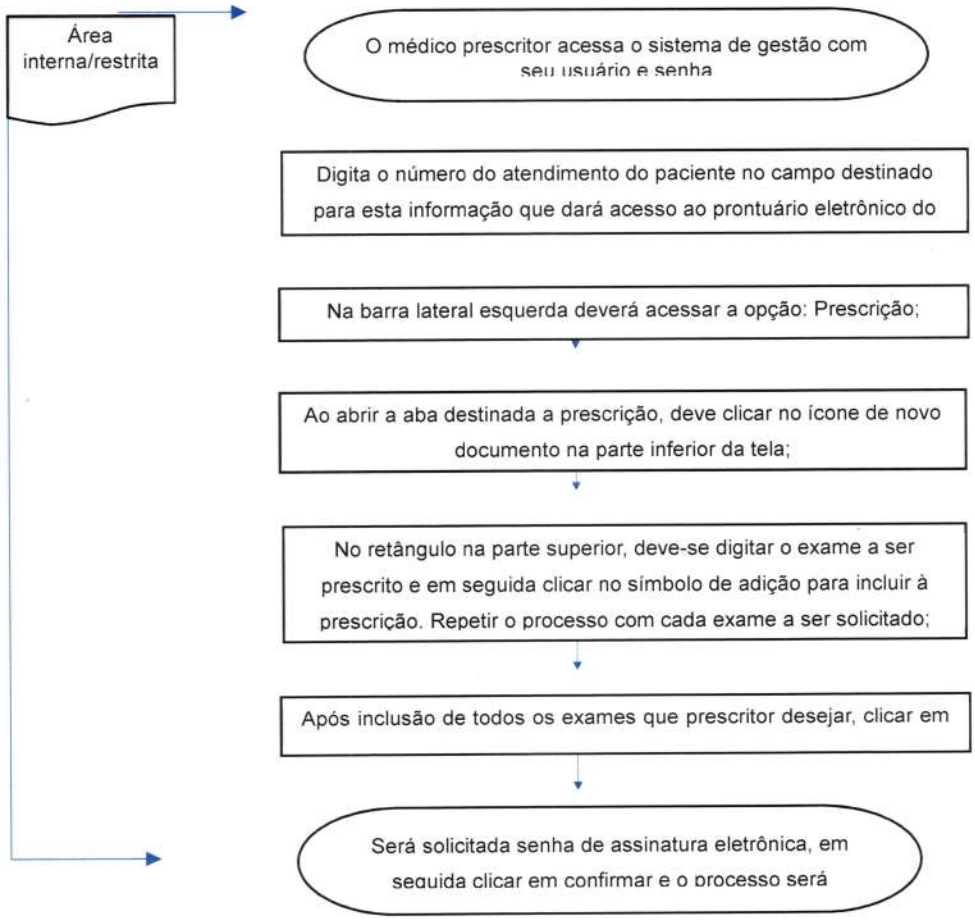


Figura 66 - Fluxo de solicitação de exames laboratoriais.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE CONFIRMAÇÃO DE PEDIDOS DE EXAMES LABORATORIAIS

1. O (a) biomédico (a) ou auxiliar de coleta acessa o sistema de gestão com seu usuário e senha que é pessoal e intransferível;
2. Na barra lateral esquerda clica no desenho de um microscópio e em seguida em diagnóstico laboratorial;
3. Clicar em: Painel operacional de pendências;
4. Todas as prescrições de exames estarão nesta tela;
5. O profissional irá clicar no quadrado que fica em frente ao pedido de exame e em seguida confirmar para gerar a impressão das etiquetas.

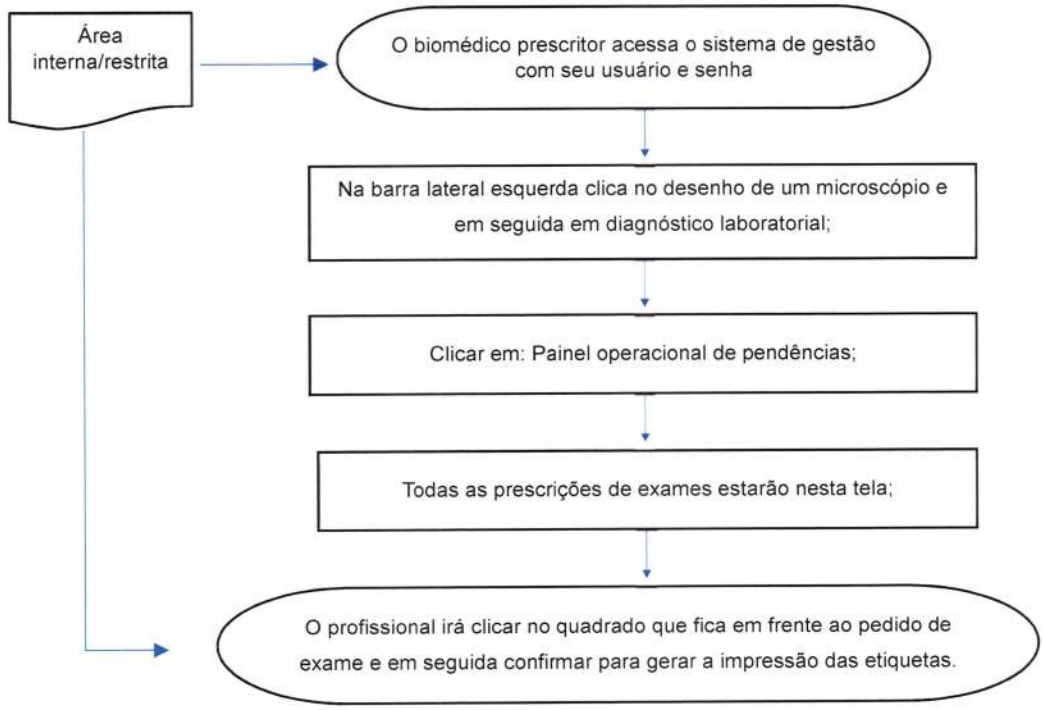


Figura 67 - Fluxo de confirmação de pedidos de exames laboratoriais.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE LIBERAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

1. O (a) biomédico (a) acessa o sistema de gestão com seu usuário e senha que é pessoal e intransferível;
2. Na barra lateral esquerda clica no desenho de um microscópio e em seguida em diagnóstico laboratorial;
3. Selecionar: Resultado de exames, digitar o número da prescrição, clicar em confirmar;
4. Digitar os exames da prescrição e clicar em confirmar;
5. Em seguida, clicar em revisar para conferir digitação;
6. Após conferência, clicar em liberar de exames. Será solicitada senha de assinatura eletrônica, em seguida clicar em confirmar e os laudos ficarão disponíveis no prontuário eletrônico do paciente.

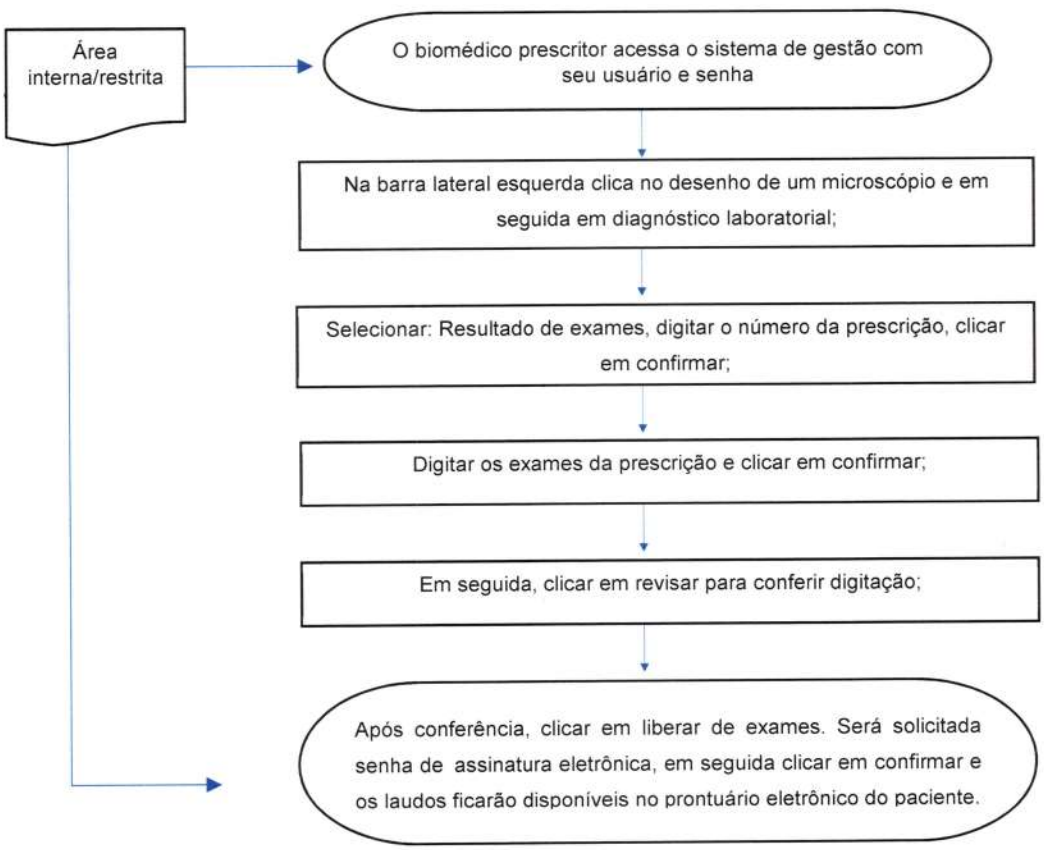


Figura 68 - Fluxo de Liberação de exames laboratoriais.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1.1.1.3 Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados / Roupas

O Fluxo Unidirecional tem o objetivo de evitar o cruzamento de material sujo/contaminado para com outros materiais estéreis/limpo, alimentos e medicamentos. Com isso, minimiza o risco de infecção para pacientes e profissionais de saúde, criando um ambiente seguro para todos.

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

A Central de Material e Esterilização (CME) é classificado pelo Ministério da Saúde como um conjunto de recursos voltados para a recepção, limpeza, preparação, esterilização, armazenamento e distribuição de materiais.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 307, de 14 de novembro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o CME é uma unidade de apoio técnico responsável pelo fornecimento de artigos médico-hospitalares devidamente processados, garantindo condições adequadas para o atendimento direto e a assistência à saúde de pessoas, sejam elas doentes ou saudáveis. Essa unidade pode estar situada dentro ou fora da instalação que utiliza os materiais.

Para implementar um fluxo unidirecional, é fundamental que existam barreiras físicas entre as áreas: suja (expurgo), limpa (preparação de material e carga para esterilização) e estéril (retirada de material estéril da autoclave, armazenamento e distribuição). O acesso deve ser restrito aos profissionais da área.

A equipe técnica local ficará responsável por todo o processo da CME (limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda e distribuição dos produtos para toda a unidade ambulatorial) a periodicidade de processamento desses materiais será conforme demanda da unidade, de segunda á sexta das 08h ás 17h, onde serão estabelecidos fluxos de recebimento, processamento e entrega.

Visando a qualidade da assistência prestada aos pacientes, implantaremos o Programa de Monitoramento para Controle da Qualidade de Esterilização, tendo o compromisso com a qualidade e segurança dos pacientes, portanto no que tange o processo de uso de materiais para procedimentos, todos os artigos críticos, não críticos e semicríticos, contando com uma equipe especialista em Central de Material e Esterilização assim como monitoramento realizado pelo

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde, na assessoria de implantação de melhores práticas no processo de esterilização.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA CME

- ✓ Receber, desinfetar e separar os produtos para a saúde;
- ✓ Lavar esses produtos;
- ✓ Esterilizar esses produtos por meio de métodos físicos ou automatizados;
- ✓ Realizar o controle microbiológico e o prazo de validade de esterilização desses produtos;
- ✓ Acondicionar e distribuir os instrumentais esterilizados;
- ✓ Zelar pela segurança e proteção dos colaboradores desse setor;

DEFINIÇÕES DE PROCESSOS

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. O fluxo dos materiais na CME deve ser unidirecional e com barreira física entre as áreas, subdividida em 3 áreas:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Expurgo	Preparo de Material e Carga	Guarda do Material Estéril
Área Suja	Área Limpa	Área Estéril

Tabela 12 - Subdivisão de áreas CME

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 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/ARSENAL

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

Conforme a RDC 35 de 2010, as áreas são descritas em área crítica e semicrítica.

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

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

e que não a presente colonização por microrganismos de importância epidemiológica. Nos anexos estará disposto o manual do CME detalhando todo o processo realizado neste setor, bem como os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) que iremos utilizar.

FLUXO VISÃO MACRO DA CME

1. Recebimento do material contaminado;

2. Equipe de enfermagem realiza a limpeza do material de forma manual ou automatizada;

3. Material será esterilizado em autoclave?

4. Se sim. Verificação da integridade e limpeza dos artigos, separação dos artigos, embalar os artigos em papel grau cirúrgico ou SMS e realizar a identificação.

5. Fazer a esterilização dos artigos em autoclave de barreira e armazenar e depois distribuir;

6. Se não. Verificação da integridade e limpeza dos artigos, separação dos artigos por tipo de material;

7. Embalar artigos em saco plástico, utilizar seladora para vedação, realizar a identificação, armazenamento e a distribuição.

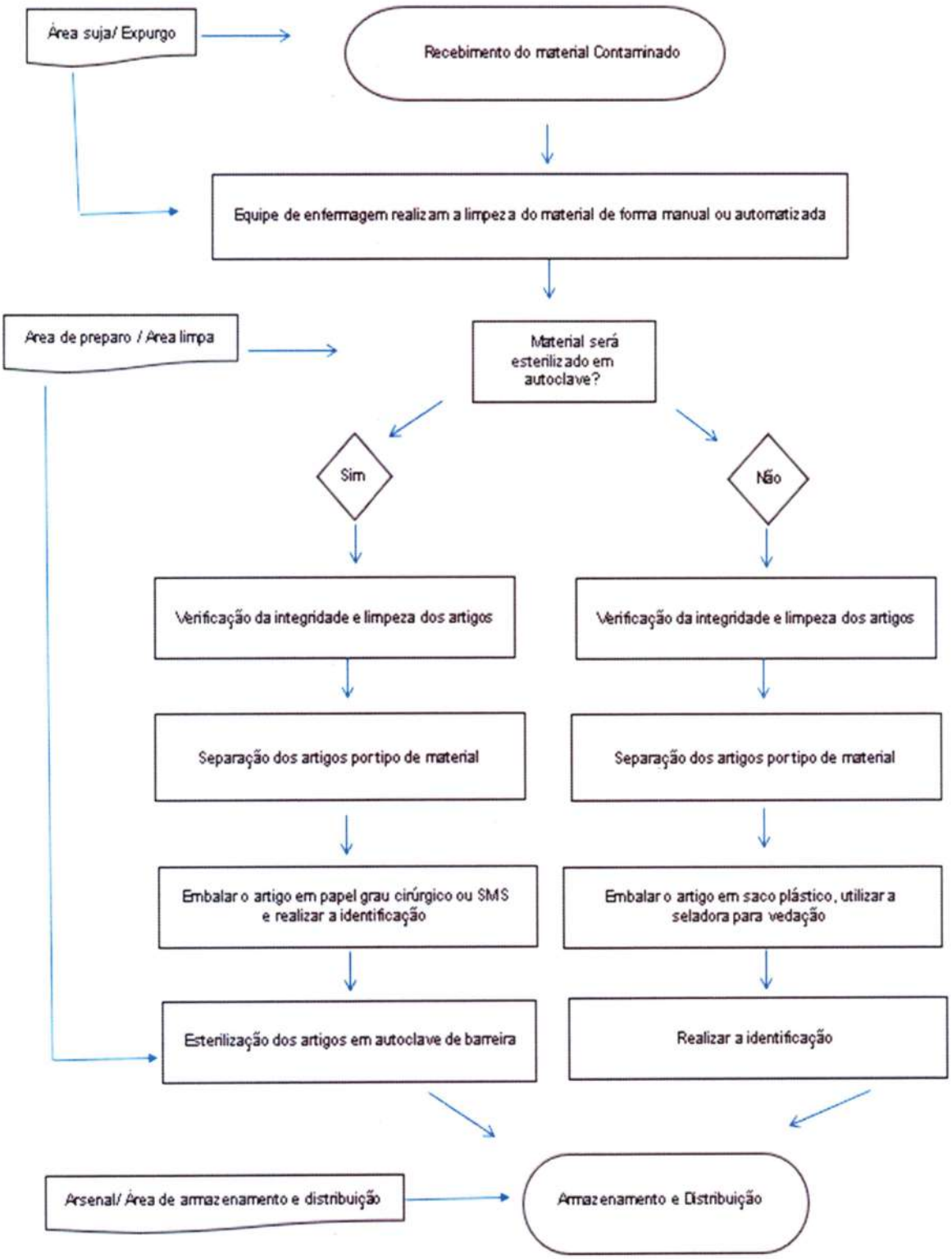


Figura 69 - Fluxograma da Visão Macro da CME

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE RECEBIMENTO DE MATERIAL NO EXPURGO

1. Equipe de enfermagem: receber o material contaminado no expurgo através de coleta realizada nos setores.

2. Proceder com a limpeza manual utilizando detergente enzimático ou neutro e acessórios não abrasivos de uso hospitalar que não liberem partículas;

3. Realizar o enxágue dos materiais com água que atenda aos padrões de potabilidade definidos em normatização específica;

4. Instrumentais cirúrgicos cujo lúmen que tenha diâmetro interno inferior a cinco milímetros é encaminhado para a lavadora ultrassônica em bandejas de inox para serem submetidos a limpeza automatizada após teste com ultra washer para validação de uso do equipamento;

5. Após limpeza manual ou automatizada, realizar a inspeção e secagem dos itens utilizando pistola de ar comprimido medicinal;

6. Armazenar os instrumentais em recipiente com tampa e entregar no guichê de acesso a área limpa para dar seguimento ao processo de preparo e esterilização.

7. Após embalado e identificado, encaminhar para armazenamento e distribuição.

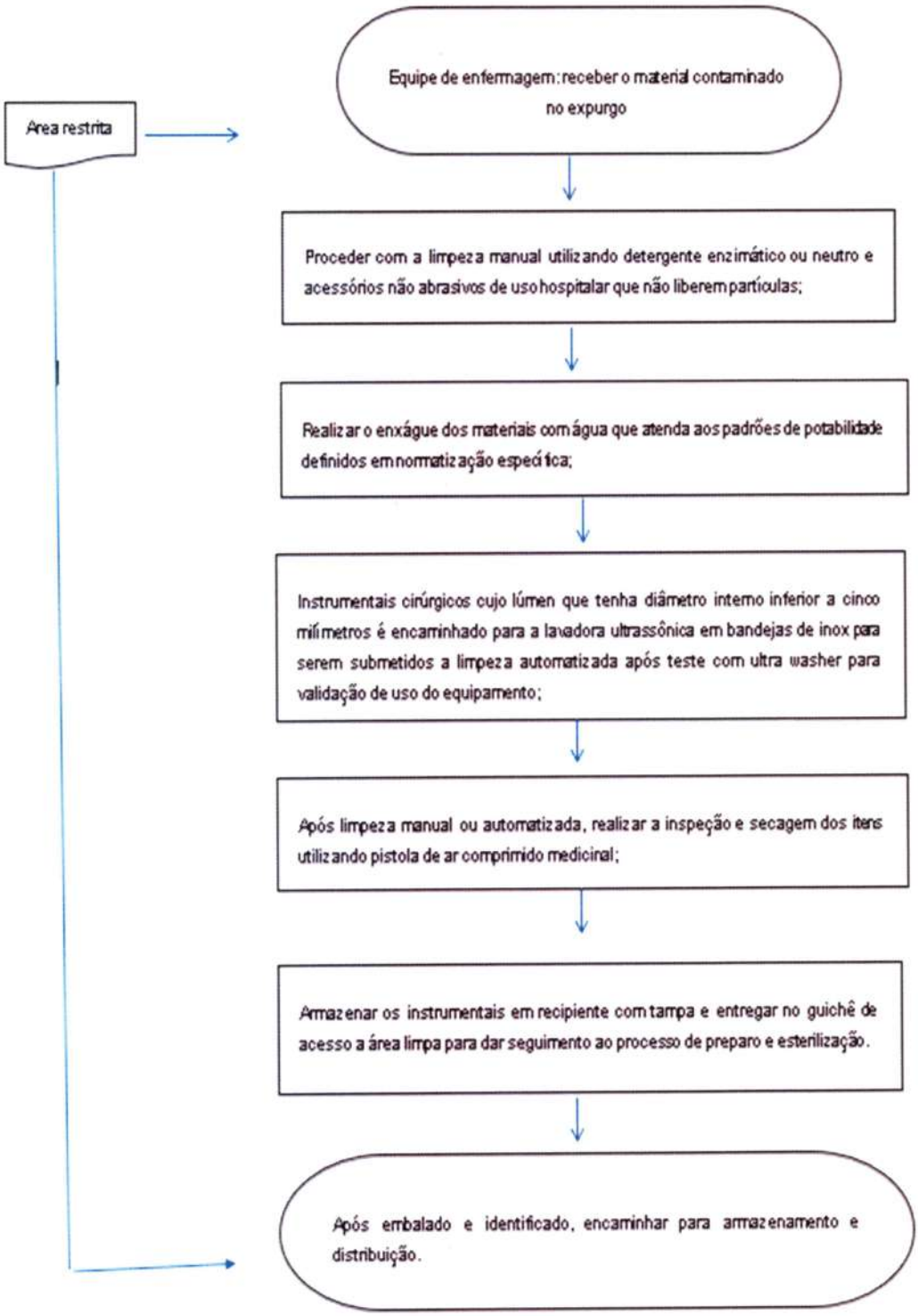


Figura 70 - Fluxograma de Recebimento de Material no Expurgo

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE DESINFECÇÃO QUIMICA

1. Equipe de enfermagem: recebimento do material semicrítico (endoscópio e colonoscópio), no expurgo;

2. Realizar a limpeza do material com detergente enzimático e/ou por processo físico de termo desinfecção;

3. Realizar desinfecção química através de imersão em OPA HLD ORTOFTALALDEÍDO 0,55% após monitorização da efetividade do produto;

4. Realizar a inspeção e secagem dos itens utilizando pistola de ar comprimido medicinal;

5. Embalar artigo em saco plástico, utilizar seladora para vedação e realizar a identificação;

6. Encaminhar o artigo embalado, identificado e selado através de guichê de acesso entre a sala de desinfecção e sala de armazenamento ;

7. Armazenamento e distribuição no arsenal.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

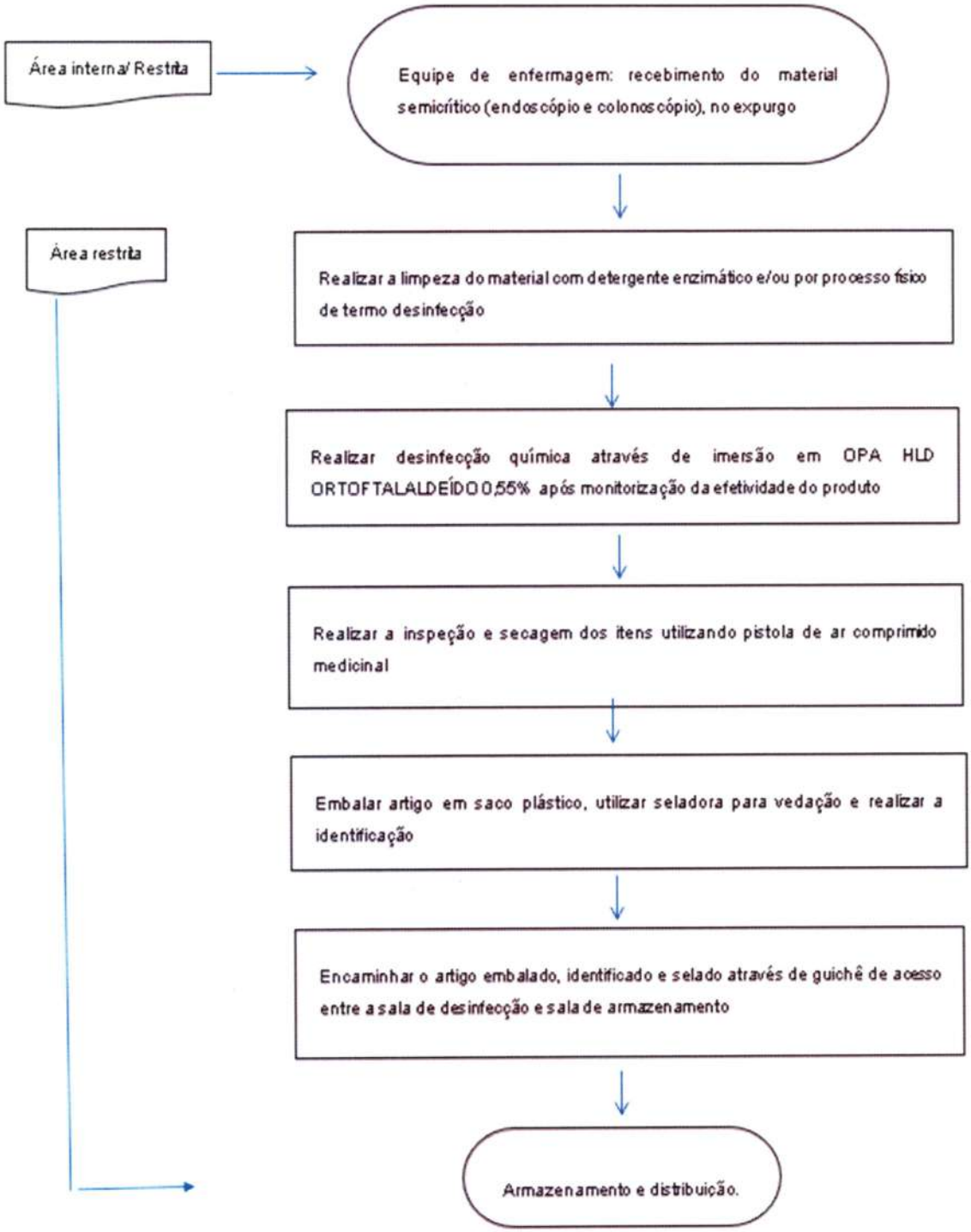


Figura 71 - Fluxograma de Desinfecção Química

FLUXO DE RECEBIMENTO NA ÁREA DE PREPARO

1. A Equipe de enfermagem recebe o material limpo através de guichê de acesso entre área suja e área limpa da CME;

2. Realiza a inspeção da integridade e limpeza dos artigos, através do uso de lente intensificadora de imagens (Lupa);

3. Instrumentais que apresentam perca da funcionalidade são retirados e armazenados em embalagem plástica com tampa, sendo realizado a substituição. Instrumentais que apresentam sujidade são encaminhados para reiniciar o processo;

4. Realizar o fechamento dos instrumentais em caixas com furos ou diretamente no papel grau cirúrgico selado por termo seladora ou SMS, sendo incluso no fechamento um integrador químico classe 5. Realizar as identificações das caixas;

5. Após a realização do teste de bowie-dick e teste biológico concluídos e com resultados satisfatórios, é liberado o uso da autoclave de barreira para a esterilização dos materiais;

6. As caixas são posicionadas nos cestos de inox do rack da autoclave. Ao finalizar a montagem das cargas inserir o pacote desafio com integrador químico para assim iniciar o ciclo de esterilização, conforme carga.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

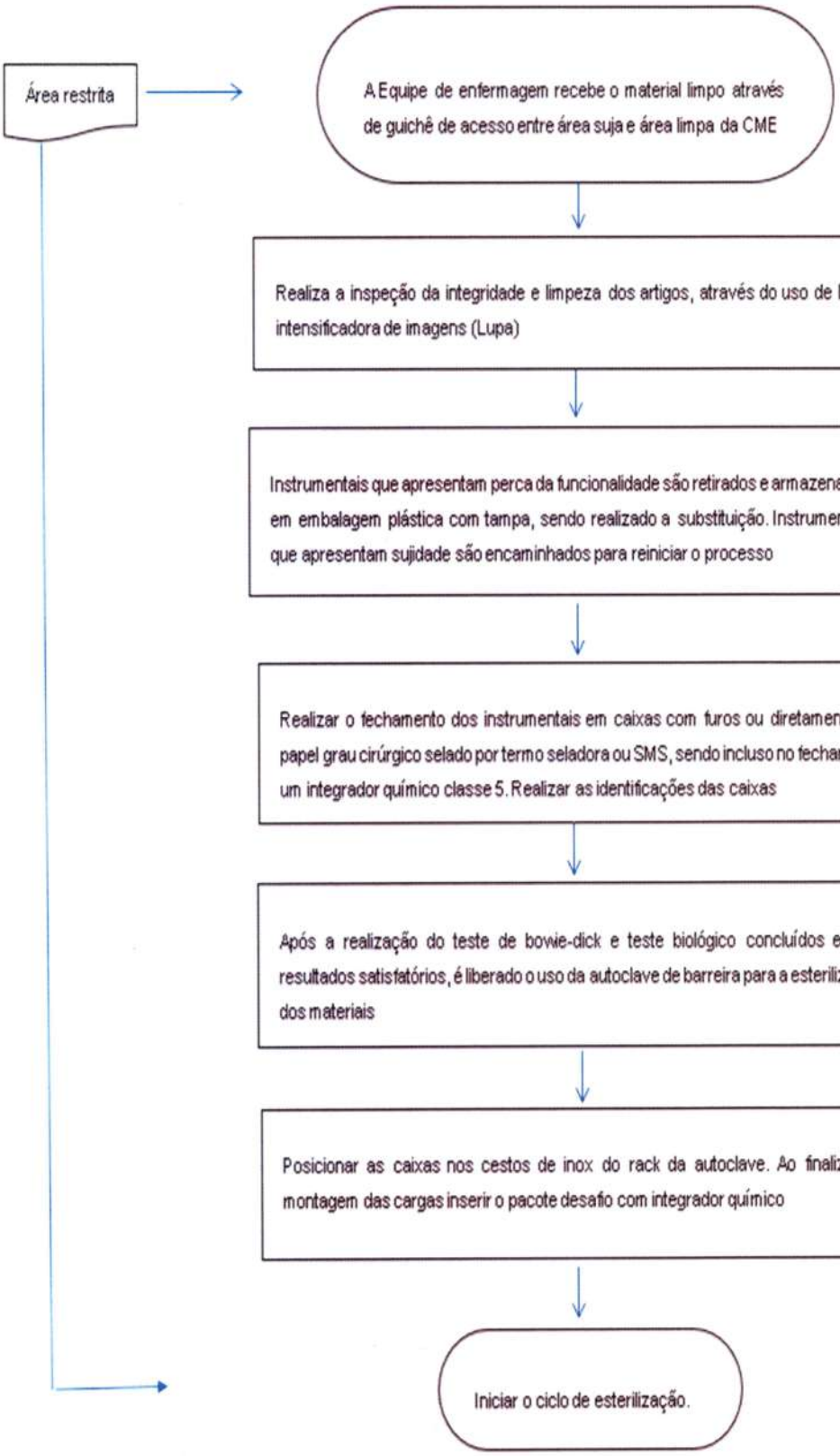


Figura 72 - Fluxograma de Recebimento de Material na Área de Preparo

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FLUXO DE RECEBIMENTO DE MATERIAIS NO ARSENAL

1. Equipe de enfermagem: ao término do ciclo destravar a porta da autoclave e abri-la com a saída para o arsenal. Deixar a porta aberta por 20 minutos;
2. Aguardar o resfriamento dos pacotes e caixas antes de transferir o material para superfície seca e fria para prevenir a condensação destes;
3. Retirar os materiais e cestos e colocar sobre a bancada observando se os pacotes estão secos, íntegros, sem manchas e se o integrador químico externo sofreu alteração da cor;
4. Após inspeção dos pacotes, encaminhar para acondicionamento no arsenal;
5. Colocar no armário identificado conforme artigo, armazenando de acordo com a data de validade;
6. Colocar o rack de volta na autoclave e fechar a porta.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

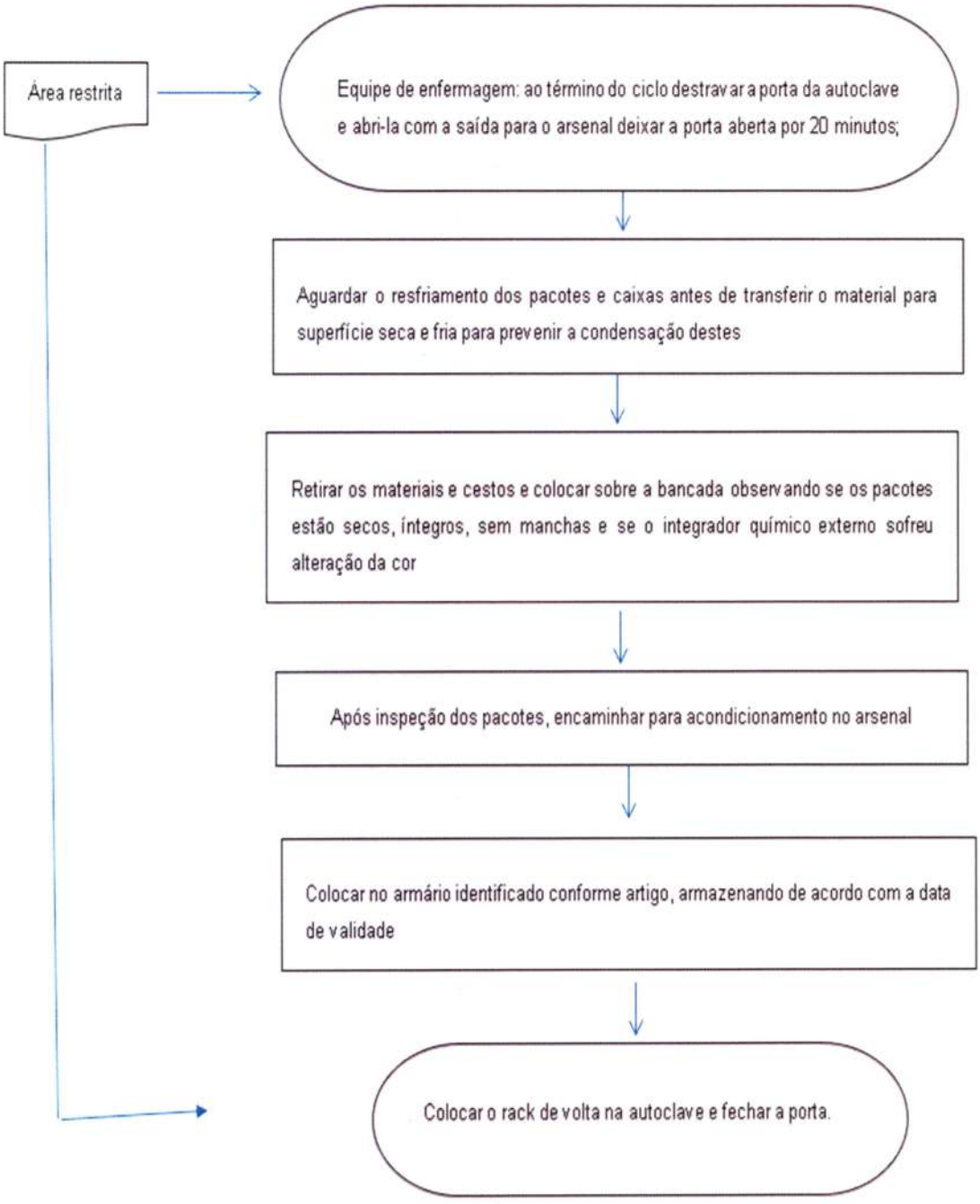


Figura 73 - Fluxograma de Recebimento de Material na Área de Arsenal

FLUXO UNIDIRECIONAL DE ROUPAS

Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis não dispõe de uma lavanderia, pois, sendo uma unidade ambulatorial, não realiza procedimentos de grande porte. Para os procedimentos de menor complexidade, são utilizados capotes e campos descartáveis, conforme as diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 15/2012, que abordam a gestão de resíduos e a segurança em serviços de saúde. Essas normativas garantem que as práticas adotadas estejam em conformidade com os padrões de higiene e segurança exigidos na assistência à saúde.

O Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE), atenderá as normas vigente da RDC Nº 222 de 28 de março de 2018 e implantará o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde (PGRSSS), o qual será acompanhado pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde, através de reuniões mensais.

CLASSIFICAÇÃO DE RESÍDUOS

GRUPO A

Apresentar risco de infecção resíduos com a possível presença de agentes biológicos que por suas características, podem apresentar risco de infecção.

GRUPO B

Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente.

GRUPO C

Resíduos contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratório de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia. Esses resíduos não são gerados pela grande maioria dos estabelecimentos de assistência odontológica no Brasil.

GRUPO D

Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares ou comuns.

GRUPO E

Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como agulhas e lâminas de bisturi, contaminados ou não.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1.1.3 Implantação de Processos.

1.1.3.1 Proposta de protocolos assistenciais.

PROPOSTA DE MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

O Manual de Protocolos Assistenciais será uma referência fundamental para assegurar a qualidade na assistência, promover a humanização no atendimento, garantir uma ambiência apropriada e fortalecer o pertencimento dos usuários no serviço de saúde.

MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAS

O manual apresenta instruções, orientações e normas detalhadas sobre a realização de tarefas, a aplicação de procedimentos e o funcionamento de sistemas, processos ou equipamentos. Elaborado de maneira sistemática e organizada, ele funciona como um guia de consulta, permitindo que os usuários sigam etapas e diretrizes específicas para atingir seus objetivos.

A elaboração de um manual tem como finalidades:

✓ Garantir Consistência e Padrão para garantir que todos os envolvidos sigam as mesmas orientações, mantendo a uniformidade na elaboração de protocolos assistenciais.

✓ Facilitar o acesso à informação ao proporcionar aos usuários uma fonte de consulta rápida e confiável para resolver dúvidas ou obter orientações sobre as recomendações para construção de protocolos assistenciais.

✓ Melhorar o desempenho e a eficiência Operacional pois com a descrição clara de métodos e regras, pretende-se otimizar o desempenho dos profissionais e a eficiência na definição e elaboração de protocolos, minimizando desperdícios de tempo e recursos.

✓ Promover a educação, uma vez que o manual pode ser usado como uma ferramenta contínua de aprendizagem, auxiliando no desenvolvimento das habilidades dos profissionais e na atualização dos conhecimentos.

✓ Reduzir erros, minimizar falhas, retrabalhos e riscos ao detalhar etapas que precisam ser seguidas, principalmente na elaboração de protocolos assistenciais.

Os protocolos são uma ferramenta de padronização de condutas com objetivo de otimizar a qualidade assistencial. Devem fornecer elementos de apoio à decisão e ao manejo clínico, além de orientar a organização do processo de trabalho, estabelecendo fluxos integrados e medidas de suporte, definindo responsabilidades dos profissionais.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Os protocolos serão fundamentados em diretrizes do Ministério da Saúde e de órgãos internacionais conceituados pela ciência afim de resultar em melhoria da qualidade do atendimento, eficiência e efetividade clínica.

Os protocolos assistenciais da Policlínica Estadual de Quirinópolis serão elaborados com base das especialidades que são atendidas na Unidade. Estes documentos norteadores serão descritos em modelos de documentos específicos, disponibilizados por meio do Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ, pautados em metodologia de processos e no perfil de assistência prestada ao paciente.

Para construir os protocolos assistenciais será necessário incluir no mínimo tópicos como objetivo, aplicação, responsabilidades, descrição detalhada das atividades, indicadores e referências bibliográficas para garantir que o documento seja claro e aplicável. As orientações são:

✓ Deve ser escrito de forma clara e objetiva, evitando termos técnicos complexos ou ambíguos. Todos os profissionais que irão utilizá-lo precisam entender as instruções de maneira fácil.

✓ O documento deve ser organizado em seções bem definidas, com uma sequência lógica de informações.

✓ Todo conteúdo deve ser fundamentado em evidências científicas e atualizado com as melhores práticas e diretrizes clínicas vigentes.

✓ O protocolo deve passar pela validação de gestores da área antes de ser implantado. Assegure-se de que o conteúdo está em conformidade com as normas da instituição e da legislação vigente.

✓ Será definida uma periodicidade para revisão e atualização do protocolo, garantindo que ele acompanhe as inovações científicas e as mudanças nas diretrizes institucionais.

✓ Deve fornecer orientações detalhadas sobre como os procedimentos devem ser implementados no dia a dia, garantindo sua aplicabilidade prática.

✓ Todo o conteúdo deve ser respaldado por referências confiáveis, como livros, artigos científicos, diretrizes de sociedades médicas e órgãos reguladores.

Segue modelo de protocolo assistencial:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO				
TEMA				
SETOR: XXXX				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

2. APLICAÇÃO

3. DEFINIÇÕES

4. RESPONSABILIDADE

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

8. EPI

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

10. REGISTROS

11. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

13. CONSIDERAÇÕES GERAIS

14. ANEXO

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

Figura 149 - Modelo de protocolo assistencial

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO DE ANESTESIA PARA PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS

1. OBJETIVO Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de doenças do trato digestivo.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Endoscopia Digestiva Alta:

A endoscopia digestiva alta (EDA) é um exame realizado pelo médico endoscopista, treinado para introduzir um aparelho denominado endoscópio pela boca até o estômago e primeira porção duodenal, a fim de obter imagens diagnósticas do trato gastrointestinal alto.

Colonoscopia/Endoscopia Digestiva Baixa:

A colonoscopia é um procedimento endoscópico capaz de gerar imagens da mucosa intestinal, desde o ânus até a porção distal do íleo (válvula ileocecal).

Atualmente é considerada padrão-ouro para diagnóstico de carcinoma de cólon, sendo indicada rotineiramente para pacientes acima de 50 anos de idade, independentemente de história familiar.

Esse procedimento deve ser feito em ambiente fechado, mas na maioria das vezes é ambulatorial, ou seja, o paciente está apto para retornar a seu domicílio no mesmo dia. É necessária a realização prévia de um preparo rigoroso do cólon e sedação mais profunda sempre realizada por um profissional anestesista.

INDICAÇÕES

- Disfagia ou odinofagia;
- Emagrecimento;
- Anorexia;
- Hematêmese ou melena;
- Vômitos recorrentes;
- Rouquidão;
- Dor abdominal intratável e recorrente;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Massas abdominais;
- Febre de origem obscura;
- Icterícia;
- História familiar de câncer do trato gastrointestinal;
- Linfadenopatia;
- Endometriose;
- Doenças inflamatórias;
- Doenças autoimunes;
- Pré-operatório de cirurgias gástricas;
- Pré-operatório de gastroplastia redutora.

CONTRAINDICAÇÕES

- Ausência de consentimento ou colaboração do doente;
- Ausência de acompanhante para a alta hospitalar;
- Quebra de jejum;
- Não realização de preparo adequado;
- Alterações graves de coagulação;
- Condições clínicas descompensadas do paciente (cardíacas e respiratórias);
- Suspeita de perfuração intestinal;
- Quadro agudo de diverticulite;
- Megacólon tóxico;
- Esplenomegalia.

PREPARO DO PACIENTE

Endoscopia Digestiva Alta:

- Paciente deve estar em jejum absoluto, inclusive de água, pelo período de 8 horas, se o exame for realizado pela manhã;
- Em caso de exames realizados no período da tarde, jejuns de 6 horas são aceitáveis;
- Evitar café e bebidas alcoólicas no dia anterior;
- As medicações de rotina não devem ser suspensas e devem ser administradas com pouca água;
- Comparecer sempre acompanhado de algum responsável. Alta somente com acompanhante;
- Pacientes diabéticos devem realizar o exame pela manhã;
- Suspender hipoglicemiante oral passando para insulina regular, conforme esquema de insulina.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Colonoscopia/Endoscopia Digestiva Baixa:

- O mais importante, além do jejum, é o preparo para limpeza do cólon que deve ser feito com estrito rigor, seguindo todas as orientações do profissional.
- Para o sucesso do exame, a mucosa intestinal deve estar completamente limpa;
- O preparo do cólon começa alguns dias antes com adequação da dieta e uso de agentes laxativos;
- No dia do procedimento ou na noite anterior, deve-se administrar Manitol via oral (misturado a suco de laranja coado ou limão), até que o conteúdo intestinal esteja límpido como água ou da cor de urina bem clara sem resíduos;
- Como esse preparo leva os pacientes a ingerirem grande quantidade de líquidos no dia do procedimento, o tempo de jejum deve ser avaliado de maneira rigorosa;
- Um jejum de 4 horas a partir do último Manitol é seguro para a realização da sedação;
- Atentar para vômitos durante o preparo, pois vários pacientes não toleram o Manitol;
- Os medicamentos de rotina não necessitam ser suspensos, apenas anticoagulantes, caso o custo-benefício seja eficaz e se for ser realizada alguma biópsia.

COMPLICAÇÕES

- Regurgitação e vômitos;
- Broncoaspiração;
- Distensão abdominal;
- Reações alérgicas;
- Cólica;
- Hemorragia;
- Laceração ou perfuração do tubo digestivo;
- Infecções.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de complicação.
- Taxa de sedação adequada.
- Taxa de exames inconclusivos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Mishra LD, Bharati S. Monitored anaesthesia care for colonoscopies. Acta Anaesthesiol Scand. 2007; 51(3):382.

Wernil KJ, Inadomi JM. Anesthesia for colonoscopy: too much of a good thing? JAMA Intern Med. 2013; 173(7):556-558.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Servin F. Anestesia para endoscopia digestiva. EMC - Anestesia-Reanimación. 2014; 40(Issue 3):1-7.

Carazo DT, Carazo F, Pérez CJ, et al. Anestesia para colonoscopia: anestesia inhalatoria con sevoflurano frente a anestesia intravenosa con propofol. Sanid Mil Madrid. 2012; 68(1).

Nunes JF, Araújo MM, Araújo F de P, et al. Colonoscopy sedation: clinical trial comparing propofol and fentanyl with or without midazolam.BJA. 2016; 66(Issue 3):231-236.

Luginbuhl M, Vuilleumier P, Schumacher P, et al. Anesthesia or sedation for gastroenterologic endoscopies Curr Opin Anaesthesiol. 2009; 22(4):524-531.

Gotoda T, Akamatsu T, Abe S, et al. Guidelines for sedation in gastroenterological endoscopy (second edition). Dig Endosc. 2021; 33(1):21-53.

Trummel JM, Chandrasekhara V, Kochman ML. Anesthesia for Colonoscopy and Lower Endoscopic Procedures. Anesthesiol Clin. 2017; 35(4):679-686.

Sharp CD, Tayler E, Ginsberg GG. Anesthesia for Routine and Advanced Upper Gastrointestinal Endoscopic Procedures. Anesthesiol Clin. 2017; 35(4):669-677.

Pardo E, Camus M, Verdonk F. Anesthesia for digestive tract endoscopy. Curr Opin Anaesthesiol. 2022; 35(4):528-535.

Bhutiani N, Bruenderman E, Davidyuk V, et al. Is More Anesthesia Care Better in Endoscopy? Comparing the Safety and Cost of Conscious Sedation and Anesthesia Provider-Based Care. J Gastrointest Surg. 2022; 26(2):483-485.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE BRADICARDIAS

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo das bradicardias.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Distúrbios do ritmo cardíaco caracterizados por frequência cardíaca menor que 60 bpm. Em geral, o surgimento de ritmos bradicárdicos indicam doença do nó sinusal, com consequente bradicardia sinusal, bloqueio da condução atrioventricular ou ritmo determinado por outras regiões não sinusais (ritmo atrial, juncional ou ventricular).

QUADRO CLÍNICO

Há três apresentações distintas possíveis para as bradiarritmias:

- **Bradicardia como causa dos sintomas**: Síncope, tontura, dor torácica, dispneia, confusão mental, atividades motoras espontâneas e morte súbita são manifestações possíveis;
- **Bradicardia secundária à doença de base:** Sintomas da bradiarritmia se superpõem aos da doença de base, como por exemplo, infarto agudo do miocárdio (IAM);
- **Bradicardia assintomática (sintomas do paciente atribuem-se a outro fator não relacionado):** Paciente procura atendimento médico com uma queixa inespecífica e, durante avaliação, é diagnosticado com bradicardia sem sintomas atribuíveis à mesma.

DIAGNÓSTICO

A partir da suspeita clínica, o primeiro exame a ser solicitado é o eletrocardiograma, que confirmará se há bradicardia e caracterizará o tipo de arritmia presente. A partir da anamnese do paciente, pode-se solicitar outros exames para complementação diagnóstica.

Exames laboratoriais: Na suspeita de causas infecciosas e/ou metabólicas:

- Hemograma completo;
- Glicemia;
- Hepatograma;
- Eletrólitos;
- Função renal;
- Sorologia para doença de Lyme, Chagas (ou outra que seja suspeita);
- TSH.

Marcadores de necrose miocárdica: Na suspeita de doença isquêmica do coração, solicitar Troponina.

Caso suspeito de intoxicação: Solicitar:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Perfil toxicológico para drogas, como opioides, lítio etc. (de acordo com a suspeita);
- Dosagem de digoxinemia.

Se insuficiência respiratória: Gasometria arterial.

- Holter 24 horas se sintomas suspeitos de bradicardia, com o intuito de correlacionar os sintomas com a arritmia.
- Teste ergométrico para pacientes com suspeita de isquemia miocárdica, de bradicardia após o exercício ou de insuficiência cronotrópica.

Exames de imagem: Após a documentação de bradicardia, exames de imagem estão indicados com o intuito de diagnosticar alguma doença estrutural, avaliar a fração de ejeção e a função ventricular e diagnosticar potenciais doenças causadoras de distúrbio de condução. O modelo de imagem multimodal (ECO, RM, TC, PET) deve ser indicado para a situação em que haja doença do tecido miocárdico em determinadas patologias específicas, podendo, inclusive, indicar implante de marca-passo definitivo, especialmente em pacientes abaixo dos 60 anos de idade.

Polissonografia: O screening de síndrome apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) é recomendada em pacientes suspeitos.

TRATAMENTO

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Drogas vasoativas:

- **Atropina (0,25 mg/mL)** 1 mg EV a cada 3-5 minutos (dose máxima: 3 mg). Infundir rápido, sem diluição:
- Para uso endotraqueal, diluir Atropina (0,25 mg/mL) 1 mg + SF 0,9% 6 mL (concentração: 0,1 mg/mL);
- **Dopamina (50 mg/10 mL)** 50 mL + SG 5% 200 mL EV (concentração: 1.000 microgramas/mL). Administrar 2-20 microgramas/kg/minuto em bomba infusora;
- **Epinefrina/Adrenalina (1 mg/mL).** Administrar 2-10 microgramas/minuto em bomba infusora: Escolha uma das opções:
- 20 mL + SG 5% 80 mL EV (concentração: 200 microgramas/mL);
- 1 mL + 250 mL de SG 5% ou SF 0,9% (concentração: 4 microgramas/mL - evitar em pacientes que não suportam grandes volumes).

Antídotos específicos: Escolha uma das opções, conforme causa da intoxicação:

- **Intoxicação Digitálica: Anticorpo Fab (40 g/ampola) EV:**

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- **Gluconato de cálcio :** Dose inicial 60 mg/kg EV por 5-10 minutos (dose máxima: 3-5 g/dose). Pode ser repetido a cada 10-20 minutos por 3-4 doses adicionais ou iniciar infusão contínua 60-120 mg/kg/hora titulados pela resposta hemodinâmica;
- **Glucagon :** Dose inicial 3-10 mg EV em bólus; repetir se ausência de resposta clínica. Se resposta clínica, iniciar infusão contínua 3-5 mg/hora titulados pela resposta hemodinâmica.

Indicações de Marca-passo

Indicações de implante de marca-passo em casos de bradicardia e distúrbios de condução e manejo dos dispositivos, acessar Marca-passo provisório e Marca-passo cardíaco.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de adesão ao tratamento.
- Taxa de diagnóstico precoce.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kusumoto FM, Schoenfeld MH, Barrett C, et al. 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients With Bradycardia and Cardiac Conduction

Delay: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, and the Heart Rhythm Society. J Am Coll Cardiol. 2019; 74(7):932-987. Erratum in: J Am Coll Cardiol. 2019; 74(7):1014-1016.

Glikson M, Nielsen JC, Kronborg MB, et al. Corrigendum to: 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: Developed by the Task Force on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC): With the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA). Europace. 2022; 24(4):699. Erratum for: Europace. 2022; 24(1):71-164.

Berg KM, Soar J, Andersen LW, et al. Adult Advanced Life Support: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2020; 142(16_suppl_1):S92-S139.

Pavone C, Pelargonio G. Reversible Causes of Atrioventricular Block. Cardiol Clin. 2023; 41(3):411-418.

7. APROVAÇÃO

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE CARDIOPATIA CHAGASICA

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo da cardiopatia chagásica.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A cardiomiopatia chagásica (CMC) é um espectro da doença de Chagas (DC) causada pelo protozoário Trypanosoma cruzi que se manifesta como cardiomiopatia dilatada, insuficiência cardíaca, arritmias e morte súbita.

Fase aguda: A lesão miocárdica dá-se por lise direta das células infectadas, quando os parasitas intracelulares são abundantes, e a miocardite costuma ser difusa e intensa.

Fase crônica: A persistência parasitária no miocárdio permite um processo inflamatório focal, de baixa intensidade, porém incessante, que, associado à suscetibilidade genética e aos danos mitocondriais, acarreta a agressão tecidual. Como resultado, temos necrose e fibrose reativa e reparativa diretamente estimulada pelo T. cruzi e por reação imunológica à persistência parasitária.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

QUADRO CLÍNICO

- **Insuficiência cardíaca:** Geralmente biventricular, manifestando-se como dispneia aos esforços, fadiga, dor precordial, edema de membros inferiores, ascite, hepatomegalia, turgência jugular. Em geral, os sintomas de insuficiência ventricular direita são mais pronunciados do que os da esquerda;
- **Fenômenos embólicos:** Trombos formados nos ventrículos dilatados podem migrar para as artérias cerebrais (VE) e para o pulmão (VD), causando tanto um acidente vascular isquêmico quanto um tromboembolismo pulmonar; além disso, a ocorrência de fibrilação atrial também propicia formação de trombos e embolização arterial;
- **Arritmias:** São causas de sintomas, como fraqueza, dispneia, dor torácica, palpitação, tontura, síncope e morte súbita. Qualquer arritmia pode ocorrer nesses pacientes, desde doença do sistema de condução com bradicardias, FA/Flutter atrial, bloqueios a TV/FV. Grande parte desses pacientes falece de morte súbita, e os mecanismos envolvidos na gênese das arritmias são fibrose e denervação simpática do coração;
- **Dor precordial:** Esses pacientes podem apresentar dor precordial mesmo na ausência de insuficiência cardíaca. Em geral, a dor é atípica, mas pode se apresentar como angina clássica. Os principais mecanismos fisiopatológicos envolvidos podem estar relacionados à doença microvascular ou da regulação

da vasoconstricção/vasodilatação. Ademais, esses pacientes não estão isentos de doença aterosclerótica.

DIAGNÓSTICO

- **Radiografia de tórax:** O principal achado da radiografia de tórax é a cardiomegalia, que pode ou não vir acompanhada de congestão pulmonar. Pacientes dispneicos com cardiomegalia sem congestão podem ter predominância de doença ventricular direita. Derrames pericárdico e pleural podem estar presentes.
- **Eletrocardiograma (ECG):**

Alterações definidoras de CMC: Bradicardia sinusal ≤ 40 bpm, extrassístole ventricular polimórfica, BRD, alteração primária da repolarização ventricular, BAV de 2º e 3º graus, BRE, área elétrica inativa, disfunção do nó sinusal, TVNS, FA/Flutter atrial, FV;

Alterações NÃO definidoras de CMC (inespecíficas): Bradicardia sinusal > 40 bpm, extrassístole ventricular isolada, BRD incompleto, alteração secundária da repolarização ventricular, BAV de 1º grau, BRE incompleto, desvio do eixo QRS para esquerda, arritmia sinusal (não respiratória), taquicardia sinusal, BDAS, QRS de baixa voltagem, marca-passo migratório.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- **Diagnóstico sorológico:** O diagnóstico é confirmado principalmente por sorologia (ELISA ou imunofluorescência) IgG positiva para o parasita. Nenhum dos dois exames tem especificidade ou sensibilidade para o diagnóstico, sendo que os dois métodos sorológicos em conjunto trazem maior acurácia. Caso sejam discordantes, o diagnóstico é inconclusivo e o exame deve ser repetido. Para mais informações, acesse Doença de Chagas.
- **Ecocardiograma:** Exame de imagem inicial, é capaz de evidenciar disfunção sistólica do VD e VE, além de aneurisma apical do VE e aumento das câmaras cardíacas. Pode haver déficit segmentar por fibrose muscular causada pela doença, mas a hipocinesia difusa predomina nas fases mais avançadas. Com a dilatação ventricular (e atrial), pode ocorrer insuficiência mitral e/ou tricúspide secundárias.
- **Ressonância magnética (RM) do coração:** Quando estiver disponível e não houver contraindicação, a RM cardíaca fornece informações estruturais mais fidedignas e identificação de trombos, além de poder avaliar perfusão e fibrose miocárdica.
- **Holter de 24 horas:** Exame muito importante para investigar arritmias, auxiliar na classificação prognóstica e avaliar a eficácia terapêutica de arritmias.
- **Teste ergométrico/ergoespirométrico:** Indicado para avaliação funcional, estratificação de risco e auxílio na indicação de transplante cardíaco. Em caso de dor precordial, palpitações, síncope relacionadas ou não aos esforços.
- **Demais exames:** Os testes funcionais isquêmicos e a coronariografia devem ser solicitados para diagnóstico diferencial com doença arterial coronariana. A biópsia endomiocárdica é raramente necessária e, na maioria dos casos, inconclusiva, com achados inespecíficos. O estudo eletrofisiológico (EEF) é

indicado em caso de investigação de bradi ou taquiarritmias inconclusivas por exames não invasivos ou quando houver indicação de ablação de arritmias (FA/Flutter atrial ou TV monomórfica).

TRATAMENTO

Tratamento Farmacológico

Fase aguda

✓ **Antiparasitário:** Uso por 60-90 dias:

- **Benznidazol (50-100 mg/comprimido)** 5 mg/kg/dia VO, divididos em 2-3 tomadas (12/12 ou 8/8 horas) nas refeições, por 60-90 dias. Dose máxima 300 mg/dia.

Fase crônica

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

✓ **Terapia antitrombótica:** FA e CHADSVASC ≥ 2 (mulher) e ≥ 1 (homem), Trombo mural, AVE isquêmico prévio. Escolha uma das opções:

- **Varfarina (5 mg/comprimido)** iniciar com 1 comprimido VO de 24/24 horas e ajustar a dose conforme RNI, a fim de manter entre 2-3. Em pacientes com alto risco trombótico;
- **Rivaroxabana 20 mg** 24/24 horas após o jantar (15 mg 24/24 horas se ClCr 15-50 mL/min; contraindicado se ClCr < 15 mL/min);
- **Apixabana 5 mg** 12/12 horas (2,5 mg 12/12 horas se 2 ou mais das características: idade ≥ 80 anos, peso ≤ 60 kg ou creatinina sérica ≥ 1,5 mg/dL; contraindicado, se creatinina sérica >2,5 mg/dL ou ClCr < 25 mL/min);
- **Dabigatrana 150 mg** 12/12 horas (75 mg 12/12 horas se ClCr 15-30 mL/min; contraindicado, se ClCr < 15 mL/min);
- **Edoxabana 60 mg** 24/24 horas (30 mg 24/24 horas se ClCr 15-50 mL/min; contrindicado, se ClCr < 15 mL/min).

✓ **Profilaxia de morte súbita e tratamento de taquiarritmias:**

- **Amiodarona (200 mg/comprimido)** 200 mg VO de 24/24 horas, até 8/8 horas;

✓ **Betabloqueadores**: Escolha uma das opções:

- **Atenolol 25-100 mg** VO de 12/12 horas;
- **Propranolol 10-80 mg** VO 12/12 ou 8/8 horas;
- **Carvedilol 3,125-25 mg** VO de 12/12 horas;
- **Bisoprolol 2,5-10 mg** VO de 24/24 horas;
- **Metoprolol 25-100 mg** VO de 24/24 horas.

Tratamento Não Farmacológico

- Implante de CDI para prevenção de morte súbita. Acesse Cardiomiopatia Chagásica.
- Implante de marca-passo para bradicardias sintomáticas de acordo com a diretriz específica.
- Terapia de ressincronização para pacientes com IC sintomática e indicação da mesma.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de adesão ao tratamento;
- Taxa de tratamento antiparasitário.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Marin-Neto JA, Rassi Jr. A, Oliveira GMM, et al. Guideline of the Brazilian Society of Cardiology

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

on Diagnosis and Treatment of Patients with Chagas Disease Cardiomyopathy. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2022.

Cardoso CS, Ribeiro ALP, Oliveira CDL, et al. Beneficial effects of benznidazole in Chagas disease: NIH SaMi-Trop cohort study. PLoS Negl Trop Dis. 2018; 12(11):e0006814.

Bocchi EA, Fiorelli A. The paradox of survival results after heart transplantation for cardiomyopathy caused by Trypanosoma cruzi. First Guidelines Group for Heart Transplantation of the Brazilian Society of Cardiology. Ann Thorac Surg. 2001; 71(6):1833-8.

Bocchi EA, Fiorelli A, First Guideline Group for heart transplantation of the Brazilian Society of Cardiology. The Brazilian experience with heart transplantation: a multicenter report. J Heart Lung Transplant. 2001; 20(6):637-45.

Fragata-Filho AA, França FF, Fragata CS, et al. Evaluation of parasiticide treatment with benznidazol in the electrocardiographic, clinical, and serological evolution of Chagas disease. PLoS Negl Trop Dis. 2016; 10(3):e0004508.

Marin-Neto JA, Rassi A Jr, Morillo CA, et al. Rationale and design of a randomized placebo-controlled trial assessing the effects of etiologic treatment in Chagas' cardiomyopathy: the BENznidazole evaluation For Interrupting Trypanosomiasis (BENEFIT). Am Heart J. 2008; 156(1):37-43.

Morillo CA, Marin-Neto JA, Avezum A, et al. Randomized trial of benznidazole for chronic Chagas' cardiomyopathy. N Engl J Med. 2015; 373(14):1295-306.

Nunes MCP, Beaton A, Acquatella H, et al. Chagas cardiomyopathy: an update of current clinical knowledge and management: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2018; 138(12):e169-209.

Rassi FM, Minohara L, Rassi A Jr., et al. Systematic review and meta-analysis of clinical outcome after implantable cardioverter-defibrillator therapy in patients with Chagas heart disease. JACC Clin Electrophysiol. 2019; 5(10):1213-23.

Rassi A Jr, Rassi A, Marin-Neto JA. Chagas disease. Lancet. 2010; 375(9723):1388-402.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE DOENÇA CORONÁRIANA CRÔNICA

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo da doença coronariana crônica.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A doença coronariana crônica (DCC) é uma condição cardíaca caracterizada pela presença de aterosclerose nas artérias coronárias, que supply o coração com sangue oxigenado. Essa condição resulta em um estreitamento ou bloqueio dessas artérias, levando à redução do fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Dor torácica;
- Dispnéia;
- Fadiga.

Classificação da angina:

- **Dor tipo A**: Classificamos como angina definitiva, aquela que apresenta dor típica com as 3 características presentes: 1) Relação com esforço, 2) Irradiação e 3) Sintomas associados (dispneia ou adrenérgicos);
- **Dor tipo B**: Dor provavelmente anginosa, aquela que ocorre somente com duas características típicas presentes;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- **Dor tipo C**: Dor provavelmente não anginosa é uma dor atípica com características típicas, porém que não se pode afirmar com certeza ser ou não doença coronariana;
- **Dor tipo D**: A dor torácica não anginosa é aquela com nenhum das características acima.

Graduação da angina:

Como forma de graduar a gravidade da angina, e assim guiar a abordagem diagnóstica e terapêutica, utiliza-se a classificação da Canadian Cardiovascular Society (CCS);

- **Classe I:** Angina aos esforços extenuantes;
- **Classe II:** Angina aos esforços extra-habituais, como subir 1 andar de escadas ou andar rapidamente no plano;
- **Classe III**: Angina aos esforços habituais ou mínimos como tomar banho, vestir-se etc.;
- **Classe IV**: Angina em repouso.

DIAGNÓSTICO

Exame Físico

- Sinais vitais (PA, FC, saturação de oxigênio).
- Ausculta cardíaca e pulmonar.

Durante a avaliação inicial de um paciente com suspeita de DAC estável, os exames recomendados para todos os pacientes são:

- Exames laboratoriais;
- Eletrocardiograma de repouso;
- Radiografia de tórax;
- Ecocardiograma de repouso;

TRATAMENTO

Tratamento farmacológico – Terapia Antiplaquetária:

Monoterapia: Escolha uma das opções:

- Ácido acetilsalicí-lico 100 mg VO de 24/24 horas, uso contínuo;
- Clopidogrel 75 mg VO de 24/24 horas, uso contínuo em pacientes com intolerância ao Ácido acetilsalicí-lico;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

✓ Estatina (uso contínuo): Escolha uma das opções:

- Atorvastatina 10-80 mg VO de 24/24 horas;
- Pravastatina 10-40 mg VO de 24/24 horas, à noite;
- Sinvastatina 10-80 mg VO de 24/24 horas, à noite;
- Rosuvastatina 10-40 mg VO de 24/24 horas.

✓ Outros hipolipemiantes: Escolha uma das opções ou associe-as conforme descrito em "Orientações ao Prescritor":

- Ezetimiba 10 mg VO de 24/24 horas, à noite, uso contínuo;
- Evolocumabe 140 mg SC de 2/2 semanas ou 420 mg SC 1x/mês, uso contínuo;
- Alirocumabe 75 mg SC 1x a cada 2 semanas. Se a resposta for inadequada, a dose pode ser aumentada para o máximo de 150 mg SC 1x vez a cada 2 semanas ou 300 mg SC 1x a cada 4 semanas;
- Inclisiran 284 mg SC no início do tratamento, novamente após 3 meses e depois a cada 6 meses.

✓ Betabloqueadores: Terapia anti-isquêmica (uso contínuo): Escolha uma das opções:

- Carvedilol 3,125 mg VO de 12/12 horas. Progredir dose até o máximo tolerado (dose habitual: 50-100 mg/dia);
- Bisoprolol 1,25 mg VO de 24/24 horas. Progredir dose até o máximo tolerado (dose habitual: 10 mg/dia);
- Metoprolol 50-100 mg VO de 12/12 horas;
- Atenolol 25-100 mg VO de 24/24 horas;
- Propranolol 10-80 mg VO de 8/8 ou 6/6 horas.
- Pantoprazol 40 mg VO de 24/24 horas, pela manhã em jejum;
- Lansoprazol 30 mg VO de 24/24 horas, pela manhã em jejum;
- Esomeprazol 40 mg VO de 24/24 horas, pela manhã em jejum.

Tratamento Não Farmacológico

- Dieta;
- Atividade física;
- Tabagismo e etilismo;
- Imunizações;

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de adesão ao tratamento.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Yock P, Fitzgerald P, Popp R, et al. Intravascular ultrasound. Sci Am Science Med. 1995; 2:68-72

Fitzgerald PJ, St Goar FG, Connolly AJ, et al. Intravascular ultrasound imaging of coronary arteries. Is three layers the norm? Circulation. 1992; 86(1):154-158.

Pijls NH, De Bruyne B, Peels K, et al. Measurement of fractional flow reserve to assess the functional severity of coronary-artery stenoses. N Engl J Med. 1996; 334(26):1703-1708.

Huang D, Swanson EA, Lin CP, et al. Optical coherence tomography. Science. 1991; 254(5035):1178-1181.

Chaitman BR. Ranolazine for the treatment of chronic angina and potential use in other cardiovascular conditions. Circulation. 2006; 113(20):2462-2472

Beyder A, Strege PR, Reyes S, et al. Ranolazine decreases mechanosensitivity of the voltage-gated sodium ion channel Na(v)1.5: a novel mechanism of drug action. Circulation. 2012; 125:(22):2698-2706.

Ford TJ, Corcoran D, Berry C. Stable coronary syndromes: pathophysiology, diagnostic advances and therapeutic need. Heart. 2018; 104:(4):284-292.

Maron DJ, Hochman JS, Reynolds HR, et al. Initial invasive or conservative strategy for stable coronary disease. N Engl J Med. 2020; 382(15):1395-1407.

Spertus JA, Jones PG, Maron DJ, et al. Health-Status Outcomes with Invasive or Conservative Care in Coronary Disease. N Engl J Med. 2020; 382(15):1408-1419.

Ferraro R, Latina JM, Alfaddagh A, et al. Evaluation and Management of Patients With Stable Angina: Beyond the Ischemia Paradigm: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol. 2020; 76(19):2252-2266.

Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J. 2020; 41(3):40 7-477.

Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, et al. 2021 AHA/ ACC/ ASE/ CHEST/ SAEM/ SCCT/ SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2021; 144(22):e368-e454. Erratum in: Circulation. 2021; 144(22):e455.

Lawton JS, Tamis-Holland JE, Bangalore S, et al. 2021 ACC/ AHA/ SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2022;145(3):e18-e114. Erratum in: Circulation. 2022; 145(11):e772.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo da hipertensão arterial sistemica (HAS).

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível definida pelo aumento persistente da pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg (definição brasileira) aferidas com técnica correta em pelo menos duas ocasiões.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Trata-se de uma condição extremamente prevalente e que acomete mais de um bilhão de adultos no mundo todo. No Brasil, em particular, cerca de 30-35% da população são portadores da doença.

QUADRO CLÍNICO

Sintomas:

- **Assintomática:** Muitas pessoas não apresentam sintomas, especialmente em estágios iniciais.
- **Cefaleia:** Dores de cabeça frequentes, especialmente na parte posterior da cabeça.
- **Tontura:** Sensação de vertigem ou desequilíbrio.
- **Fadiga:** Cansaço excessivo.
- **Palpitações:** Sensação de batimentos cardíacos acelerados ou irregulares.
- **Visão turva:** Problemas de visão ocasional.
- **Dificuldade respiratória:** Pode ocorrer em casos mais graves.

Sinais Clínicos:

- **Pressão arterial elevada:** Medida em mmHg, considerando níveis superiores a 140/90 mmHg como hipertensão.

Alterações no exame físico: Como pulsos periféricos assimétricos ou sinais de sobrecarga cardíaca.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de hipertensão arterial deve se pautar em diversas medidas de pressão arterial. Será considerado hipertenso (medida de consultório) o paciente que mantiver pressões ≥ 140 x 90 mmHg em, pelo menos, duas consultas espaçadas em dias ou semanas. Pacientes classificados como hipertensão estágio 3 devem receber o diagnóstico na primeira consulta.

Exames indicados para todos os pacientes:

- Eletrólitos, ureia e creatinina;
- Glicemia de jejum;
- Perfil lipídico;
- Ácido úrico;
- Urinálise (EAS ou urina tipo 1);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Microalbuminúria ou estimativa de proteinúria em amostra (spot urinário);
- Hemograma completo;
- Hormônio tireoidiano (TSH);
- Eletrocardiograma.

Outros exames

- Ecocardiograma;
- Ultrassonografia de carótidas e vertebrais;
- Medida da velocidade da onda de pulso (VOP), quando disponível;

Monitorização Ambulatorial da pressão Arterial (MAPA);

Indicações:

- Diagnóstico de HAS;
- Suspeita de hipertensão do jaleco branco (pacientes com nível tensional aumentado na consulta, sem fatores de risco importantes e sem sinais de lesão de órgão-alvo);
- Suspeita de hipertensão mascarada (normotensos com lesão de órgão-alvo);
- Suspeita de hipertensão resistente ou resposta inadequada ao tratamento medicamentoso;
- Confirmação de pressão arterial normal em hipertensos com medida domiciliar normal;
- Confirmação do diagnóstico de hipertensão em pacientes limítrofes;
- Suspeita de hipertensão episódica (ex.: feocromocitoma);
- Suspeita de disfunção autonômica;
- Avaliação da resposta terapêutica;
- Relato de sintomas de hipotensão em uso de anti-hipertensivos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Hipertensão essencial (primária);
- Hiperaldosteronismo primário;
- Síndrome de Cushing;
- Hipertensão renovascular;
- Uso de drogas e medicamentos: Cocaína, anfetaminas, antidepressivos e outros;
- Doença renal primária (glomerulopatias);
- Doença renal crônica;
- Coarctação da aorta;
- Feocromocitoma;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Hipertireoidismo;
- Eventualmente, hipotireoidismo;
- Acromegalia;
- Doença hipertensiva da gravidez;
- Hiperparatireoidismo;
- Apneia do sono;
- Efeito do jaleco branco.

TRATAMENTO

Tratamento Não Farmacológico:

- Mudança de hábito alimentar;
- Praticar atividade física;
- Baixo consumo de bebida alcoólica;
- Evitar chocolates e produtos do cacau;
- Evitar café e produtos da cafeína;
- Controle de estresse.

Tratamento Farmacológico:

Diuréticos tiazídicos

- Clortalidona (12,5, 25 e 50 mg/comprimido) 12,5-25 mg VO de 24/24 horas;
- Indapamida (1,5 e 2,5 mg/comprimido) 1,5-2,5 mg VO de 24/24 horas;
- Hidroclorotiazida (25 e 50 mg/comprimido) 25-50 mg VO de 24/24 horas.

Bloqueadores de canais de cálcio (BCC)

- Anlodipino (2,5, 5 e 10 mg/comprimido) 2,5-10 mg VO de 24/24 horas;
- Felodipino (2,5, 5 e 10 mg/comprimido) 2,5-10 mg/dia VO de 24/24 horas;
- Manidipino (10 e 20 mg/comprimido) 10-30 mg VO de 24/24 horas;
- Nifedipino oros (30 e 60 mg/comprimido) 30-60 mg VO de 24/24 horas;
- Nifedipino retard (10 e 20 mg/comprimido) 10-60 mg/dia VO de 12/12 ou 8/8 horas;
- Nitrendipino (10 e 20 mg/comprimido) 10-30 mg/dia VO de 24/24 horas;
- Levanlodipino (2,5 e 5 mg/comprimido) 2,5-5 mg VO de 24/24 horas;
- Lercanidipino (10 e 20 mg/comprimido) 10-20 mg VO de 24/24 horas;
- Lacidipino (4 mg /comprimido) 2-6 mg VO de 24/24 horas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA

- Benazepril (5 e 10 mg/comprimido) 10-40 mg VO divididos em 1-2 doses diárias;
- Captopril (12,5, 25 e 50 mg/comprimido) 25-150 mg/dia VO divididos em 3 doses diárias;
- Enalapril (5, 10 e 20 mg/comprimido) 5-40 mg/dia VO divididos em 1-2 doses diárias;
- Fosinopril (10 e 20 mg/comprimido) 10-40 mg VO de 24/24 horas;
- Lisinopril (5, 10 e 20 mg/comprimido) 10-40 mg VO de 24/24 horas;
- Ramipril (2,5, 5 e 10 mg/comprimido) 2,5-20 mg VO divididos em 1-2 doses diárias.

Bloqueadores do receptor de angiotensina II (BRA

- Candesartana (8, 16 e 32 mg/comprimido) 8-32 mg VO de 24/24 horas;
- Losartana (25, 50 e 100 mg/comprimido) 25-100 mg/dia VO divididos em 1-2 doses diárias;
- Olmesartana (20 e 40 mg/comprimido) 20-40 mg VO de 24/24 horas;
- Telmisartana (40 e 80 mg/comprimido) 20-80 mg VO de 24/24 horas;
- Valsartana (80, 160 e 320 mg/comprimido) 80-320 mg VO de 24/24 horas.

Bloqueador do receptor mineralocorticoide

- Espironolactona (25, 50 e 100 mg/comprimido) 25-100 mg/dia VO de 24/24 horas;
- Amilorida (2,5 e 5 mg/comprimido) 2,5-5 mg VO de 24/24 horas.

Segun Escolha uma das classes ou associe-as conforme Orientações ao Prescritor, com, no máximo, um fármaco por classe.

Betabloqueadores

- Atenolol (25, 50 e 100 mg/comprimido) 50-100 mg/dia VO de 12/12 horas;
- Bisoprolol (1,5, 2,5, 5 e 10 mg/comprimido) 5-20 mg/dia VO de 24/24 horas;
- Carvedilol (3,125, 6,25, 12,5, 25 mg/comprimido) 12,5-50 mg/dia VO de 12/12 horas;
- Metoprolol (25, 50 e 100 mg/comprimido) 50-200 mg/dia VO de 24/24 horas;
- Nebivolol (5 mg/comprimido) 2,5-10 mg VO de 24/24 horas;
- Propranolol (10, 40 e 80 mg/comprimido) 80-320 mg/dia VO até de 6/6 horas (dose máxima: 640 mg);
- Propranolol LA (10, 40 e 80 mg/comprimido) 80-320 mg/dia VO de 12/12 horas.

Vasodilatadores diretos

- Hidralazina (25 e 50 mg/comprimido) 50-200 mg/dia VO divididos em 3 tomadas;
- Minoxidil (5 e 10 mg/comprimido) 5-100 mg/dia VO de 24/24 horas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Alfabloqueadores

- Doxazosina (1, 2 e 4 mg/comprimido) 1-16 mg VO de 24/24 horas.

Classe J: Inibidores diretos de renina:

- Alisquireno (150 e 300 mg/comprimido) 150-300 mg VO de 24/24 horas.da linha:

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de adesão ao tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658.

Stergiou GS, Palatini P, Parati G, et al. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. J Hypertens. 2021; 39(7):1293-1302.

Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018; 39(33):3021-3104.

Unger T, Borghi C, Charchar F, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. J Hypertens. 2020; 38(6):982-1004.

Viera AJ, Yano Y, Lin FC, et al. Does this adult patient have hypertension?: The rational clinical examination systematic review. JAMA. 2021; 326(4):339-347.

US Preventive Services Task Force, Krist AH, Davidson KW, et al. Screening for hypertension in adults: US preventive services task force reaffirmation recommendation statement. JAMA. 2021; 325(16):1650-1656.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO DE DOENÇA HEMORROIDÁRIA

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo das doenças hemorroidárias.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Hemorroidas são coxins compostos por tecido conjuntivo, fibras musculares e plexos arteriovenosos. A dilatação de coxins vasculares da submucosa do canal anal, que pode causar sintomas como sangramento, prurido, prolapso e dor anal.

Os coxins vasculares auxiliam na continência fecal ao se ingurgitarem diante de um esforço, contribuindo com o fechamento do canal anal.

As hemorroidas podem ser externas ou internas, dependendo da localização em relação à linha pectínea, sendo frequente a associação dos dois tipos (hemorroidas mistas).

Anatomicamente os principais coxins localizam-se nas regiões lateral esquerda, anterior direita e posterior direita.

CAUSAS

- Deterioração do tecido conjuntivo de suporte dos coxins;
- Hipertonia do esfíncter anal interno, dificultando o retorno venoso;
- Distensão anormal das anastomoses arteriovenosas nos coxins hemorroidários;
- Dilatação atípica do plexo venoso hemorroidário;
- Aumento do suprimento vascular e neovascularização no canal anal.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FATORES DE RISCO

- Idade avançada;
- Gestação;
- Esforço evacuatório;
- Diarreia crônica;
- Passar longos períodos sentado;
- História familiar;
- Disfunções do assoalho pélvico;
- Lesão da medula espinal;
- Tosse crônica.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Sintomas comuns:

- Sangramento anal vermelho vivo, separado das fezes;
- Dor anal (principalmente nos casos de trombose hemorroidária);
- Abaulamento, edema e prolapso na região anal;
- Prurido ou umidade perianal;
- Dificuldade de higiene perianal;
- Queixa de sensação de defecação incompleta (quando há prolapso interno) ou de massa ou "caroço" (quando há prolapso completo/externo).

EXAME FÍSICO

Avaliar:

- Tipo de sangramento (volume, coloração, recorrências): na doença hemorroidária, o sangramento é indolor, vermelho vivo e, muitas vezes, gotejante, observado no vaso ou no papel higiênico;
- Hábitos intestinais: consistência das fezes, facilidade e frequência de evacuação, e tempo gasto nessa ação;
- Necessidade de redução manual do prolapso;
- Continência fecal: pode afetar as decisões terapêuticas;
- Hábitos alimentares;
- História pessoal e familiar de neoplasias e/ou pólipos colônicos;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Sintomas como febre, perda ponderal, tenesmo, diarreia e dor abdominal não são compatíveis com o diagnóstico de doença hemorroidária e requerem investigação complementar.
- Hemorroidas internas;
- Hemorroidas externas;
- Inspeção anal:
- Observar a região perianal afastando os glúteos do paciente. Solicitar que o paciente faça esforço evacuatório para a inspeção dinâmica;
- Identifica casos de trombose hemorroidária externa (nódulo firme, arroxeado, doloroso à palpação);
- Caracterização de hemorroidas externas, plicomas e hemorroidas internas prolapsadas;
- Importante para diagnóstico diferencial - excluir sinais de abscesso perianal (sinais flogísticos, enduramento), fissuras anais e fístulas perianais, condilomas, dermatites, etc.

Toque retal:

- Deve ser sempre realizado para exclusão de massas retais, flutuações (sinal de abscesso) e caracterização do tônus esfincteriano;
- Em geral, não diagnostica as hemorroidas internas, que serão observadas na anuscopia ou na inspeção anal, caso haja prolapso.

Anuscopia:

- Idealmente realizada por coloproctologista em consultório, por meio de aparelho (anuscópio ou retossigmoidoscópio) e fonte de luz;
- É rápida, barata e relativamente indolor. Não requer preparo intestinal;
- Avaliação do canal anal com identificação de hemorroidas internas, fissuras anais, entre outras doenças.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é essencialmente clínico, mediante anamnese e exame físico.

Apesar de a doença hemorroidária ser a causa mais comum de sangramento anal vermelho vivo, outras doenças podem causar esse sintoma, como: Câncer colorretal, doença inflamatória intestinal e outras colites, doença diverticular e angiodisplasias do cólon.

Exames complementares podem auxiliar na melhor classificação do quadro e na exclusão de possíveis diagnósticos diferenciais.

Exames complementares:

- Colonoscopia;
- Exames laboratoriais;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DIAGÓSTICO DIFERENCIAL

- Prolapso total do reto;
- Papilas anais hipertróficas (podem se exteriorizar pela borda anal);
- Condilomas;
- Pólipos anais;
- Plicomas;
- Abscessos anorretais;
- Fissura anal;
- Fístulas anais;
- Doenças inflamatórias intestinais;
- Câncer anal e do cólon;
- Disfunções do assoalho pélvico (proctalgia fugaz, dor anal funcional).

TRATAMENTO

Tratemento Farmacológico

✓ **Fibras alimentares:**

- Plantago ovata (Metamucil®, Fibermais®, Muvinlax®, Plantabem® FiberNorm®) 1-3 sachês/dia, diluídos em 200 mL de água.

✓ **Laxativos:** Constipação intestinal refratária ao uso de fibras. Escolha uma das seguintes opções:

- Osmóticos (Muvinlax®) 1-3 sachês/dia;
- Polietilenoglicol [PEG] 4000 10-30 g/dia, diluídos em água;
- Óleo mineral (100 mL/frasco) 15 mL VO a cada 8 horas;
- Lactulose (667 mg/120 mL) 15 mL VO a cada 8 horas.

✓ **Tratamento tópico**

- Policresuleno + cloridrato de cinchocaína (pomada) aplicar fina camada na região afetada 2-3x/dia até melhora dos sintomas. Também disponível em supositórios;
- Fluocortolona + lidocaína (creme) aplicar fina camada na região afetada 2-3x/dia, por, no máximo, 2 semanas;
- Hidrocortisona (creme) (10 mg/g) aplicar fina camada na região afetada 2-3x/dia, por, no máximo, 2 semanas;
- Lidocaí-na (gel) (20 mg/g) aplicar fina camada na região afetada 2-3x/dia, até melhora dos sintomas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

✓ **Flebotônicos:** Reduzem sintomas da doença hemorroidária. Escolha uma das seguintes opções:

- Diosmina + hesperidina (500 mg/comprimido) tomar 6 comprimidos/dia nos primeiros 4 dias, seguidos de 4 comprimidos/dia por 3 dias, e, em seguida, 2 comprimidos/dia por 3 meses ou por período a definir;
- Diosmina + hesperidina (1 g/comprimido) tomar 3 comprimidos/dia por 4 dias, seguidos de 2 comprimidos/dia por 3 dias, e, em seguida, 1 comprimido/dia por 3 meses ou período a definir.

Tratamento Profiláticos e Sintomáticos

✓ **Analgésico e antitérmico:** Em caso de dor ou febre ≥ 37,8°C. Escolha uma das seguintes opções:

- Dipirona sódica (500 mg/mL) 1-2 g EV até de 4/4 horas (dose máxima: 5 g em 24 horas);
- Dipirona sódica gotas (500 mg/mL) 20-40 gotas VO até de 4/4 horas;
- Dipirona sódica 500-1.000 mg VO até 4/4 horas;
- Paracetamol gotas (200 mg/mL) 35-55 gotas VO até de 6/6 horas;
- Paracetamol 500-750 mg VO até de 6/6 horas.

✓ **Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs):** Se houver sintomas de dor importante. Utilizar por 3-5 dias, podendo associar a analgésico. Escolha uma das seguintes opções:

- Cetoprofeno (100 mg/comprimido) 100 mg VO a cada 12 horas;
- Diclofenaco (50 mg/comprimido) 50 mg VO até de 8/8 horas;
- Etodolaco (400 mg/comprimido) 400 mg VO a cada 12 horas;
- Ibuprofeno (400 mg/comprimido) 400 mg VO até de 8/8 horas.

Tratamento não farmacológico

Banhos de assento: Orientar o paciente a sentar-se em bacia com água morna, permanecendo por 10-15 minutos, 2-3x/dia (podendo realizar mais vezes ao dia):

- Não é necessário utilizar medicamentos nos banhos de assento, visto que o calor úmido é o agente terapêutico;
- Se desejar, o paciente pode utilizar chá de camomila.

Outros Tipos de Tratamento

- Ligadura elástica;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Escleroterapia (risco mínimo de sangramento e infecções);
- Fotocoagulação infravermelha;
- Tratemento Cirúrgico;
- Hemorroidopexia com grampeador circular;
- Desarterialização hemorroidária transanal (THD);

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de tratamento eficaz;
- Taxa de diagnóstico precoce.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lawrence A, McLaren ER. External hemorrhoid. [Internet]. StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. (Accessed on January 31, 2024).

Bladey R, Breen E. Home and office treatment of symptomatic hemorrhoids. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on January 31, 2024).

Bladey R, Breen E. Hemorrhoids: clinical manifestations and diagnosis. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc.(Accessed on January 31, 2024).

Fontem RF, Eyvazzadeh D. Internal Hemorrhoid. [Internet]. StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. (Accessed on January 31, 2024).

Steele SR, Hull TL, Hyman N, et al. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. 4th ed. Berlim: Springer, 2021. 209-29.

Pata F, Sgró A, Ferrara F, et al. Anatomy, physiology and pathophysiology of haemorrhoids. Rev Recent Clin Trials. 2021; 16(1):75-80.

Gallo G, Martellucci J, Sturiale A, et al. Consensus statement of the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR): management and treatment of hemorrhoidal disease. Tech Coloproctol. 2020; 24(2):145-64.

Davis B, Lee-Kong SA, Migaly J, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the management of hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 2018; 61(3):284-92.

Corman M, Nicholls J, Fazio VW, et al. Corman's Colon and Rectal Surgery. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams, 2017. 273-346.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Merchea A, Larson DW. Anus. In: Sabiston TC. Textbook of Surgery: the Biological Basis of Modern Surgical Practice. 20th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2017. 1400-4.

Sun Z, Migaly J. Review of hemorrhoid disease: presentation and management. Clin Colon Rectal Surg. 2016; 29:(1)22-9.

Ganz RA. The Evaluation and treatment of hemorrhoids: a guide for the gastroenterologist. Clin Gastroent Hepatol. 2013; 11(6):593-603.

Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010). Dis Colon Rectum. 2011; 54(9):1059-64.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE PROLAPSO RETAL

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de prolapso retal.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4.DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Prolapso ou procidência retal é uma desordem benigna do assoalho pélvico definida pela extrusão parcial ou total da parede retal pelo ânus. É um distúrbio debilitante, que diminui significativamente a qualidade de vida dos pacientes afetados.

FATORES DE RISCO

- Idade > 40 anos;
- Sexo feminino;
- Parto vaginal e multiparidade;
- Cirurgia pélvica prévia;
- Esforço evacuatório crônico;
- Diarreia crônica;
- Constipação crônica;
- Fibrose cística;
- Demência;
- Acidente vascular encefálico;
- Disfunções e defeitos do assoalho pélvico (ex.: cistocele, retocele, descenso perineal, contração paradoxal do puborretal).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do prolapso retal é eminentemente clínico através da observação da protrusão retal no exame físico;

Exames Complementares:

Indicados para avaliação complementar em pacientes com prolapso não visível no exame físico, ou sintomas sugestivos de distúrbios adicionais do assoalho pélvico.

- **Colonoscopia:** Para descartar outras patologias do cólon.
- **Ressonância Magnética:** Em casos complexos ou para avaliação de tecidos adjacentes.
- **Estudo de Função Intestinal:** Avaliar a motilidade e o funcionamento do reto.

TRATAMENTO

Tratamento Conservador

- Mudanças Dietéticas: Incentivar uma dieta rica em fibras e hidratação adequada para prevenir constipação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Treinamento do Esfíncter Anal: Exercícios para fortalecer a musculatura.

Tratamento Farmacológico

Laxantes:

- Polietilenoglicol (MiraLAX): 17 g por dia, dissolvido em água, para amolecer fezes.
- Docusato sódico**:** 100-200 mg por dia, para amaciar fezes.

Antiinflamatórios (se houver dor ou inflamação):

- Ibuprofeno: 400-600 mg a cada 6-8 horas, conforme necessário.

Suplementos de fibra:

- Psyllium: 1-2 colheres de sopa diariamente, misturado em água.

Tratamento Cirúrgico

- **Retopexia:** Fixação do reto na pelve.
- **Ressecção Retal:** Em casos de prolapso total ou com tecido comprometido.
- **Técnicas Minimais:** Como a laparoscopia, se indicado.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de tratamento eficaz;
- Taxa de diagnóstico precoce.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bordeianou L, Paquette I, Johnson E, et al. Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Rectal Prolapse. Dis Colon Rectum. 2017; 60(11):1121-1131.

Hori T, Yasukawa D, Machimoto T, et al. Surgical options for full-thickness rectal prolapse: current status and institutional choice. Ann Gastroenterol. 2018; 31(12):188-197.

FeltBersma RJ, Tiersma ES, Cuesta MA. Rectal prolapse, rectal intussusception, rectocele, solitary rectal ulcer syndrome, and enterocele. Gastroenterol Clin North Am. 2008; 37(3):645-668.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Tou S, Brown SR, Malik AI, et al. Surgery for complete rectal prolapse in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2008; (4):CD001758.

Stein EA, Stein DE. Rectal procidentia: diagnosis and management. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2006; 16(1):189-201.

Kairaluoma MV, Kellokumpu IH. Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse. Scand J Surg. 2005; 94(3):207-210.

Fan K, Cao AM, Barto W, et al. Perineal stapled prolapse resection for external rectal prolapse: a systematic review and meta-analysis. Colorectal Dis. 2020; 22(12):1850-1861.

Formisano G, Ferraro L, Salaj A, et al. Update on Robotic Rectal Prolapse Treatment. J Pers Med. 2021; 11(8):706.

Neshatian L, Lee A, Trickey AW, et al. Rectal Prolapse: Age-Related Differences in Clinical Presentation and What Bothers Women Most. Dis Colon Rectum. 2021; 64(5):609-616.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE PITIRÍASE VERSICOLOR

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo da pitiríase versicolor.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A pitiríase versicolor (PV), também conhecida como tinea versicolor, é uma infecção fúngica não contagiosa superficial da pele causada por espécies de Malassezia com diversas manifestações clínicas.

A doença ocorre quando a levedura saprófita que faz parte da flora normal da pele forma brotamento e se converte na forma hifal ou micelial patogênica.

QUADRO CLÍNICOS

- Tinea versicolor é caracterizada por máculas/manchas hipopigmentadas ou hiperpigmentadas múltiplas assintomáticas com descamação leve de forma oval ou redondada, afetando comumente áreas da pele ricas em sebo (tronco e membros superiores);

Variantes:

- **Atrófica:** semelhante à anetodermia e comumente associada ao uso de corticoide tópico;
- **Inversa:** lesões axilares, em regiões inguinais, coxas, genitálias e antebraços, ocorrendo principalmente em imunossuprimidos;
- Foliculocêntrica;
- Papular;
- Semelhante à confete ou gutata: quadro simétrico e bilateral.

FATORES DE RISCO

- Predisposição genética;
- Aplicação de cremes e loções oleosas e de corticoides;
- Ambientes quentes e úmidos;
- Hiperidrose;
- Uso de máscara facial;
- Imunodeficiência;
- Gestação;
- Diabetes mellitus;
- Desnutrição;
- Exposição solar;
- Aumento do nível plasmático de cortisol;
- Uso de corticosteroides tópicos ou sistêmicos;
- Síndrome de Cushing idiopática ou iatrogênica;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Uso de contraceptivo oral.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico geralmente é com base em características clínicas.

Em caso de dúvida diagnóstica, a suspeição clínica pode ser confirmada por:

- Exame com lâmpada de Wood;
- Exame micológico direto através da descamação adquirida por raspagem das bordas da lesão e clarificação pelo KOH;
- Biópsia de lesão cutânea;

TRATAMENTO

Tratamento Farmacológico

Antifúngicos

- Cetoconazol (2% xampu). Aplicar no couro cabeludo e nos locais das lesões 1x/dia, por 2-4 semanas, e deixar agir por 5-10 minutos antes de enxaguar;
- Piritionato de zinco (1% xampu). Aplicar no couro cabeludo e nos locais das lesões 1x/dia, por 2-4 semanas, e deixar agir por 5-10 minutos antes de enxaguar;
- Sulfeto de selênio (2,5% xampu). Aplicar no couro cabeludo e nos locais das lesões 1x/dia, por 2-4 semanas, e deixar agir por 5-10 minutos antes de enxaguar. As desvantagens incluem irritação da pele, odor desagradável, manchas de roupas e roupas de cama, e uma alta taxa de recaída.
- Cetoconazol (2% creme). Aplicar nas lesões 2x/dia, por 2-4 semanas;
- Cetoconazol - manipulado (1% espuma). Aplicar nas lesões 1x/dia, por 2 semanas;
- Clotrimazol (1% creme ou solução). Aplicar nas lesões 2x/dia, por 2-4 semanas;
- Itraconazol (100 mg/cp) 200 mg/dia VO 1x/dia, por 5-7 dias. A absorção é potencializado pelos alimentos. Como o itraconazol inibe o sistema enzimático dependente do citocromo P450, o medicamento pode causar interações medicamentosas;
- Fluconazol (50 ou 100 ou 150 mg/cp) 300 mg VO 1x/semana, por 2-4 semanas;
- Apresenta menos interação medicamentosa que o Itraconazol;
- Também existem outras posologias e tempos de tratamento indicados, mas com menos evidência científica.
- Cetoconazol (200 mg/cp) 200 mg/dia VO, por 10 dias;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Desde 2013, a Anvisa não coloca mais o Cetoconazol oral como primeira opção no tratamento das micoses cutâneas, apenas para casos em que outras terapias não forem eficazes, pois o medicamento é hepatotóxico.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de resposta ao tratamento;
- Taxa de recorrência da doença;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Labedz N, Navarrete-Dechent C, Kubisiak-Rzepczyk H, et al. P. Pityriasis Versicolor—A Narrative Review on the Diagnosis and Management. Life. 2023, 13, 2097.

Leung AK, Barankin B, Lam JM, et al. Tinea versicolor: an updated review. Drugs Context. 2022; 11:2022-9-2.

Kaliyadan F, Ashique KT, Jayasree P. Increased incidence of facial pityriasis versicolor in children during the COVID-19 pandemic-A consequence of mask usage? Pediatr Dermatol. 2022; 39(5):834-5.

Saraswat N, Kumar S, Tripathy DM, et al. Pityriasis versicolor with 'deck chair' sign. Indian J Dermatol. 2022; 67(5):627.

Leung AKC, Barankin B, Joseph M Lam JM, et al. Review Tinea versicolor: an updated review. Drugs Context. 2022; 11:2022-9-2

Saunte DML, Gaitanis G, Hay RJ. Malassezia-associated skin diseases, the use of diagnostics and treatment. Front Cell Infect Microbiol. 2020; 10:112.

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Mathur M, Acharya P, Karki A, et al. Dermoscopic pattern of pityriasis versicolor. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2019; 12:303-9.

Hudson A, Sturgeon A, Peiris A. Tinea versicolor. JAMA. 2018; 320(13):1396.

Renati S, Cukras A, Bigby M. Pityriasis versicolor. BMJ. 2015; 350:h1394.

Jubert E, Martín-Santiago A, Bernardino M, et al. Neonatal pityriasis versicolor. Pediatr Infect Dis J. 2015; 34(3):329-30.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Gupta AK, Foley KA. Antifungal treatment for pityriasis versicolor. J Fungi (Basel). 2015; 1(1):13-29.

Bolognia JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, et al. Dermatologia. 3a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

Gupta AK, Lyons DC. Pityriasis versicolor: an update on pharmacological treatment options. Expert Opin Pharmacother. 2014; 15(12):1707-13.

Cullingham K, Hull PR. Atrophying pityriasis versicolor. CMAJ. 2014; 186(10):776.

Lupi O, Belo J, Cunha PR. Rotinas de diagnóstico e tratamento da SBD. 2a ed. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE PSORÍASE

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de psoríase.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Doença inflamatória crônica multissistêmica que pode acometer pele, unhas, articulações e outros órgãos.

QUADRO CLÍNICO

- Doença de evolução crônica, marcada por ciclos de remissão e exacerbação;
- Placas eritematosas e descamativas, podendo haver pontos hemorrágicos após destacamento das escamas, melhor descrito em exame físico;
- Prurido costuma estar presente (80% dos casos) e piora com calor, estresse, sudorese e pele seca;
- Pode acometer qualquer parte da pele, mas também unhas, ênteses e articulações (artrite psoriásica);
- Podem surgir lesões em áreas de maior atrito ou trauma (fenômeno de Koebner);
- Costuma piorar no inverno e melhorar no verão;
- Geralmente permanecem localizadas, podendo generalizar na minoria dos casos;
- Questionar sobre fatores desencadeantes/agravantes (melhor descrito em fatores de risco);
- Importante pesquisar síndrome metabólica e fatores de risco de doença cardiovascular;

Exame físico

- Psoríase eritrodérmica;
- Psoríase pustulosa generalizada;
- Psoríase palmoplantar;
- Psoríase ungueal;

Sobre a artrite psoriásica

- Questionar em todas as consultas sobre dor articular;
- Ocorre em até 1/3 dos pacientes com psoríase;
- Artrite, entesite ou dactilite, bem como envolvimento axial e com sintomas de caráter inflamatório;
- Curso clínico heterogêneo e limitação funcional variável. Pode surgir antes ou concomitante ao quadro cutâneo, sendo que o mais comum (60-85%) é aparecer depois dele;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Marcadores clínicos de maior risco: psoríase moderada a grave com quadro cutâneo extenso, acometimento de região intergútea/perianal, couro cabeludo e distrofia ungueal;
- Recomendada avaliação em conjunto com o reumatologista.

FATORES DE RISCO:

- Obesidade;
- Tabagismo;
- Consumo excessivo de álcool;
- Variações climáticas;
- Estresse psicológico;
- Trauma (fenômeno de Koebner);
- Medicamentos: lítio, interferon, betabloqueadores, antimaláricos, anti-inflamatórios não esteroidais, Tetraciclina, Terbinafina, anti-TNF (efeito paradoxal), corticosteroides (retirada abrupta: principalmente na psoríase eritrodérmica e pustulosa generalizada);
- Infecções como HIV, estreptococos.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico. Biópsia realizada se dúvida diagnóstica.

Exame histopatológico:

- Achados histopatológicos bastante característicos;
- Hiperqueratose, paraqueratose, hipo ou agranulose, acantose regular (hiperplasia psoriasiforme), papilas dérmicas alongadas e com capilares dilatados e tortuosos, infiltrado predominantemente linfocitário na derme papilar;
- Pode haver pústulas espongiformes de Kogoj (neutrófilos na camada espinhosa) ou microabscesso de Munro (neutrófilos na camada córnea).

TRATAMENTO

Tratamento Farmacológico – Tópico

Análogo da vitamina D

- Calcipotriol (50 microgramas/g pomada). Aplicar na lesão 1-2x/dia por, pelo menos, 4-8 semanas;
- Calcipotriol + betametasona (50 microgramas + 0,5 mg/g gel ou pomada). Aplicar na lesão 1x/dia por, pelo menos, 4-8 semanas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Corticoide

- Propionato de clobetasol (0,05% creme ou pomada ou gel ou solução). Aplicar na lesão 1x/dia por 2-4 semanas ou de forma intermitente;
- Dipropionato de betametasona (0,05 mg/g creme ou pomada ou loção). Aplicar na lesão 1x/dia por 2-4 semanas ou de forma intermitente;

Tratemento Farmacológico – Sistêmico

Medicamentos sistêmicos convencionais

- Metotrexato (2,5 mg/comprimido ou 50 mg/2 mL) 0,3-0,5 mg/kg VO ou SC ou IM 1x/semana dividido em 1-3 tomadas por pelo menos 3 meses ou até melhora clínica.
- Acitretina (10 ou 25 mg/comprimido) 0,25-1 mg/kg/dia VO de 24/24 horas, após refeição gordurosa:
- Ciclosporina (25 ou 50 ou 100 mg/comprimido) 3-5 mg/kg/dia VO 1-2x/dia por idealmente 8-16 semanas ou máximo de 8-12 meses.

Imunobiológicos anti-IL 23

- Guselcumabe (100 mg/mL) 100 mg SC na semana 0 e 4 e após de 8/8 semanas:
- Risanquizumabe (75 mg/0,83 mL) 150 mg SC na semana 0 e 4 e após de 12/12 semanas:

Tratamento não farmacológico

- Fototerapia;
- Hidratação;
- Mudança no estilo de vida.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de resposta ao tratamento.
- Adesão ao tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Megna M, Camela E, Ruggiero A, et al. Use of Biological Therapies for the Management of Pustular Psoriasis: A New Era? Clin Cosmet Investig Dermatol. 2023; 16:1677-1690.

van de Kerkhof PC. From Empirical to Pathogenesis-Based Treatments for Psoriasis. J Invest Dermatol. 2022; 142(7):1778-1785.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Wu JJ, Kavanaugh A, Lebwohl MG, et al. Psoriasis and metabolic syndrome: implications for the management and treatment of psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022; 36(6):797-806.

Elmets CA, Korman NJ, Prater EF, et al. Joint AAD-NPF Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. J Am Acad Dermatol. 2021; 84(2):432-470.

Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD). Consenso Brasileiro de Psoríase 2020 e Algoritmo de Tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 3a ed. Rio de Janeiro: SBD, 2020.

Lambert JLW, Segaert S, Ghislain PD, et al. Practical recommendations for systemic treatment in psoriasis according to age, pregnancy, metabolic syndrome, mental health, psoriasis subtype and treatment history (BETA-PSO: Belgian Evidence-based Treatment Advice in Psoriasis; part 1). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020; 34(8):1654-1665.

Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. JAMA. 2020; 323(19):1945-1960.

Nast A, Smith C, Spuls PI, et al. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris - Part 1: treatment and monitoring recommendations. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020; 34(11):2461-2498.

Nast A, Smith C, Spuls PI, et al. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris - Part 2: specific clinical and comorbid situations. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021; 35(2):281-317.

Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatology. 4th ed. St. Louis: Elsevier, 2017.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE VITILIGO

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de vitiligo.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Doença crônica adquirida despigmentante da pele.

Destruição dos melanócitos provocando a sua diminuição progressiva até a sua ausência na epiderme.

Pode ser desencadeado por fatores genéticos ou não genéticos.

No vitiligo não segmentar há:

- Ativação do sistema imune inato;
- Ativação de inflamassomos;
- Estresse oxidativo;
- Perda de adesão dos melanócitos;
- Destruição imunomediada de melanócitos;
- Aumento de células T citotóxicas específicas contra melanócitos;
- Diminuição de células T regulatórias.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

QUADRO CLÍNICO

Manchas brancas ou despigmentadas assintomáticas, melhor descritas em "Exame Físico";

Podem estar localizadas em qualquer parte do corpo, mas com predileção pela face e áreas ao redor dos orifícios (principalmente periocular e perioral), dorso das mãos e pés, dedos, regiões intertriginosas, joelhos, cotovelos, genitais. Também pode acometer antebraços e pernas (face extensora ou flexora), pescoço, couro cabeludo, tronco etc.;

As principais formas de apresentação são:

- Segmentar: Pode ter aspecto linear, em folha, em bloco ou tipo tabuleiro de xadrez.
- Não segmentar: Forma mais comum.
- Focal: Área pequena e isolada de vitiligo.

Vari**antes clínicas raras ou indeterminadas como:**

- Vitiligo marginal inflamatória: Borda eritematosa delimitada com prurido e descamação;
- Vitiligo tricrômico: Variação de cor gradual observada ao redor da lesão de vitiligo em área de pele bronzeada;
- Vitiligo pontuado: Máculas puntiformes;
- Vitiligo menor ou hipocrômico: Perda incompleta da pigmentação, mais comum na pele negra;
- Vitiligo folicular: Despigmentação do pelo antes da cutânea.
- A repigmentação pode assumir diversas formas: Perifolicular, difusa, periférica/marginal. As duas últimas são mais comuns em áreas sem pelos (acral e mucosa);

Vitiligo é considerado estável se ausência de novas lesões ou não houver aumento de lesões antigas;

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é eminentemente clínico.

A histopatologia pode evidenciar ausência ou diminuição de melanócitos na camada basal e perda completa da pigmentação epidérmica, confirmada pela coloração de Fontana Masson. Infiltrado linfocítico perilesional pode ser observado.

Não segmentar:

- Acrofacial (face, cabeça, mãos e pés);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Mucoso (mais de uma mucosa acometida);
- Generalizado (extenso);
- Universal (80-90% da superfície corporal atingida);
- Focal (máculas localizadas pequenas).

Segmentar:

- Uni, bi ou plurissegmentar (distribuição unilateral e assimétrica).
- Misto.

Indeterminado:

- Multifocal assimétrico;
- Mucoso (apenas uma mucosa acometida).

Variantes raras:

- Vitiligo menor ou hipocrômico (despigmentação incompleta, mais comum na pele negra);
- Vitiligo folicular.

TRATAMENTO

Tratamento Farmacológico

Corticoide tópico

- **Propionato de clobetasol 0,05% creme, pomada, solução ou gel:** aplicar nas manchas 1x/dia durante 15 dias seguidos de cada mês por 6 meses ou 5x/semana por 3 meses;
- **Propionato de halobetasol 0,05% creme:** aplicar nas manchas 1x/dia durante 15 dias seguidos de cada mês por 6 meses ou 5x/semana por 3 meses;
- **Valerato de betametasona 0,1% creme, pomada ou loção:** aplicar nas manchas 1x/dia durante 15 dias seguidos de cada mês por 6 meses ou 5x/semana por 3 meses;
- **Dipropionato de betametasona 0,05% creme, pomada ou loção:** aplicar nas manchas 1x/dia durante 15 dias seguidos de cada mês por 6 meses ou 5x/semana por 3 meses;
- **Aceponato de metilprednisolona 0,1% creme ou loção:** Aplicar nas manchas 1x/dia durante 15 dias seguidos de cada mês por 6 meses ou 5x/semana por 3 meses: Melhor opção em grávidas, lactantes e crianças.
- **Furoato de mometasona 0,1% creme ou pomada:** aplicar nas manchas 1x/dia durante 15 dias seguidos de cada mês por 6 meses ou 5x/semana por 3 meses: Melhor opção em grávidas, lactents e crianças.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Inibidor da calcineurina (para vitiligo segmentar ou localizado e naqueles em atividade ou combinado à fototerapia no vitiligo generalizado).

- **Tacrolimo 0,1 ou 0,03% pomada:** aplicar nas manchas ativas 2x/dia por no mínimo 6 meses e 2x/semana na área previamente com vitiligo como terapia de manutenção para evitar recaída. Pode usar na face, pescoço ou como alternativa ao corticoide: Apresentação de 0,03% deve ser usada em crianças entre 2 e 15 anos e após os 15 anos, 0,1%; Pode usar na face, pescoço, área intertriginosa ou como alternativa ao corticoide.
- **Pimecrolimo 1% creme:** aplicar nas manchas ativas 2x/dia por no mínimo 6 meses e 2x/semana na área previamente com vitiligo como terapia de manutenção para evitar recaída: Pode usar na face, pescoço, área intertriginosa ou como alternativa ao corticoide.

Corticoide oral em minipulso (para casos de rápida progressão

- **Dexametasona (0,5 ou 0,75 mg ou 4 mg/comprimido)** 2,5-10 mg VO 2x/semana em dias consecutivos por 3-6 meses;
- **Betametasona (0,5 ou 2 mg/comprimido)** 5-7,5 mg VO 2x/semana em dias consecutivos por 3-6 meses;
- **Prednisona (5, 20 ou 40 mg/comprimido)** 0,5 mg/kg/dia ou 25-35 mg VO 2x/semana em dias consecutivos por 3-6 meses.

Antioxidantes orais (opções com mais estudos): Escolha uma das opções:

- **Polypodium leucotomos (250 mg/comprimido)** 1 comprimido VO 3x/dia por 3-6 meses. Melhor resposta para repigmentação de manchas em cabeça e pescoço: Boa resposta em associação à fototerapia, especialmente em pessoas de pele clara.
- **Gingko biloba - manipulado (40 mg/comprimido)** 1 comprimido VO 3x/dia por 3-6 meses.

Tratamento Não Farmacológico

- Fototerapia:
- Excimer laser (308 nm):
- Cirurgia: 3ª linha de tratamento:
- Agentes despigmentantes:

Orientações ao Paciente

Camuflagens são opções de tratamento conservador em quem não deseja tratar e, principalmente, em pacientes de pele clara:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Cosméticos corretivos, maquiagens de alta cobertura, autobronzeadores e tatuagens (lábios, mamilos e dedos distalmente, mas cuidado com efeito permanente e vitiligo que pode continuar progredindo).
- Usar protetor solar FPS ≥ 50 e roupas de proteção para evitar queimadura solar;
- Exposição moderada ao sol pode ajudar na repigmentação;
- Evitar trauma e fricção da pele;
- Fazer acompanhamento psicológico.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de repigmentação.
- Taxa de recorrência.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Iwanowski T, Kołkowski K, Nowicki RJ, et al. Etiopathogenesis and Emerging Methods for Treatment of Vitiligo. Int J Mol Sci. 2023; 24(11):9749.

Diotallevi F, Gioacchini H, De Simoni E, et al. Vitiligo, from Pathogenesis to Therapeutic Advances: State of the Art. Int J Mol Sci. 2023; 24(5):4910.

Marchioro HZ, Silva de Castro CC, Fava VM, et al. Update on the pathogenesis of vitiligo. An Bras Dermatol. 2022; 97(4):478-490.

Böhm M, Schunter JA, Fritz K, et al. S1 Guideline: Diagnosis and therapy of vitiligo. J Dtsch Dermatol Ges. 2022; 20(3):365-378.

Feng Y, Lu Y. Advances in vitiligo: Update on therapeutic targets. Front Immunol. 2022; 13:986918.

Ahmed jan N, Masood S. Vitiligo. [Internet]. StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. (Accessed on November 30, 2022).

Searle T, Al-Niaimi F, Ali FR. Vitiligo: an update on systemic treatments. Clin Exp Dermatol. 2021; 46(2):248-258

Dellatorre G, Antelo DAP, Bedrikow RB, et al. Consensus on the treatment of vitiligo - Brazilian Society of Dermatology. An Bras Dermatol. 2020; 95 Suppl 1(Suppl 1):70-82.

Speeckaert R, van Geel N. Vitiligo: An Update on Pathophysiology and Treatment Options. Am J Clin Dermatol. 2017; 18(6):733-744.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Bolognia JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. Dermatologia. 3a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

Daniel BS, Wittal R. Vitiligo treatment update. Australas J Dermatol. 2015; 56(2):85-92.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE ANSIEDADE

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de ansiedade.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Os pacientes com transtorno de ansiedade apresentam excesso de ansiedade e preocupação com relação a diferentes assuntos a ponto de interferir em suas vidas. Os principais sintomas relatados são de natureza física ou psicológica, associados à preocupação/ansiedade desproporcionais e de difícil controle. O transtorno tem caráter crônico e recorrente, trazendo sofrimento ou prejuízos ao paciente.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

A principal característica da ansiedade é a preocupação persistente, excessiva e de difícil controle com situações variadas. Esses pacientes possuem dificuldade de manejo do estresse e das dificuldades. Sua preocupação é desproporcional e pode ser desencadeada tanto por algumas situações quanto pela antecipação.

Além disso, no mínimo três dos sintomas adicionais devem estar presentes:

- Fadiga;
- Tensão muscular;
- Irritabilidade;
- Alterações no sono;
- Inquietação;
- Dificuldade de concentração.

✓ **Comorbidades:**

- Transtorno depressivo maior;

✓ **Outros transtornos ansiosos:**

- Fobia social;
- Fobia específica;
- Transtorno de pânico.
- Transtorno por uso de álcool ou outras substâncias (automedicação);
- Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC);
- Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT);
- Dor crônica idiopática;
- Síndrome do intestino irritável;
- Hipertensão;
- Cefaleia.

FATORES DE RISCO

- Sexo feminino (2:1);
- Meia-idade (início dos sintomas aos 20 anos);
- Doenças físicas crônicas (ex.: doenças respiratórias, metabólicas ou cardiovasculares);
- Baixo nível socioeconômico;
- Baixo nível educacional;
- Desempregados, estudantes, pessoas do lar;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Recente acontecimento de eventos adversos;
- Perda parental, separação dos pais;
- Pouco suporte afetivo durante a infância;
- Doenças mentais crônicas, como transtorno depressivo ou fobia;
- História familiar (1º grau) de transtornos mentais (especialmente transtornos ansiosos).

DIAGNÓSTICO

Durante um período mínimo de 6 meses, o paciente apresenta preocupação e ansiedade em excesso e de difícil controle, envolvendo diferentes situações;

Além disso, são necessários um mínimo de três dos seguintes sintomas para adultos:

- Irritação;
- Fadiga;
- Tensão muscular;
- Alterações no sono;
- Sensação de "branco" ou dificuldade de concentração;
- Nervos à flor da pele/inquietação.
- Há prejuízo no funcionamento em diversas áreas da vida do indivíduo e/ou sofrimento importante;
- O quadro não é mais bem explicado pelo uso de alguma substância, transtorno mental, doença clínica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Fobia social;
- Fobia específica;
- Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC);
- Transtorno de pânico;
- Transtorno de ansiedade de separação;
- Transtorno de ansiedade de doença;
- Transtorno de ajustamento;
- Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT);
- Distimia;
- Transtorno depressivo maior;
- Transtorno afetivo bipolar;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Abuso/dependência/abstinência de substâncias lícitas (inclusive medicações prescritas, como hormônios tireoidianos) ou ilícitas;
- Hipertireoidismo;
- Hiperparatireoidismo;
- Doença de Addison;
- Feocromocitoma;
- Impregnação digitálica;
- Epilepsia;
- AVE isquêmico;
- Encefalopatias;
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);
- Síndromes paraneoplásicas.

TRATAMENTO

Tratamento Farmacológico – Primeira Linha

- Sertralina (geralmente disponível no SUS) iniciar com 25 ou 50 mg/dia VO. Progredir a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 200 mg/dia);
- Escitalopram iniciar com 10 mg/dia VO. Progredir a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 20 mg/dia);
- Paroxetina iniciar com 20 mg/dia VO. Progredir a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 60 mg/dia);
- Venlafaxina iniciar com 37,5 mg/dia VO para adaptação por 7 dias, aumentando para 75 mg/dia VO após. Progredir a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 225 mg/dia).

Tratamento não Framacológico

- Psicoeducação.
- Psicoterapia: Terapia cognitivo-comportamental :
- Outras opções incluem: mindfulness e terapia de aceitação.
- Atividade física.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de resposta ao tratamento.
- Taxa de recorrência.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2022.

American Psychiatry Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, post-traumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry. 2014; 14 Suppl 1(Suppl 1):S1.

Furtak SC, Greenberg JL, Milad MR, et al. Deficits in conditioned fear extinction in obsessive-compulsive disorder and neurobiological changes in the fear circuit. JAMA Psychiatry. 2013; 70(6):608-18.

Sadock BJ, et al. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

Cordioli AV, Gallois CB, Passos IC. Psicofármacos – Consulta rápida. 6. ed. Porto Alegre: Artmed; 2023.

Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L. Psicofármacos – Consulta rápida. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

Baldwin D. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on July 1, 2024).

Craske M, Bystritsky A. Approach to treating generalized anxiety disorder in adults. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on July 1, 2024).

Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

Secretaria Municipal de Saúde (RJ). Coleção Guia de Referência Rápida: Ansiedade Generalizada e Transtorno de Pânico em Adultos – Manejo nos níveis primário e secundário de atenção. Rio de Janeiro: SMS; 2016.

Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. N Engl J Med. 2008; 359:2753.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Leonte KG, Puliafico A, Rynn MA, et al. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on July 1, 2024).

Bennett S, Walkup JT. Anxiety disorders in children and adolescents: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and course. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on July 1, 2024).

Taketomo CK, Hodding JH, Kraus DM. Pediatric Dosage Handbook. Lexi-Comp's Pediatric Dosage Handbook: Including Neonatal Dosing, Drug Administration, & Extemporaneous Preparations. 23rd ed. Hudson: Lexi-Comp Inc.; 2016.

Mishra AK, Varma AR. A Comprehensive Review of the Generalized Anxiety Disorder. Cureus. 2023; 15(9):e46115.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE DEPRESSÃO

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de depressão.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Caracteriza-se por humor depressivo e/ou anedonia associados a outros sintomas, como diminuição da energia/fadiga, lentidão psicomotora, pensamentos e sentimentos negativistas, insônia, alterações ponderais, sintomas físicos e disfunções sexuais e cognitivas.

Acredita-se que o episódio depressivo resulte da interação entre fatores biológicos, psicológicos, ambientais e genéticos.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

O quadro clínico caracteriza-se pelos seguintes sintomas:

- Humor deprimido;
- Anedonia;
- Fadiga ou perda de energia;
- Sentimento inutilidade e culpa;
- Pensamentos suicidas;

Queixas somáticas: Os clínicos devem identificar se o sofrimento por essa queixa está associado a sintomas depressivos específicos, como:

- Cefaleia;
- Dor abdominal;
- Dores nas costas.

Perturbações psicomotoras:

- Agitação (mais característico das depressões mistas bipolares) ou retardo psicomotor;

FATORES DE RISCO

Temperamentais:

- Neuroticismo.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Ambientais:

- Experiências adversas na infância, particularmente para mulheres vítimas de abuso sexual;
- Determinantes sociais da saúde mental, como baixa renda, baixo nível educacional, racismo e outras formas de discriminação;
- Eventos estressantes agudos graves;
- Acúmulo de estressores ao longo do tempo.

Genéticos:

- Maior entre indivíduos que apresentam familiares de primeiro grau com o transtorno;
- A herdabilidade é de aproximadamente 40%.
- Uso de substâncias;
- Transtornos de ansiedade;
- Transtorno de personalidade borderline;
- Condições médicas crônicas ou incapacitantes.

Exame Psíquico:

- Expressão facial refletindo humor depressivo, às vezes com redução da mímica facial;
- Ombros curvados;
- Tendência ao choro;
- Humor involuntariamente polarizado para depressão ou irritável;
- Pensamento com conteúdo pessimista e negativo de forma persistente;
- Aparência menos cuidada.

DIAGNÓSTICO

A avaliação clínica deve abranger a história atual e anterior de episódios depressivos, idade de início, fatores desencadeantes e agravantes, história familiar de transtornos de humor e informações que ajudem no diagnóstico diferencial e de comorbidades.

A avaliação clínica do transtorno depressivo sempre precisa afastar episódios prévios de mania ou hipomania.

Existem algumas escalas de avaliação, sendo a Escala de Depressão de Hamilton (EDH) uma das mais conhecidas:

- EDH com 17 itens (Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D17), com a pontuação total variando de 0 a 52. Depressão leve = pontuação ≥ 8 e < 18, moderada ≥ 18 e ≤ 24 e grave ≥ 24.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Critérios diagnóstico:

- Perda do interesse/prazer nas atividades na maior parte do tempo;
- Humor deprimido na maior parte do tempo;
- Frequentes pensamentos sobre morte e/ou ideação suicida;
- Alterações ponderais (sem dieta específica);
- Indecisão, dificuldade de concentração ou raciocínio;
- Alteração do sono;
- Sentimento de culpa ou de inutilidade;
- Alterações psicomotoras (aumento ou diminuição);
- Diminuição da energia/fadiga.

TRATAMENTO

Tratamento Farmacológico – Primeira Linha

- Citalopram 20 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 40 mg/dia);
- Escitalopram 10 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 20 mg/dia);
- Fluoxetina (geralmente disponível no Sistema Único de Saúde - SUS) 20 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 80 mg/dia);
- Fluvoxamina 50 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 300 mg/dia);
- Paroxetina 20 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 60 mg/dia);
- Sertralina (geralmente disponível no SUS) 50 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 200 mg/dia).

Inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina:

- Desvenlafaxina 50 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 100 mg/dia);
- Duloxetina 60 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 120 mg/dia);
- Venlafaxina 75 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 225 mg/dia).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Antidepressivos com diferentes mecanismos de ação:

- Agomelatina 25 mg/dia VO, à noite. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 50 mg/dia);
- Bupropiona 150 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 450 mg/dia). Opção nos casos de comorbidade com tabagismo;
- Mirtazapina 15 mg/dia, VO, preferencialmente à noite. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 45 mg/dia);
- Vortioxetina 10 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 20 mg/dia).

Antidepressivos tricíclicos:

- Amitriptilina (geralmente disponível no SUS) iniciar com 25 mg/dia VO. Progredir dose em 25 mg/dia a cada 3 dias, até 75 mg/dia VO. Progredir mais a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 300 mg/dia);
- Clomipramina iniciar com 25 mg/dia VO. Progredir dose em 25 mg/dia a cada 3 dias até 75 mg/dia VO. Progredir mais a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 250 mg/dia).
- Imipramina iniciar com 25 mg/dia VO à noite. Progresir dose em 25mg/dia VO a cada 3 dias. Progredir mais a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 300 mg/dia).
- Nortriptilina (geralmente disponível no SUS) iniciar com 10-25 mg/dia VO à noite. Progresir dose em 25mg/dia VO a cada 3-7 dias. Progredir mais a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 300 mg/dia).

Antipsicótico atípico:

- **Quetiapina iniciar com 50 mg/dia VO.** Progredir dose lentamente até o mínimo de 150 mg/dia. Progredir mais a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 300 mg/dia).

Antidepressivos com diferentes mecanismos de ação

- **Trazodona 150 mg/dia VO**, divididos em duas ou três tomadas, preferencialmente com as refeições. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 400 mg/dia se liberação imediata, 375 mg/dia se liberação prolongada).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Tratamento não farmacológico

- Psicoeducação e autogestão;
- Exercício físico;
- Psicoterapia;

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de resposta ao tratamento;
- Taxa de recorrência.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lam RW, Kennedy SH, Adams C, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults: Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023 : Mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes. The Canadian Journal of Psychiatry. 2024.

Simon GE, Moise N, Mohr DC. Management of Depression in Adults: A Review. JAMA. 2024 Jul 9;332(2):141-152.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed. Texto revisado. DSM-5-TR. Porto Alegre: Artmed; 2023.

Miguel, Euripedes Constantino et al. Clínica Psiquiátrica: a terapêutica. 2.ed. Barueri, SP: Manole; 2021. v. 3.

Stephen M. Stahl. Stahl's Essential Psychopharmacology: Prescriber's Guide. Seventh edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.

Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet. 2018; 391(10128):1357-66.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de fibromialgia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Dor musculoesquelética crônica generalizada, sem substrato orgânico ou outra causa identificável, relacionada com um distúrbio de regulação da dor. Caracterizada por acometimento difuso (previamente definido como em ambos os dimídios, acima e abaixo da cintura e dor axial), associa-se a fadiga, distúrbios cognitivos e do sono, além de diversas desordens psicossomáticas.

Ocorre mais frequentemente em mulheres, apresenta importante agregação familiar e frequentemente acomete pacientes portadores de outras doenças reumatológicas.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Quadro Clínico

Dor musculoesquelética difusa é a característica central da doença. Todos os segmentos do corpo podem ser acometidos. A característica da dor (mecânica ou inflamatória) varia conforme o paciente e, muitas vezes, não auxilia no diagnóstico diferencial com artropatias inflamatórias.

Exame físico

É necessário exame osteoarticular completo para se realizar o diagnóstico diferencial com causas orgânicas identificáveis. Na fibromialgia, ocorre dor à palpação de múltiplos grupos musculares e articulações, porém sem sinais de sinovite ao exame clínico. Inspeção, mobilização ativa e passiva e manobras especiais são normais. O restante do exame físico é normal em pacientes sem comorbidades.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da fibromialgia é clínico e pode ser confirmado por critérios classificatórios/diagnósticos. Com base na presença de dor musculoesquelética crônica difusa e na ausência de outras causas que justifiquem os sintomas, a fibromialgia pode estar associada a doenças psicossomáticas.

Os pacientes muitas vezes precisam realizar exames iniciais, de acordo com a avaliação clínica, para excluir outras origens da dor, como hipotireoidismo, polimialgia reumática e artropatias inflamatórias. Na fibromialgia, esses exames são normais.

Exames de rotina:

- Hemograma;
- VHS;
- PCR;
- Creatinina;
- Eletrólitos;
- TGO;
- TGP;
- TSH.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Síndrome da dor miofascial;
- Hipotireoidismo;
- Polimialgia reumática;
- Artropatias inflamatórias:
- Artrite reumatoide;
- Espondilartrites.
- Depressão;
- Síndrome de fadiga crônica;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Síndromes paraneoplásicas/metástases;
- Osteomalacia;
- Síndrome de hipermobilidade articular.

TRATAMENTO

Tratamento Farmacológico – Primeira Linha

Associação:

I. Analgésico + Ciclobenzaprina (5 mg/comprimido ou 15 mg/comprimido de liberação lenta): 5-10 mg VO à noite**.** Em caso de necessidade de aumento de dose, podem ser usados até 10 mg de 8/8 horas (intolerância frequente com doses mais altas). Para os comprimidos de liberação lenta, usar 15 mg à noite.

Opções de analgésicos (I):

- Dipirona (500 ou 1.000 mg/comprimido) 500-1.000 mg VO até de 6/6 horas em caso de dor;
- Dipirona (500 mg/mL) 20-40 gotas VO até de 6/6 horas em caso de dor;
- Paracetamol (500 ou 750 mg/comprimido) 500-750 mg VO até de 6/6 horas em caso de dor;
- Paracetamol (200 mg/mL) 35-55 gotas VO até de 6/6 horas em caso de dor;

Casos refratários

Associação:

I. Analgésico + II. Inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina + III. Anticonvulsivantes ligantes alfa-2/delta.

Opções de analgésicos (I):

- Dipirona (500 ou 1.000 mg/comprimido) 500-1.000 mg VO até de 6/6 horas em caso de dor;
- Dipirona (500 mg/mL) 20-40 gotas VO até de 6/6 horas em caso de dor;
- Paracetamol (500 ou 750 mg/comprimido) 500-750 mg VO até de 6/6 horas em caso de dor;
- Paracetamol (200 mg/mL) 35-55 gotas VO até de 6/6 horas em caso de dor;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Se dor refratária às medidas instituídas: Tramadol (50 mg) 1 comprimido de 6/6 horas (associar à Dipirona ou ao Paracetamol). Evitar prescrição pelo risco de dependência. Pode ser aumentado até, no máximo, 400 mg/dia.

Opções de inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (II):

- Duloxetina (30 mg ou 60 mg/cápsula) 30-60 mg VO pela manhã. Iniciar com 30 mg/dia e aumentar, conforme a resposta, até 60 mg/dia. Em pacientes ainda refratários, podem-se utilizar 60 mg VO de 12/12 horas (geralmente evitado);
- Venlafaxina (37,5 mg ou 75 mg/comprimido) 37,5 mg VO pela manhã. Aumentar até 75 mg/dia conforme a ausência de melhora dos sintomas;
- Desvenlafaxina (50 mg ou 100 mg/comprimido) 50 mg VO pela manhã. Aumentar até 200 mg/dia conforme a ausência de melhora dos sintomas.

Opções de anticovulsivantes ligantes alfa-2/delta (III):

- Pregabalina (75 mg ou 150 mg/comprimido) iniciar com 75 mg VO à noite ou de 12/12 horas e aumentar conforme a resposta clínica (dose recomendada: 300-450 mg/dia; dose máxima: 600 mg/dia). Ajustar a dose conforme a função renal;
- Gabapentina (300 mg ou 400 mg/cápsula) iniciar com 300 mg VO de 8/8 horas e titular a dose conforme a resposta clínica (máximo de 2.400 mg/dia). Ajustar a dose conforme a função renal.

Tratamento não Framacológico

- Atividade física regular.
- Higiene do sono.
- Terapia cognitivo-comportamental.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de resposta ao tratamento.
- Taxa de recorrência.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis. 2017; 76:318-328.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Arthritis Rheum. 1990; 33:160-72.

Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res. 2010; 62:600-10.

Hochberg MC, Gravallese E, Silma AJ, et al. Rheumatology. 8th ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.

Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, et al. Kelley & Firestein's Textbook of Rheumatology. 11th ed. Philadelphia: Elsevier, 2020.

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 1a ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2012.

Abdel Fattah YH, Elnemr R. Efficacy of pregabalin as a monotherapy versus combined pregabalin and milnacipran in the management of fibromyalgia. Int J Rheum Dis. 2020; 23:1474.

Andrade A, Dominski FH, Sieczkowska SM. What we already know about the effects of exercise in patients with fibromyalgia: An umbrella review. Semin Arthritis Rheum. 2020; 50:1465.

Fitzcharles MA, Rampakakis E, Sampalis JS, et al. Use of medical cannabis by patients with fibromyalgia in Canada after cannabis legalisation: a cross-sectional study. Clin Exp Rheumatol. 2021; 39 Suppl 130:115.

Gibson KA, Castrejon I, Descallar J, et al. Fibromyalgia Assessment Screening Tool: Clues to Fibromyalgia on a Multidimensional Health Assessment Questionnaire for Routine Care. J Rheumatol. 2020; 47:761.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE BURSITE

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de bursite.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

É a inflamação da bursa, pequena bolsa preenchida por líquido e determinada pela membrana sinovial, presente nas regiões móveis do sistema musculoesquelético. As bursas mais profundas servem como "rolamentos de esferas", permitindo que os músculos deslizem uns sobre os outros e sobre proeminências ósseas. Já as bursas mais superficiais servem como amortecedores entre a pele e o osso.

A bursite aguda decorre tipicamente de traumas, doenças microcristalinas ou infecções. A bursite crônica tem relação com sobreuso articular repetitivo, microtraumas ou artropatias inflamatórias.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

Bursite aguda: No processo agudo, os pacientes apresentam dor desencadeada pela movimentação ativa dos músculos relacionados. À movimentação passiva, a dor tende a ser menor, mas se acentua quando o movimento distende ou comprime a bursa, gerando aumento da pressão intrabursal. O quadro clínico costuma ser bastante expressivo, alguns casos cursando com eritema local.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Bursite crônica: As bursites crônicas são frequentemente associadas a outras causas de ombro doloroso e tendem a ser menos sintomáticas que as formas agudas. Em alguns casos, alterações relacionadas com a contratura e com a atrofia muscular pela imobilidade podem ser observadas.

Bursites profundas: Geralmente, ocorrem em conjunto ou são secundárias a alterações de tendões e/ou articulações adjacentes. Por exemplo, a bursite trocantérica costuma ser concomitante à tendinopatia de glúteo médio, podendo causar lombalgia crônica, descondicionamento muscular e/ou artropatia em joelho contralateral.

Exame físico

- Inspeção e palpação da área afetada para identificar inchaço, calor e dor.
- Avaliação da amplitude de movimento e funcionalidade articular.

FATORES DE RISCO

- Trauma;
- Pressão prolongada (ficar ajoelhado ou apoiado no cotovelo por longo período);
- Sobreuso articular ou atividade vigorosa;
- Artropatia induzida por cristais (gota, doença por depósito de pirofosfato de cálcio ou de fosfato básico de cálcio);
- Artropatia inflamatória (artrite reumatoide, espondiloartrites);
- Infecção secundária a trauma perfurante da pele (mais comum) ou disseminação hematogênica;
- Obesidade.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de bursite é clínico. Baseia-se na história compatível e dor à palpação das bursas.

Exames:

- Radiografia.
- Ultrassonografia
- Ressonância magnética.
- Aspiração de líquido intrabursal para análise.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Distúrbios periarticulares (ex.: tendinopatias);
- Distúrbios articulares degenerativos (ex.: osteoartrite);
- Artrites microcristalinas (ex.: gota e doença por depósito de Pirofosfato de cálcio);
- Espondiloartrites;
- Outras artropatias inflamatórias (ex.: artrite reumatoide);
- Trauma.

TRATAMENTO

Tratamento Farmacológico

Analgésicos comuns.

- Dipirona (500 mg ou 1.000 mg/comprimido) 500-1.000 mg VO de 6/6 horas;
- Dipirona (500 mg/mL) 20-40 mg VO de 6/6 horas;
- Paracetamol (500 mg ou 750 mg/comprimido) 750 mg VO de 6/6 horas;
- Paracetamol (200 mg/mL) 35-55 gotas VO de 6/6 horas.

AINEs: Paciente muito sintomáticos ou refratários ao esquema acima.

- Ibuprofeno (600 mg/comprimido) 200-600 mg VO a cada 4-6 horas, por 5-7 dias;
- Diclofenaco (75 mg/3 mL) 50-100 mg VO/EV a cada 6-8 horas (dose máxima: 200 mg/dia), por 5-7 dias;
- Naproxeno (250 mg/comprimido) 250-500 mg/dose VO 2x/dia, por 5-7 dias;
- Indometacina (25 mg/comprimido) 25-50 mg/dose VO 3x/dia, por 5-7 dias;
- Cetoprofeno (100 mg/frasco) 50-100 mg VO/EV de 8/8 horas (dose máxima: 400 mg/dia), por 5-7 dias;
- Piroxicam (40 mg/2 mL) 20-40 mg VO/EV 1x/dia, por 5-7 dias;
- Celecoxibe (100-200 mg/comprimido) 100 mg VO 2x/dia, por 5-7 dias;
- Tenoxicam (20 mg/2 mL) 20-40 mg VO/EV 1x/dia (máximo de 40 mg/dia), por 5-7 dias;
- Nimesulida (100 mg/comprimido) 50-100 mg VO de 12/12 horas, por 5-7 dias;
- Meloxicam (15 mg/1,5 mL) 7,5-15 mg VO/EV a cada 12-24 horas, por 5-7 dias.

Orientações ao Paciente

- O repouso articular absoluto deve ser evitado, visto que se associa a piores desfechos;
- Reabilitação com fisioterapia motora (cinesioterapia) para melhora funcional;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Não há evidências suficientes para recomendação do uso de meios térmicos em reumatologia; podem ser medidas adjuvantes ao tratamento, mas nunca como medida isolada.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de recorrência.
- Adesão ao tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buchbinder R, Green S, Youd JM. Corticosteroid injections for shoulder pain. Cochrane Database Syst Rev. 2003; 2003(1):CD004016.

Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, et al. Kelley & Firestein's textbook of rheumatology. 11th ed. Philadelphia: Elsevier, 2020.

West SG, Kolfenbach J. Rheumatology secrets. 4th ed. Philadelphia: Elsevier, 2020.

Goldman L, Cooney KA. Cecil medicine. 27th ed. Philadelphia: Elsevier, 2023.

Hochberg MC, Gravallese MD, Smolen SS, et al. Rheumatology. 8th ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.

Silva F, Adams T, Feinstein J, et al. Trochanteric bursitis: refuting the myth of inflammation. J Clin Rheumatol. 2008; 14(2):82-6.

Smith DL, McAfee JH, Lucas LM, et al. Treatment of nonseptic olecranon bursitis. A controlled, blinded prospective trial. Arch Intern Med. 1989; 149(11):2527-30.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de artrite reumatóide.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Doença inflamatória, sistêmica e crônica, de etiologia desconhecida, que acomete primariamente as articulações sinoviais. A incidência é maior no sexo feminino, dos 35 aos 50 anos.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

A apresentação típica consiste em poliartrite aditiva, distal e simétrica, com tendência ao acometimento das mãos e dos pés. Qualquer articulação sinovial pode ser acometida, mas, curiosamente, a doença tende a poupar interfalângicas distais, colunas dorsal e lombar e sacroilíacas;

Pode haver acometimento da articulação temporomandibular (com dor e disfunção), cricoaritenoidea (com rouquidão, disfagia e, em alguns casos, insuficiência respiratória aguda obstrutiva) e atlantoaxial (com subluxação e mielopatia compressiva/síndrome bulbar). Com a evolução do quadro, pode levar à deformidade articular, que compromete a função da articulação afetada;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

As dores articulares em geral apresentam ritmo inflamatório, sendo piores pela manhã, com melhora após a movimentação das articulações acometidas. A rigidez matinal que acompanha o quadro geralmente é maior que 1 hora;

Marcadores de gravidade:

- Alta atividade de doença com limitação funcional;
- Manifestações extra-articulares;
- Provas inflamatórias elevadas (VHS e PCR);
- Altos títulos de FR e ACPA (anti-CCP);
- Presença de erosões ósseas no baseline;
- Polimorfismos genéticos do HLA-DRB1*0401;
- Tabagismo.

FATORES DE RISCO

- Tabagismo;
- Mau estado de conservação dentária;
- Baixo nível socioeconômico;
- Sexo feminino;
- História familiar de artrite reumatoide;
- Polimorfismos genéticos/epítopo compartilhado: HLA-DRB1*0401, DRB1*0101, DRB1*0404, entre outros.

Exame Físico

Avaliar presença de sinovite, incluindo presença e localização de edema e restrição ao movimento das articulações, e de manifestações extra-articulares, como nódulos subcutâneos, episclerite/escleromalácia, pleurite, nódulos pulmonares, entre outros. Deve-se atentar para sinais que indiquem outro diagnóstico, tais como espondiloartrites, artrites microcristalinas, LES, etc.

Dor e edema nas articulações, particularmente das mãos, punhos e pés, associados à rigidez matinal e à redução antálgica da força de preensão, são comuns. Calor e rubor não são proeminentes. O esqueleto axial é frequentemente poupado, exceto na coluna cervical (articulação atlantoaxial), que pode levar a grave comprometimento neurológico na doença mais avançada (risco de instabilidade, subluxação e, consequentemente, compressão medular).
Nas mãos, podem ser formados nódulos na bainha dos tendões, que impossibilitam a total extensão dos dedos e podem causar ruptura de tais tendões. Na doença crônica, pode haver deformidades, como desvio ulnar, deformidade em pescoço de cisne e deformidade em botoeira.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Em relação aos punhos, pode haver subluxação volar do carpo no rádio com consequente desvio lateral. É frequente e característica a presença de tenossinovite do extensor ulnar do carpo (VI compartimento da mão).

A rigidez das articulações metatarsofalângicas predispõe ao apoio do peso nos calcanhares e à hiperextensão dos pododáctilos. Na doença crônica, pode haver desvio lateral dos dedos e subluxação plantar da cabeça do metatarso. Envolvimento do tarso e das bainhas dos tendões é comum, causando dor à inversão e eversão do pé, além de edema e eritema em dorso do pé.

DIAGNÓSTICO

As alterações laboratoriais no sangue e líquido sinovial dos pacientes refletem a presença de inflamação sistêmica e intra-articular e dos aspectos autoimunes da doença. Tais achados incluem líquido sinovial inflamatório, anemia de inflamação, positividade de fator reumatoide e/ou anti-CCP e aumento dos marcadores da fase aguda. A duração dos sintomas deve ser maior que 6 semanas.

Exames de rotina:

- Hemograma;
- Função renal e eletrólitos;
- Enzimas e função hepáticas;
- VHS e/ou PCR: O grau de elevação correlaciona-se à atividade da doença;
- FR e ACPA (anti-CCP): Resultados negativos não excluem o diagnóstico; não realizar dosagens seriadas, pois não se correlacionam com atividade;
- FAN: É positivo em até 40 a 50% dos pacientes; não deve ser solicitado de rotina, caso não haja suspeita de doença difusa do tecido conjuntivo;
- EAS;
- Radiografia de mãos e pés (baseline e anual). Outras articulações podem ser incluídas, conforme sintomas;
- Sorologias para hepatites B e C, HIV e sífilis: Avaliar necessidade de terapia antes do início de medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD) ou imunossupressores; além disso, essas doenças podem causar quadros semelhantes à AR;
- Radiografia de tórax e PPD/IGRA para pesquisa de tuberculose, em caso de programação para o uso de biológicos;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Artrocentese para análise de líquido sinovial se houver derrame articular e dúvida diagnóstica, particularmente nos casos de monoartrite, oligoartrite ou artrite assimétrica (celularidade total e específica, pesquisa de cristais, bacterioscopia e cultura).

Exames de imagem:

- Radiográficas;
- Ressonância magnética e ultrassonografia;

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Espondiloartrites (artrite psoriásica, reativa e enteropática; espondilite anquilosante apresenta menor frequência de artrite periférica);

Artrites microcristalinas:

- Gota;
- Doença por depósito de pirofosfato de cálcio.

Doenças reumatológicas sistêmicas:

- Síndrome de Sjögren primária;
- Lúpus eritematoso sistêmico;
- Doença mista do tecido conjuntivo.
- Polimialgia reumática;

Artrite viral:

- Chikungunya;
- Rubéola;
- Parvovírus B19;
- Hepatite B;
- Entre outras.
- Artrite gonocócica (como parte da doença gonocócica disseminada);
- Poliartrite paraneoplásica;
- RS3PE;
- Sarcoidose.

TRATAMENTO

Tratamento Farmacológico

Paciente Virgem de Tratamento (Fase 1)

I. Metotrexato + II. Ácido fólico + III. Corticoterapia sistêmica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Opções de Metotrexato (I):

- Metotrexato (2,5 mg/comprimido) 6 comprimidos VO a cada 7 dias. Progredir dose em 5 mg (2 comprimidos) por semana (Dose máxima: 25 mg/semana - 10 comprimidos);
- Metotrexato (50 mg/2 mL) **0,6 mL SC** a cada 7 dias. Progredir dose em 5 mg (0,2 mL) por semana (Dose máxima: 25 mg/semana - 1 mL).

Opções de Ácido fólico (II):

- Ácido fólico 5 mg VO 12-24 horas após o Metotrexato;
- Ácido fólico 20-25 mg/semana SC.

Opções de corticoterapia sistêmica (III):

- Prednisona (5 mg/comprimido) 5-10 mg/dia VO de 24/24 horas, conforme atividade de doença. Fazer uso preferencialmente pela manhã, entre às 8-9h. Após controle inicial, proceder desmame até retirada (de preferência);
- Prednisolona (5 mg/comprimido) 5-10 mg/dia VO de 24/24 horas, conforme atividade de doença. Fazer uso preferencialmente pela manhã, entre às 8-9h. Após controle inicial, proceder desmame até retirada (de preferência);
- Acetato de metilprednisolona 40 mg IM dose única;
- Dipropionato + Fosfato dissódico de betametasona 5 mg + 2 mg IM dose única.

Paciente Refratário ao MMCD Sintético Convencional Isolado (Fase 2)
Tratamento Farmacológico

I. Metotrexato +II. Ácido fólico +III. MMCD sintético convencional + IV. Corticoterapia sistêmica.

Opções de MMCD sintético convencional (III):

- Leflunomida 20 mg VO de 24/24 horas;
- Sulfassalazina (500 mg/comprimido) 500 mg VO de 12/12 horas, por 1 semana. Seguido de 1.000 mg VO de 12/12 horas. No caso específico da associação do MTX com Sulfassalzina, pode-se acrescentar a Hidroxicloroquina (400 mg/comprimido) 5 mg/kg/dia (esquema tríplice).

Opções de corticoterapia (IV):

- Prednisona (5 mg/comprimido) 5-10 mg/dia VO de 24/24 horas, conforme atividade de doença. Fazer uso preferencialmente pela manhã, entre às 8-9h. Após controle inicial, proceder desmame até retirada (de preferência);

- Prednisolona (5 mg/comprimido) 5-10 mg/dia VO de 24/24 horas, conforme atividade de doença. Fazer uso preferencialmente pela manhã, entre às 8-9h. Após controle inicial, proceder desmame até retirada (de preferência);
- Acetato de metilprednisolona 40 mg IM dose única;
- Dipropionato + Fosfato dissódico de betametasona 5 mg + 2 mg IM dose única.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de resposta ao tratamento;
- Taxa de adesão ao tramento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hochberg MC, Gravallese MD, Smolen SS, et al. Rheumatology. 8th ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.

Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, et al. Kelley & Firestein's textbook of Rheumatology. 11th ed. Massachusetts: Elsevier, 2020.

Fraenkel L, Bathon JM, England BR, et al. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care & Research. 2021; 73(7):924-39.

Ytterberg SR, Bhatt DL, Mikuls TR, et al. Cardiovascular and Cancer Risk with Tofacitinib in Rheumatoid Arthritis. N Engl J Med. 2022; 386(4):316-26.

Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. Ann Rheum Dis. 2017; 76(6):960-77.

England BR, Barber CEH, Bergman M, et al. Adaptation of American College of Rheumatology Rheumatoid Arthritis Disease Activity and Functional Status Measures for Telehealth Visits. Arthritis Care Res (Hoboken). 2021; 73(12):1809-14.

Chatzidionysiou K, Emamikia S, Nam J, et al. Efficacy of glucocorticoids, conventional and targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the 2016 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2017; 76(6):1102-7.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE GOTA

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de gota.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Doença caracterizada pela deposição de cristais de urato monossódico no meio extracelular de articulações, ossos e tecidos moles. Pode manifestar-se por ataques recorrentes de artrite (crise aguda de gota), artropatia crônica, depósitos tofáceos de cristais de urato, nefrolitíase e nefropatia crônica.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

Quadro clínico: Diferenciam-se quatro estágios na história natural da doença por deposição de cristais de urato (gota), sendo eles:

- Hiperuricemia assintomática;
- Artrite gotosa aguda;

Fatores de risco: Idade avançada, sexo masculino ou feminino após menopausa, hiperuricemia (> 7 mg/dL), obesidade, hipertensão arterial, hiperlipidemia, cardiopatia isquêmica, diabetes mellitus, doença renal crônica, fatores dietéticos (dieta rica em purinas, de origem animal e frutos do mar; bebidas ricas em frutose ou sacarose), álcool, medicamentos que alteram o balanço do ácido úrico (ex.: tiazídicos, diuréticos de alça, Ácido acetilsalicílico em baixas doses, ciclosporina), pós-transplante de órgãos.

Fatores desencadeantes de quadro agudo: Trauma, cirurgia recente, alimentos gordurosos, desidratação, baixas temperaturas, jejum, uso de medicamentos que alteram o balanço do ácido úrico (ex.: Alopurinol, diuréticos de alça ou tiazídicos, Ácido acetilsalicílico, agentes uricosúricos), transgressão dietética (com alto consumo de alimentos ricos em ácido úrico), outras artropatias concomitantes (osteoartrite, artrite reumatoide), início do tratamento de hiperuricemia.

Exame Físico

- Artrite gotosa aguda: Monoartrite (principalmente no primeiro episódio) ou poliartrite (mais comuns com a progressão da doença), com calor, rubor, dor e edema em articulações acometidas e estruturas periarticulares. A febre é incomum, mas pode estar presente. Raramente pode se manifestar como poliartrite migratória.
- Artrite gotosa avançada (gota tofácea crônica): Presença de tofos em tecidos moles, principalmente orelhas, dedos, bursa pré-patelar e olécrano. Em casos graves, pode acometer o olho, com nódulos conjuntivais, ceratopatia em banda, visão turva, esclerite e, raramente, uveíte anterior.

DIAGNÓSTICO

Exames de rotina:

- **Sinovianálise:** Deve incluir celularidade com diferencial de leucócitos, bacterioscopia por gram e cultura e microscopia com luz polarizada para visualização de cristais;

Exames laboratoriais:

- Hemograma completo;
- Lipidograma;
- Glicose;
- Função renal;
- Hepatograma;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- PCR;
- VHS;
- Ácido úrico sérico;
- Ácido úrico urinário em 24 horas.

Exames de Imagem

Alterações radiológicas podem ser sugestivas de gota. Em geral, indicam o estágio da doença, com evidências de remodelação articular e edema.

- Radiografia simples da articulação;
- Ultrassonografia articular;
- Tomografia computadorizada;
- Tomografia computadorizada de dupla energia (DECT);
- Ressonância magnética;

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Artrite séptica;
- Doença por depósito de pirofosfato de cálcio e outras artrites microcristalinas;
- Artrite reumatoide;
- Artrite reativa;
- Artrite psoriásica;
- Outras espondiloartrites;
- Polimialgia reumática;
- Bursite;
- Tenossinovite;
- Dactilite;
- Osteomielite;
- Trauma;
- Celulite;
- Nefrolitíase.

TRATAMENTO

Tratamento Farmacológico

Controle da artrite com anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Diclofenaco (50 mg/comprimido) 50 mg/dose (dose máxima: 200 mg/dia) VO até de 8/8 horas, por 5-7 dias;
- Cetoprofeno (50 mg/comprimido) 25-50 mg (dose máxima: 200 mg/dia) VO até de 6/6 ou 8/8 horas, por 5-7 dias;
- Meloxicam (7,5 mg/comprimido) 7,5-15 mg VO 1x/dia, por 5-7 dias;
- Naproxeno (500 mg/comprimido) 500 mg VO 2x/dia, por 5-7 dias;
- Ibuprofeno (400, 600 mg/comprimido) 400-600 mg VO até de 6/6 horas, por 5-7 dias;
- Indometacina (50 mg/comprimido) 50 mg VO 3x/dia, por 5-7 dias;
- Celecoxibe (200 mg/comprimido) 200 mg VO 1-2x/dia, por 5-7 dias.

Controle da artrite com Colchicina:

- Colchicina (0,5 mg/comprimido) 1 mg, seguido de 0,5 mg após 1 hora no 1º dia (totalizando 1,5 mg no 1º dia), seguido de 0,5 mg de 12/12 horas a partir do 2º dia, até o controle da crise ou, caso haja indicação de tratamento hipouricemiante, até que o paciente se mantenha nos alvos programados de ácido úrico e sem crises pelo período de 3-6 meses.

Controle da artrite com glicocorticoides sistêmicos

- Prednisona (5 mg/comprimido ou 20 mg/comprimido) 30-40 mg/dia VO, em dose única diária pela manhã ou fracionada 2x/dia, por 7-10 dias. Pode haver extensão da duração por até 14-21 dias em pacientes com relato de surtos rebotes anteriores após retirada ou redução de corticoide;
- Metilprednisolona 40 mg IM, dose única;
- Dipropionato de betametasona 5 mg/mL + Fosfato dissódico de betametasona (2 mg/mL) 1 mL IM, dose única.

Tratamento Não Farmacológico

- Redução do peso para o ideal.
- Mudanças em hábitos dietéticos:
- Substituição, quando possível, de medicações e/ou alimentos que aumentem a produção de ácido úrico ou diminuam sua excreção
- Manejo adequado de comorbidades comuns em pacientes com gota, como a hipertensão arterial sistêmica, doença renal crônica, doença cardiovascular e componentes da síndrome metabólica (diminuição a níveis adequados de colesterol total, triglicerídeos e glicemia):
- Substituir diuréticos tiazídicos por outros anti-hipertensivos, quando possível;
- Preferir Losartana a outros anti-hipertensivos, se factível, em razão do efeito uricosúrico;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Não devem ser trocados outros agentes hipolipemiantes por Fenofibrato somente por seu efeito uricorredutor.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de resposta ao tratamento;
- Taxa de adesão ao tramento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FitzGerald JD, Dalbeth N, Mikuls T, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. Arthritis Care Res (Hoboken). 2020; 72(6):744–760.

Han L, Li R, Lu J, et al. Association of the Quantity, Duration, and Type of Alcohol Consumption on the Development of Gouty Tophi. Arthritis Care Res (Hoboken). 2023; 75(5):1079-1087.

Food and Drug Administration. FDA adds Boxed Warning for increased risk of death with gout medicine Uloric (febuxostat). [Internet]. FDA. Silver Spring, MD: FDA. (Accessed on February 17, 2024).

Hochberg MC. Rheumatology. 8th ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.

Firestein GS. Kelley & Firestein's Textbook of Rheumatology. 11th ed. Philadelphia: Elsevier, 2020.

Smith E, Hoy D, Cross M, et al. The global burden of gout: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. Ann Rheum Dis. 2014; 73(8):1470-6.

Zhang W, Doherty M, Bardin T, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). Ann Rheum Dis. 2006; 65(10):1312-24.

Terkeltaub R. Update on gout: new therapeutic strategies and options. Nat Rev Rheumatol. 2010; 6(1):30-8.

Neogi T. Clinical practice. Gout. N Engl J Med. 2011; 364(5):443-52.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO DE UROLITÍASE

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de urolitíase.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Acúmulo de minerais duros, sólidos e não metálicos no trato urinário.

Alterações renais, urológicas, endócrinas e metabólicas podem levar ao desenvolvimento de material cristalizado no sistema urinário.

Os cálculos renais ocorrem como resultado dos seguintes fatores:

- Supersaturação de compostos formadores de cálculos na urina;
- Presença de estímulos químicos ou físicos na urina que promovem a formação de cálculos;
- Quantidade inadequada de compostos na urina que inibem a formação de cálculos (magnésio, citrato).

FATORES DE RISCO

- Volume de urina geralmente baixo;
- Alta excreção urinária de ácido úrico, de cálcio e de oxalato;
- pH baixo da urina (o ácido úrico e a cistina são menos solúveis na urina ácida);
- pH elevado da urina (a estruvita e o fosfato de cálcio são menos solúveis na urina alcalina);
- Presença de corpo estranho;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Anormalidades anatômicas do trato urinário que causam estase urinária;
- Dieta rica em proteínas de fontes animais, glicose ou sacarose aumenta o cálcio urinário e, em alguns casos, pode contribuir para a formação de cálculos. As vitaminas A e D podem contribuir para a urolitíase de cálcio quando tomadas em quantidades excessivas. O consumo de frutose também está associado a um risco aumentado de cálculos renais;
- Infecção por microrganismos precursores de urolitíase. Os microrganismos que são mais associados à formação de cálculos (de estruvita) são os produtores de urease: Proteus, Providência, Klebsiella, Pseudomonas e enterococos. Observação! Cerca de 80% dos casos de litíase urinária associada a infecções ocorrem em meninos com alterações estruturais do aparelho urinário.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

A história deve incluir a presença ou ausência de anormalidades do trato urinário, infecção do trato urinário, prematuridade, história familiar de cálculos renais, dieta cetogênica, má absorção, medicamentos associados à formação de cálculos, imobilização e excessos alimentares de cálcio, fósforo ou sódio.

A história alimentar é importante, pois vários itens dietéticos podem contribuir para a produção de cálculo renal, principalmente quando consumidos em excesso:

- Oxalato: Produção de cálculo de oxalato de cálcio;
- Purina: Produção de cálculo contendo ácido úrico e também associado a componentes de cálcio;
- Dieta cetogênica: Aumenta risco de produção de cálculo de ácido úrico e de cálcio.
- As manifestações clínicas estão relacionadas com os seguintes fatores:
- Tamanho do cálculo (os maiores tendem a ser mais sintomáticos, embora alguns cálculos grandes produzam poucos sintomas);
- Localização do cálculo;
- Se gera obstrução de saída urinária;
- Movimento do cálculo (como da pelve renal à bexiga);
- Presença de infecção.

A apresentação clínica depende da idade e podem incluir os seguintes sintomas:

- Dor em flanco ou abdome (a descrição clássica de dor lombar excruciante associada com a passagem de um cálculo, geralmente vista em adultos, não é tipicamente vista em crianças);
- Hematúria macroscópica;
- Disúria;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Urgência urinária;
- Náuseas e vômitos;
- Sintomas não específicos como irritabilidade são comuns em crianças muito novas (em bebês, a dor do cálculo pode ser facilmente confundida com cólicas e causas gastrointestinais de dor abdominal).

Exame Físico

Alguns fatores como idade, presença de dor, infecção e o processo subjacente que produz o cálculo, influenciam o exame físico.

A maioria apresenta exame físico normal, mas é possível verificar:

- Hipertensão (pode estar presente quando há obstrução urinária ou dor);
- Taquicardia em crianças com dor;
- Sensibilidade do ângulo costovertebral;
- Oxalose (retina salpicada);
- Adolescentes com hiperparatireoidismo primário em quem os cálculos são a característica de apresentação (como na hipertensão associada à hipercalcemia);
- Raquitismo;
- Cálculos como parte da doença de Dent.

A avaliação da antropometria é fundamental para avaliação de quadros congênitos ou crônicos cursando com a urolitíase.

DIAGNÓSTICO

Exames laboratoriais:

- Análise de urina e cultura: Incluindo proporção de cálcio, ácido úrico, oxalato, cistina, citrato e magnésio para a creatinina (spot urinário);
- Coleta de urina de 24 horas: Para cálcio, fósforo, magnésio, oxalato, citrato de ácido úrico, cistina, proteína e depuração de creatinina, podem ser necessários;
- **EAS (urina tipo 1):** Pode demonstrar presença de cristais de cistina, oxalato de cálcio, fosfato de cálcio, ácido úrico ou fosfato, colaborando para a avaliação clínica do paciente.
- **Spot urinário:** Caso a urina de 24 horas não possa ser coletada, é aceitável a realização de um spot urinário. Porém, quando há alteração do spot urinário, é necessário a confirmação com a urina de 24 horas.

Exames de imagem:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- **Ultrassonografia de vias urinárias:** É muito eficaz para identificar cálculos no trato urinário e deve ser a primeira escolha nos casos de urolitíase pediátrica;
- **Tomografia computadorizada:** Embora seja uma modalidade de imagem comumente usada em adultos, deve ser evitada na avaliação inicial da urolitíase pediátrica devido aos potenciais efeitos cumulativos da radiação. É indicada quando não há identificação de cálculo, porém com persistência dos sintomas ou em caso de complicações da urolitíase.

Exames de rotina:

- Hemograma;
- Urinálise;
- Urina de 24 horas e/ou spot urinário (para cada um dos agentes causadores de cálculos);
- Eletrólitos;
- Ureia;
- Creatinina;
- Cálcio;
- Fósforo;
- Fosfatase alcalina;
- Ácido úrico;
- Proteína total;
- Albumina;
- PTH;
- Níveis de metabólitos de vitamina D.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Hematúria;
- Síndrome hemolítico-urêmica;
- Febre hemorrágica com síndrome de insuficiência renal;
- Síndrome de Munchausen por procuração;
- Nefropatia pediátrica de IgA;
- Nefrites;
- Pielonefrite;
- Infecção do trato urinário;
- Doença renal policística;
- Necrose cortical renal;
- Cálculo de ácido úrico;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Xantinúria.

TRATAMENTO

Tratamento Farmacológico

Agentes alcalinizantes: Escolher uma das opções a seguir:

- Citrato de potássio (5 mEq/comprimido) ofertar misturado com groselha na dose de 0,5-1,0 mEq/kg/dia em 2 a 3 tomadas, procurando manter o pH urinário em torno de 6,5 a 7,0;
- D-penicilamina (250 mg/cápsula) 20-50 mg/kg/dia divididos em 4 doses diárias (no caso da cistinúria, o pH deve permanecer entre 7,5-8,0, podendo ser necessário utilizar essa medicação para auxiliar no processo de alcalinização da urina).

Diurético tiazídicos: Hidroclorotiazida (25 mg/comprimido):

< 6 meses: 1-2 mg/kg/dia VO de 12/12 horas. Não exceder 37,5 mg/dia;

6 meses a 2 anos: 1-2 mg/kg/dia VO de 24/24 horas ou 12/12 horas. Não exceder 37,5 mg/dia;

2 a 12 anos: 1-2 mg/kg/dia. Não exceder 100 mg/dia.

Inibidores de Xantina oxidase:

- Alopurinol (100 mg/comprimido): 10 mg/kg/dia VO de 12/12 horas. Não exceder 400 mg/dia (casos com produção endógena de ácido úrico).

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de recorrência.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bergsland KJ, Coe FL, White MD, et al. Urine risk factors in children with calcium kidney stones and their siblings. Kidney Int. 2012; 81(11):1140-1148.

Pong YH, Huang WY, Lu YC, et al. Temporal trend of newly diagnosed incidence, medical utilization, and costs for pediatric urolithiasis, 1998-2007: a nationwide population-based study in Taiwan. Urology. 2015; 85(1):216-220.

Saitz TR, Mongoue-Tchokote S, Sharadin C, et al. 24 Hour urine metabolic differences between solitary and multiple stone formers: Results of the Collaboration on Urolithiasis in Pediatrics (CUP) working group. J Pediatr Urol. 2017; 13(5):506.e1-506.e5.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Smith J, Stapleton FB. Kidney stones in children: acute management. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on August 19, 2022).

Smith J, Stapleton FB. Kidney stones in children: clinical features and diagnosis. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on August 19, 2022).

Smith J, Stapleton FB. Kidney stones in children: epidemiology and risk factors. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on August 19, 2022).

Smith J, Stapleton FB. Kidney stones in children: prevention of recurrent stones. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on August 19, 2022).

Panzarino V. Urolithiasis in Children. Adv Pediatr. 2020; 67:105-112.

Jobs K, Rakowska M, Paturej A. Urolithiasis in the pediatric population - current opinion on epidemiology, patophysiology, diagnostic evaluation and treatment. Dev Period Med. 2018; 22(2):201-208

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE TRANSTORNO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de disfunção erétil.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A disfunção erétil é definida como a persistente falha em ter ou manter uma ereção com rigidez e duração suficientes para permitir uma relação sexual satisfatória. A prevalência do transtorno tende a ser alta na população geral e a aumentar com a idade, especialmente depois dos 50 anos. Uma série de estudos determinou que, entre 20-75 anos, a prevalência seria de 16%. Entre 20-30 anos, a prevalência foi de 8%, e, entre 70-75 anos, de 37%.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

Quadro clínico:

- Incapacidade em conseguir ou manter ereções durante o ato sexual com duração mínima de 6 meses;
- Ocorre na maioria das tentativas de relação (mais que 75% dos casos);
- Estão comumente associados: Baixa autoestima, baixa autoconfiança, diminuição da sensação de masculinidade, humor deprimido, medo ou evitação de relações, diminuição da satisfação sexual e do desejo sexual no paciente e em sua(seu) parceira(o);

Classificação quanto ao início do quadro:

- **Primária:** Forma rara, na qual o paciente sempre teve dificuldade em ter e manter a ereção;
- **Secundária:** Manifestação mais comum, na qual o paciente começa a apresentar a disfunção em determinado momento, mas havia funcionamento normal antes;
- **Total:** Não consegue ter ereções em nenhum momento e sob nenhuma circunstância;
- **Situacional:** Quando a disfunção ocorre em apenas algumas situações, mas não em todas. Por exemplo, consegue manter a ereção ao se masturbar, mas não com sua(seu) parceira(o).

FATORES DE RISCO

✓ **Fatores temperamentais:** Certos traços de personalidade, depressão, ansiedade (ex.: Ansiedade de performance) etc.;

✓ **Fatores socioculturais:** Educação, religião etc.;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Idade;
- Tabagismo;
- Estresse;
- Fadiga;
- Consumo de álcool ou outras drogas;
- Obesidade;
- Dislipidemia;
- Hipertensão;
- Outras doenças cardiovasculares (grande correlação);
- Sedentarismo;
- Diabetes;
- Outras doenças endócrinas (ex.: hipotireoidismo, deficiência de testosterona etc.);
- Secundário a outras formas de disfunção sexual masculinas (ex.: transtorno do desejo hipoativo ou ejaculação precoce);
- Problemas com os relacionamentos anteriores;
- Andar de bicicleta (controverso);
- Síndrome das pernas inquietas;
- Apneia obstrutiva do sono;
- Esclerodermia;
- Doença de Peyronie;
- Tratamento de câncer de próstata (braquiterapia e prostatectomia);
- Uso de certas medicações (anti-hipertensivos, diuréticos tiazídicos, Espironolactona, Metildopa, Clonidina, antidepressivos, Cetoconazol e Cimetidina);
- Alterações neurológicas (ex.: lesão medular, esclerose múltipla e demência);
- Pornografia: Resultados dos estudos conflitantes (controverso);
- Doença renal crônica.

Exame Físico

Sugere-se que o exame físico inclua:

- Uma avaliação cuidadosa dos pulsos femorais e periféricos;
- Procurar por placas penianas (indicativas de doença de Peyronie);
- Avaliar se há alterações capilares, ginecomastia, diminuição dos testículos (sinais de hipogonadismo);
- Avaliar o reflexo cremastérico, que é um indício de integridade do centro toracolombar da ereção;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Avaliar alterações do campo visual, que pode estar presente em homens hipogonádicos com tumores de hipófise;
- Aferir pressão arterial e calcular o IMC.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico deve incluir, além do exame físico e dos exames complementares, uma anamnese, em que se avalie a libido, a reserva erétil, a presença de conflitos interpessoais, o início do problema, os fatores de risco (como medicações em uso) e as causas (tentar identificar qual a condição subjacente ao quadro). É muito importante avaliar quando o problema começou e as situações em que ocorre. Informações do(a) companheiro(a) também podem ser úteis.

ACHADO	POSSÍVEL CAUSA
Início agudo	Psicogênica, trauma geniturinário
Ereção não sustentada	Ansiedade, vazamento venoso
Depressão ou uso de drogas	Depressão, drogas
Perda de ereção noturnas	Doença vascular ou neurológica

Tabela 31 – Achado e possíveis causas

Exames de rotina:

- Glicemia de jejum ou hemoglobina glicada;
- Hemograma completo;
- Função renal;
- Função hepática;
- Função tireoidiana;
- Perfil lipídico;
- Testosterona sérica total (se baixa, solicitar prolactina também);

Exames avançados:

- Testes de tumescência e rigidez peniana noturna;
- Teste de injeção intracavernosa;
- Doppler peniano;
- Teste neurológico;
- Arteriografia pudenda;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Avaliação psicológica;

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Depressão;
- Função erétil normal (em homens com excessivas expectativas);
- Uso de substâncias ou medicações;
- Outras causas clínicas: Doenças vasculares, lesões medulares;
- Outros transtornos sexuais: Ejaculação precoce, transtorno do desejo sexual masculino hipoativo.

TRATAMENTO

Tratamento Farmacológico

Inibidores da PDE-5 (primeira linha): Escolha uma das seguintes opções:

- Citrato de sildenafila (25, 50 ou 100 mg/comprimido) iniciar com 50 mg VO, em dose única, 1 hora antes da relação sexual, de preferência de estômago vazio. Dose: 25-100 mg;
- Vardenafila (5, 10 ou 20 mg/comprimido) iniciar com 10 mg VO, em dose única, 30 minutos antes da relação sexual, de preferência de estômago vazio;
- Tadalafila (5, 10 e 20 mg/comprimido) iniciar com 10 mg VO, em dose única, 30 minutos antes da relação sexual. Dose (sem ser uso contínuo): 5-20 mg/dia;

Em caso de uso contínuo: sugere-se 5 mg/dia, sempre no mesmo horário.

Tratamento Não Farmacológico

- Mudança de estilo de vida: Evitar obesidade e sedentarismo.
- Tratamento das comorbidades (especialmente dislipidemia).
- Psicoterapia, caso estejam associados transtornos ansiosos ou do humor.

Orientações ao Paciente

Alertar o paciente sobre a importância de respeitar a dosagem máxima diária de cada fármaco.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de resposta ao tratamento.
- Taxa de efeitos colaterais.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatry Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L. Psicofármacos - Consulta Rápida. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

Cunningham GR, Rosen RC. Overview of male sexual dysfunction. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on January 29, 2024).

Khera M. Evaluation of male sexual dysfunction. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on January 29, 2024).

Gonzáles AI, Sties SW, Wittkopf PG, et al. Validação do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) para uso no Brasil. Arq Bras Cardiol. 2013; 101(2):176-82.

Khera M. Treatment of male sexual dysfunction. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on January 29, 2024).

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de Psiquiatria - Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11a ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE FIMOSE E PARAFIMOSE

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de fimose e parafimose.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

FIMOSE: Estreitamento anatômico do orifício prepucial que impede a exposição total ou parcial da glande. Refere-se à impossibilidade ou dificuldade de retração do prepúcio e exposição da glande

- **Congênita**: Considerada fisiológica até 3-4 anos de idade;
- **Adquirida (patológica):** Relacionada com higiene inadequada, balanopostite crônica, balanite xerótica obliterante, retração forçada do prepúcio, trauma peniano.

PARAFIMOSE: Retenção do prepúcio atrás do sulco coronal acompanhada de incapacidade de redução do prepúcio retraído sobre a glande em sua posição normal.

Após a formação do anel de constrição, segue-se um edema na glande em decorrência da congestão venosa e linfática.

Eventualmente, pode haver comprometimento do suprimento vascular arterial distal, prejudicando sequencialmente os fluxos bulbar e uretral e podendo evoluir tardiamente para necrose cutânea ou peniana.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

✓ **FIMOSE**

Anamnese

Em geral, os pais se queixam de não conseguir realizar a retração do prepúcio. Pode haver relato de abaulamento do prepúcio durante a micção, o que corresponde à coleta de urina entre a glande e o prepúcio, com posterior exteriorização;

Os pais podem se queixar da presença de abaulamentos na região prepucial, contendo coleções amareladas (cistos de retenção de esmegma) ou saída de massa esbranquiçada da região peniana (saída de esmegma) durante tentativa de exposição da glande;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Ainda podem ocorrer balanopostite, quadro infeccioso resultante de coleção de urina e secreções decorrentes da maior dificuldade de higienização peniana na presença da fimose;

Outras queixas possíveis em casos de complicações:

- Edema e dor peniana;
- Disúria;
- Redução do fluxo urinário;
- Dor à ereção;
- Infecções urinárias de repetição.

Exame físico

Com a criança posicionada em decúbito dorsal, o examinador realiza movimentos delicados de retração prepucial com o uso dos dedos polegar e indicador de ambas as mãos. Os movimentos se realizam na direção da base peniana, na tentativa de expor a glande. Deve-se ter cuidado para não provocar o descolamento forçado do prepúcio. Em casos de não exposição total da glande, confirma-se o diagnóstico de fimose, sendo possível classificar seu grau;

A aderência balanoprepucial é uma situação fisiológica em que o prepúcio se encontra aderido à glande sem estreitamento do orifício prepucial. Trata-se de uma situação fisiológica que, em geral, resolve-se até 5-6 anos de idade. É o principal diagnóstico diferencial com a fimose.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

✓ **PARAFIMOSE**

Anamnese

- Irritabilidade (na criança);
- Dificuldade de urinar, sintomas obstrutivos em crianças e adolescentes;
- Obstrução urinária aguda;
- Edema e dor na glande;
- Edema doloroso do prepúcio retraído;
- Presença de banda de constrição do tecido proximal à glande no sulco coronal;
- O comprometimento afeta apenas a glande, não havendo alterações no restante do pênis (o corpo do pênis parece flácido).

Fatores de risco:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Fimose (congênita ou adquirida);
- Procedimento geniturinário sem retração posterior do prepúcio sobre a glande: exame peniano, cateterização urinária, cistoscopia, cirurgia endourológica;
- Atividade sexual vigorosa;
- Automanipulação pela criança ou retração inapropriada do prepúcio pelo cuidador no momento da higiene;
- Trauma peniano;
- PIERCING PENIANO OU URETRAL.

DIAGNÓSTICO

✓ **FIMOSE**

Diagnóstico essencialmente clínico com base no exame físico peniano.

Classificação da fimose:

- Grau 0: Retração completa;
- Grau 1: Retração completa, com estreitamento atrás da glande;Grau 2: Exposição parcial da glande limitada pelo prepúcio;
- Grau 3: Retração prepucial parcial com exposição apenas do meato uretral;
- Grau 4: Retração prepucial discreta, mas não há exposição nem da glande nem do meato uretral;
- Grau 5: Nenhuma retração prepucial é possível.

✓ **PARAFIMOSE**

Considerar diagnóstico realizado apenas por exame clínico;

Excluir sempre a presença de um corpo estranho (pelos, objeto metálico, banda de borracha, vestimenta, fio) garroteando o pênis;

Verificar evidência da banda/anel de constrição e alteração distal do pênis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

✓ **FIMOSE**

- Aderência balanoprepucial;
- Hipospadia;
- Epispadia;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Pênis embutido ou incluso;
- Micropênis;
- Fusão penoescrotal.

✓ **PARAFIMOSE**

- Diagnóstico Diferencial
- Balanopostite;
- Urticária;
- Fratura peniana;
- Estado edematoso generalizado;
- Angioedema;
- Hematoma peniano;
- Edema peniano idiopático.

TRATAMENTO

✓ **FIMOSE**

Tratamento Farmacológico

Corticosteroide tópico:

- Dipropionato de betametasona creme (0,05%) uso tópico 2x/dia, durante 4-6 semanas;
- Valerato de betametasona creme ou pomada (0,1-0,2%) uso tópico 2x/dia, durante 4-6 semanas;
- Mometasona pomada (0,05-0,1%) uso tópico 2x/dia, durante 4-6 semanas;
- Triancinolona creme ou pomada (0,01-0,5%) uso tópico 2x/dia, durante 4-6 semanas;
- Clobetasol creme (0,05%) tópico 2x/dia, durante 4-6 semanas;
- Dexametasona creme (0,1%) uso tópico 2x/dia, durante 4-6 semanas;
- Fluticasona creme (0,05%) uso tópico 2x/dia, durante 4-6 semanas;
- Hidrocortisona pomada ou creme (0,2%) uso tópico 2x/dia, durante 4-6 semanas.

✓ **PARAFIMOSE**

Tratamento farmacológico

Analgesia/anestesia:

- Controle sintomático, bem como auxílio para manobras de redução;
- Analgesia, incluindo opioides;
- A anestesia pode ser local com Lidocaína gel ou bloqueio do nervo dorsal peniano associado a bloqueio em anel (sempre sem uso de Epinefrina);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Pode-se aplicar anestésico diretamente sobre o local de incisão;
- Em crianças, o procedimento é realizado, na maioria das vezes, com sedação.

Métodos invasivos:

- Técnica de punção;
- Fenda dorsal (ver figura técnica de fenda dorsal;
- Postectomia de emergência;
- Técnica de aspiração;

Avaliação cirúrgica especializada:

- Após redução bem-sucedida da parafimose: Realizar avaliação de postectomia eletiva;
- Insucesso na redução e sinais de sofrimento isquêmico (coloração azulada ou preta da pele com endurecimento à palpação): Realizar avaliação de urgência.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de resolução.
- Taxa de reincidência da fimose.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Moreno G, Ramirez C, Corbalán J, et al. Topical corticosteroids for treating phimosis in boys. Cochrane Database Syst Rev. 2024; 1(1):CD008973.

McPhee AS, Stormont G, McKay AC. Phimosis. [Internet]. StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. (Accessed on February 7, 2024)

Sridharan K, Sivaramakrishnan G. Topical corticosteroids for phimosis in children: a network meta-analysis of randomized clinical trials. Pediatr Surg Int. 2021; 37(8):1117-1125.

Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul. SOF Qual o manejo da fimose em crianças? São Paulo: BVS Atenção Primária em Saúde, 2019.

American Academy of Pediatrics Task Force on Circumcision. Male circumcision. Pediatrics. 2012; 130(3):e756-e785.

Hayashi Y, Kojima Y, Mizuno K, et al. Prepuce: phimosis, paraphimosis, and circumcision. ScientificWorldJournal. 2011; 11:289-301.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Kliegman RM, Stanton B, Geme JS, et al. Nelson Textbook of pediatrics. 19th ed. Philadelphia: Elsevier, 2011.

McCollough M, Sharieff GQ. Abdominal surgical emergencies in infants and young children. Emerg Med Clin North Am. 2003; 21(4):909-935

Reynard JM, Barua JM. Reduction of paraphimosis the simple way - the Dundee technique. BJU Int. 1999; 83(7):859-860.

Gausche M. Genitourinary surgical emergencies. Pediatr Ann. 1996; 25(8):458-467.

Kikiros CS, Beasley SW, Woodward AA. The response of phimosis to local steroid application. Pediatric Surgery International. 1993; 8(4):329-332.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de doença renal crônica.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Síndrome clínica secundária à alteração definitiva da função e/ou da estrutura do rim, e caracteriza-se por sua irreversibilidade com evolução lenta e progressiva.

Em termos práticos, a doença renal crônica (DRC) é constatada se:

- Taxa de filtração glomerular < 60 mL/minuto/1,73m²; OU
- Evidência de dano renal (ex.: albuminúria);
- Achados anormais em exames de imagem por mais de 3 meses.

FATORES DE RISCO

- Volume de urina geralmente baixo;
- Alta excreção urinária de ácido úrico, de cálcio e de oxalato;

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Anamnese e Exame Físico

Pacientes costumam permanecer assintomáticos até que haja perda de, pelo menos, 50% de sua função renal (estágio 3). Sendo assim, muitas vezes o diagnóstico de DRC é obtido por meio de achados em exames de rotina, principalmente em pacientes com fatores de risco (hipertensão arterial sistêmica [HAS] e diabetes melito [DM]), submetidos ao rastreamento.

As manifestações de início do quadro clínico sintomático costumam ser com:

- Hematúria: em casos de glomerulonefrites;
- Urina espumosa;
- Alterações de rotina de micção (polaciúria, noctúria, oligúria);
- HAS;
- Edema podendo ser periférico (principalmente perimaleolar e periorbitário) até anasarca;
- Anemia com fraqueza associada;
- Manifestações urêmicas (náuseas, vômitos, inapetência, hálito urêmico, prurido, confusão mental, convulsões, pericardite, neuropatia e outros);
- Gosto metálico.

DIAGNÓSTICO

Antecedentes pessoais: Investigar possíveis etiologias para DRC, avaliando:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- HAS: nefrosclerose hipertensiva;
- DM;
- Glomerulopatias primárias ou tubulointersticiais;
- Doenças vasculares renais;
- Doenças autoimunes sistêmicas (ex.: lúpus eritematoso sistêmico, vasculites associadas ao anticorpo anticitoplasma de neutrófilo [ANCA]);
- Uropatia obstrutiva;
- Pielonefrite crônica;
- Medicamentos (principalmente anti-inflamatórios não esteroides [AINEs]);
- Doenças congênitas (principalmente malformação do sistema urinário); avaliar doenças familiares.

Exames laboratoriais iniciais:

- Ureia e creatinina sérica;
- Urinálise (elementos anormais do sedimento [EAS] ou urina tipo 1);
- Relação albumina/creatinina na urina (spot urinário) ou urina de 24 horas (com dosagem de proteinúria);
- Hemograma completo;
- Eletrólitos;
- Ultrassonografia (USG) de sistema urinário.
- Hemograma (para avaliação de anemia);
- Cálcio;
- Fosfato e paratormônio (PTH, para avaliação de hiperparatireoidismo secundário);
- 25-OH-vitamina D (manter acima de 30 nanogramas/mL);
- Ácido úrico (associação comum com hiperuricemia);
- Lipidograma (profilaxia primária com estatina) caso já estabelecido o diagnóstico de DRC e para acompanhamento, de acordo com o estágio da doença.
- USG renal: indicada inicialmente para diagnóstico diferencial;
- Biópsia Renal;
- Urinálise (EAS ou urina tipo 1);
- Hemograma completo;
- Cálcio, fosfato e PTH (metabolização óssea);
- Bicarbonato de sódio (reserva alcalina);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

TRATAMENTO

Dieta e Hidratação

✓ **Dieta:**

- Restrição de sal: < 2 g/dia;
- Restrição proteica leve (0,8 g/kg/dia): Pelo menos 50% de proteínas de alto valor biológico (se paciente com doença renal terminal, recomenda-se 0,9 g/kg/dia para evitar desnutrição).
- Restrição de potássio na dieta se paciente apresentar hipercalemia.
- Restrição hídrica: Ingestão controlada de líquidos. Na prática, um volume estimado de 500 mL/dia, acrescido da quantidade equivalente ao débito urinário de 24 horas, é aceitável. De modo geral, o paciente com diurese preservada (a maioria dos casos) não precisa de restrição hídrica significativa.
- Restrição de fosfato (800 mg/dia), se hiperfosfatemia.

Tratamento Farmacológico

Nefroproteção:

- Losartana (geralmente disponível no Sistema Único de Saúde [SUS]) (50 mg/comprimido) 25-100 mg/dia VO de 12/12 ou 24/24 horas (dose máxima: 100 mg/dia);
- Valsartana (80 mg/comprimido) 80-320 mg/dia VO de 24/24 horas;
- Candesartana (8 mg/comprimido) 8-32 mg/dia VO de 24/24 horas;
- Captopril (geralmente disponível no SUS) (25 mg/comprimido) 25-100 mg/dia VO de 8/8 horas;
- Enalapril (geralmente disponível no SUS) (5 mg/comprimido) 2,5-40 mg/dia VO de 12/12 horas (dose máxima: 40 mg/dia);
- Ramipril (2,5 mg/comprimido) 2,5-10 mg/dia VO de 24/24 horas.

Pacientes com albuminúria > 500 mg/dia (ou 500 mg/g de creatinina no SPOT urinário) que estão em uso de IECA ou BRA, independentemente de DM:

- Dapagliflozina 5 a 10 mg/dia em dose única diária;
- Finerenona: Recomendada quando paciente com terapia para DM otimizada e uso de IECA ou BRA. Estudos iniciais sugerem que há benefício mesmo quando em associação a inibidores do cotransportador sódio-glicose (iSGLT2). Aguardam-se mais estudos para comprovar os resultados.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Tratamento da anemia – reposição de ferro:

- Sulfato ferroso (300 mg/comprimido) 300 mg VO de 8/8 horas. No paciente com DRC avançada, a absorção de ferro pela via enteral é prejudicada pelo aumento dos níveis de hepcidina. Nesses casos, a suplementação de vitamina C é sugerida por algumas bibliografias (acidifica a urina e favorece a absorção intestinal);

Tratamento da hiperfosfatemia:

- Carbonato de cálcio (geralmente disponível no SUS) (500-1.500 mg/comprimido) 1 comprimido VO 1-3x/dia, junto às refeições;
- Sevelâmer (800 mg/comprimido) 800-1.600 mg VO de 8/8 horas (se hipercalcemia associada e somente em pacientes que estão em diálise).

Tratamento de hipervolemia:

- Furosemida (geralmente disponível no SUS) 40 mg/comprimido ou 20 mg/2 mL) 40-160 mg/dia VO.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de progressão da doença;
- Taxa de adesão ao tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Inter Suppl. 2013; 3(1):1-150.

Chen TK, Knicely DH, Grams ME. Chronic kidney disease diagnosis and management: a review. JAMA. 2019; 322(13):1294-1304.

Barrera-Chimal J, Lima-Posada I, Bakris GL, et al. Mineralocorticoid receptor antagonists in diabetic kidney disease - mechanistic and therapeutic effects. Nat Rev Nephrol. 2022; 18(1):56-70

Pitt B, Filippatos G, Agarwal R, et al. Cardiovascular events with finerenone in kidney disease and type 2 diabetes. N Engl J Med. 2021; 385(24):2252-2263.

Romagnani P, Remuzzi G, Glassock R, et al. Chronic kidney disease. Nat Rev Dis Primers. 2017; 3:17088.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Abboud H, Henrich WL. Clinical practice. Stage IV chronic kidney disease. N Engl J Med. 2010; 362(1):56-65.

Hruska KA, Teitelbaum SL. Renal osteodystrophy. N Engl J Med. 1995; 333(3):166-174.

Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th ed. New York: McGraw-Hill, 2012.

Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Heerspink HJL, Stefánsson BV, Correa-Rotter R, et al.; DAPA-CKD Trial Committees and Investigators. Dapagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. N Engl J Med. 2020; 383(15):1436-1446.

Greite R, Schmidt-Ott K. Was ist gesichert in der Therapie der chronischen Nierenerkrankung? [What is confirmed in the treatment of chronic kidney disease?]. Inn Med (Heidelb). 2022; 63(12):1237-1243. German.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Lipid Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Lipid Management in Chronic Kidney Disease. Kidney Inter. 2013; 3(Suppl.):259-305.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE PERDA AUDITIVA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com perda da audição.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Perda de audição, é uma redução na capacidade de ouvir sons, torna a vida diária e a comunicação mais difíceis. Podendo perder parte ou toda a audição em um ou nos dois ouvidos. Se o paciente tiver perdido apenas parte da sua audição, pode simplesmente achar que as pessoas não estão falando com clareza. Ou pode apenas perceber que é difícil entender pessoas falando quando estiver em um ambiente ruidoso, como em uma festa ou restaurante.

- A maioria das perdas auditivas acontece gradualmente, ao longo de muitos anos;
- Perda de audição súbita é menos comum e ocorre em poucas horas ou durante a noite;
- Acúmulo de cera, infecções otológicas, envelhecimento e ruídos elevados são as causas mais comuns de perda auditiva;
- Menos frequentemente, a perda de audição é causada por uma doença, medicamento ou tumor cerebral;
- Crianças e idosos devem ser triados para perda auditiva;
- Se o paciente apresentar perda auditiva associada a outros sintomas, como tontura, zumbido ou dormência no rosto, deverá procurar um médico para realizar testes para outros problemas de saúde.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

O médico realizara perguntas sobre a perda auditiva e outros sintomas. Perguntando sobre o histórico de saúde e usos de medicamentos.

O médico também perguntará há quanto tempo o paciente vem notando a perda auditiva, se ocorre em um ou nos dois ouvidos, e se aconteceu após algum evento repentino

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

(por exemplo, lesão da cabeça, mudança súbita na pressão, ou com o início do uso de um medicamento). Também é importante que anotem o seguinte:

- Sintomas no ouvido, como dor ou entupimento do ouvido, zumbidos ou zunidos nos ouvidos (acufeno) ou secreção
- Sintomas relacionados ao equilíbrio, como desorientação no escuro ou uma falsa sensação de estar girando ou se movendo (vertigem).
- Sintomas neurológicos, como dor de cabeça, fraqueza da face ou um paladar anormal

Exame Físico

O médico examinará os ouvidos fazendo testes de audição como:

- Audiometria (o paciente usará fones de ouvido e deverá levantar a mão quando ouvir um som; o objetivo é medir o som mais baixo que o paciente consegue ouvir)
- Testes de limiar da fala (o paciente ouvirá palavras faladas com volumes diferentes para testar o quanto o volume precisa aumentar para que possa compreendê-las)
- Testes de discriminação (duas palavras com som muito parecidos serão pronunciadas uma após a outra para testar a capacidade de diferenciá-las)
- Timpanometria (ondas de som serão refletidas no tímpano para testar a qualidade da passagem do som pelo seu ouvido)

EXAMES COMPLEMENTARES

- RM (ressonância magnética) ou TC (tomografia computadorizada).

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Se possível, os médicos tratam a causa da perda auditiva.

Muitos tipos de perda auditiva não têm cura, portanto os tratamentos incluem dispositivos e maneiras de ajudar a pessoa a se comunicar, como:

- Aparelhos auditivos

Outras coisas que podem ajudar com a perda auditiva incluem:

- Sistemas de alerta que ajudam a saber quando algo está fazendo barulho, como uma campainha, um detector de fumaça ou um bebê chorando

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Legendas para vídeos
- Língua de sinais
- Sistemas sonoros especiais para teatros, igrejas ou outros lugares onde outros ruídos dificultam a audição
- Sistemas especiais para telefone
- Um implante coclear (dispositivo que envia sinais elétricos diretamente para os nervos que ajudam a ouvir)
- Um implante no tronco cerebral se você apresentar lesões nos nervos que ajudar a ouvir

Crianças com perda auditiva precisam de ajuda especial para aprender a utilizar a linguagem. Isso pode incluir a linguagem de sinais e terapia da fala.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NATIONAL INSTITUTE ON DEAFNESS AND OTHER COMMUNICATION DISORDERS. Hearing Loss. Bethesda: National Institutes of Health, 2023. Disponível em: https://www.nidcd.nih.gov/health/hearing-loss. Acesso em: 2 set. 2024.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE OTITE MÉDIA AGUDA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial a paciente com otite média aguda.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A otite média aguda (OMA) é caracterizada pela instalação rápida de sinais e sintomas inflamatórios da orelha média, é mais prevalente em meninos e tem pico de incidência entre 6 e 24 meses de idade. Os principais agentes etiológicos são Haemophilus influenza, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis, Streptococcus do grupo A e Staphylococcus aureus.

Segundo a Academia Americana de Pediatria o diagnóstico é clínico, sendo necessário ao menos um dos seguintes critérios:

- Abaulamento moderado ou severo de Membrana timpânica (MT); ou
- Presença de otorréia de início recente não atribuível a otite externa; ou
- Abaulamento leve de MT e mais:

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

Pesquisar se o paciente teve quadro clínico de resfriado comum ou de gripe, com tosse e rinorreia, devido a sua relação com OMA. Questionar em casos de pacientes pediátricos se eles frequentam creche, e se eles convivem com fumantes. A OMA sem queixa álgica, se não for realizada a otoscopia, só irá ser percebida após a ruptura da membrana timpânica. Em bebês, uma história de aleitamento artificial pode elevar o risco de otite média aguda em até cinco vezes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Relato de febre e intensidade da dor serão elementos importantes da história, para se classificar o tipo de OMA:

- Temperatura < 39º + otalgia leve = OMA leve
- Temperatura > 39o + otalgia moderada/intensa = OMA severa

Exame Físico

O exame físico revelará uma membrana timpânica abaulada e opacificada com um reflexo de luz atenuado. A membrana pode apresentar uma coloração branca, amarela, rosa ou vermelha. Geralmente, o diagnóstico é feito por meio de otoscopia convencional.

EXAMES COMPLEMENTARES

- Indicação de exames diagnósticos.
- Apenas se suspeita de complicações como mastoidite (TC de mastoide), meningite (LCR), abcesso cerebral (TC ou RM de crânio), labirintite, paralisia facial, trombose.

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Tratamento inicial

- Analgesia com dipirona, paracetamol ou ibuprofeno
- < 6 meses: antibióticoterapia por 10 dias
- Entre 6 meses e 2 anos: antibióticoterapia por 10 dias se presença de sinais e sintomas graves
- > 2 anos: antibióticoterapia por 5-7 dias se presença de sintomas graves

Sinais e sintomas graves:

- Otalgia a mais de 48 horas
- Febre ≥ 39°C
- OMA bilateral
- Presença de otorréia
- Toxemia

Opções Terapêuticas:

Critérios de internação hospitalar: sinais de complicações como mastoidite, meningite e abcesso cerebral.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Não prescrição de antibióticoterapia para otites virais;
- Não prescrição de outras terapias para OMA com uso de anti-histamínicos, corticoides, descongestionantes, antibióticos tópicos e anti-inflamatórios não hormonais.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Schappert SM, Rechtsteiner EA. Ambulatory medical care utilization estimates for 2007. Vital Health Stat 13. 2011 Apr;(169):1-38. PMID: 21614897.

Jacobs MR, Dagan R, Appelbaum PC, Burch DJ. Prevalence of antimicrobial-resistant pathogens in middle ear fluid. Antimicrob Agents Chemother. 1998;42(3):589–59.

Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, Joffe MD, Miller DT, Rosenfeld RM, Sevilla XD, Schwartz RH, Thomas PA, Tunkel DE. The

diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics. 2013 Mar;131(3):e964-99.

American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics. 2004 May;113(5):1451-65.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com pneumonia adquirida na comunidade.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Pneumonia é a infecção do parênquima pulmonar por bactérias, organismos "atípicos" (que não são detectados na coloração Gram e nem crescem nos meios de cultura padrão) e vírus.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

Achados clínicos que elevam a probabilidade de pneumonia a História de tosse, febre, calafrios, dor torácica pleurítica e dispneia.

Exame Físico

Sinais vitais mostrando taquipneia, taquicardia e hipertermia; exame físico com macicez à percussão, redução dos sons respiratórios, crepitações, roncos ou egofonia.

EXAMES COMPLEMENTARES

- Indicação de radiografia de tórax - Quadro clínico compatível com pneumonia (em 7% dos pacientes a imagem só aparece após 48 horas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Confirmação diagnóstica - Presença de novo infiltrado radiológico associado a quadro clínico compatível;
- Indicação de tomografia - Suspeita de pneumonia forte com radiografia de tórax negativa.

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Tratamento de pacientes ambulatoriais O tratamento antibiótico inicial é definido de forma empírica devido à impossibilidade de se obterem resultados microbiológicos logo após o diagnóstico da PAC, o que permitiria escolher antibióticos dirigidos a agentes específicos. A escolha do antibiótico deve levar em consideração: 1) patógeno mais provável no local de aquisição da doença; 2) fatores de risco individuais; 3) presença de doenças associadas; e 4) fatores epidemiológicos, como viagens recentes, alergias e relação custo-eficácia. A cobertura antibiótica para patógenos atípicos nos casos de PAC de menor gravidade ainda é controversa, e vários estudos não mostraram vantagens com essa conduta. Um estudo cruzado comparando o uso de betalactâmicos vs. betalactâmicos mais macrolídeos vs. novas fluoroquinolonas ativas contra germes respiratórios (levofloxacino, moxifloxacino ou gemifloxacino) demonstrou a falta de inferioridade na mortalidade em 90 dias com os betalactâmicos isoladamente em comparação aos outros regimes antibióticos em PAC não grave.

A duração ideal da antibioticoterapia no tratamento da PAC não está ainda definitivamente estabelecida. A antibioticoterapia de curta duração parece ser a mais apropriada, uma vez que proporciona menor exposição do paciente à ação de antibióticos, reduz a ocorrência de efeitos adversos, diminui o desenvolvimento de resistência por parte dos microrganismos, melhora a adesão dos pacientes e pode minimizar o tempo de internação e os custos financeiros. Adicionalmente, tratamentos muito longos favorecem o desenvolvimento de resistência bacteriana e a ocorrência de efeitos adversos potencialmente graves, como infecções por Clostridium difficile. No entanto, o tratamento curto deve ser tão eficaz quanto os tratamentos mais longos no que diz respeito às taxas de mortalidade, complicações e recorrência da doença. As recomendações sobre o tempo ideal de antibioticoterapia têm se modificado ao longo do tempo, havendo discrepâncias entre diretrizes a esse respeito.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Fármaco	Via	Dose	Intervalo, h
Amoxicilina/ácido clavulânico	Oral	875/125 mg	8
Amoxicilina/ácido clavulânico	Oral	2.000/135 mg	12
Amoxicilina/ácido clavulânico	Intravenosa	1.000-2.000/200 mg	8-12
Ampicilina/sulbactam	Intravenosa	1,5/3,0 g	6-8
Azitromicina	Oral-intravenosa	500 mg	24
Cefepima	Intravenosa	2 g	12
Cefotaxima	Intravenosa	1-2 g	8
Ceftarolina	Intravenosa	600 mg	12
Ceftriaxona	Intravenosa	1 g	12
Ciprofloxacino	Oral	500-750 mg	12
Ciprofloxacino	Intravenosa	400 mg	8-12
Claritromicina	Oral	500 mg	12
Claritromicina liberação prolongada	Oral	1.000 mg	24
Claritromicina	Intravenosa	500 mg	12
Clindamicina	Oral	600 mg	12
Clindamicina	Intravenosa	600 mg	8
Ertapenem	Intravenosa	1 g	24
Imipenem	Intravenosa	1 g	8
Levofloxacino	Oral	500-750 mg	24
Levofloxacino	Intravenosa	750 mg	24
Linezolida	Oral-intravenosa	600 mg	12
Meropenem	Intravenosa	1 g	8
Moxifloxacino	Oral	400 mg	24
Piperacilina-tazobactam	Intravenosa	4 g/0,5 g	6-8
Vancomicina	Intravenosa	500 mg/1.000 mg	6/12

Tabela 32 - Posologia e vias de administração de antibióticos utilizáveis no tratamento da pneumonia adquirida na comunidade.

MONITORAMENTO

- Reavaliação em 48-72 horas após o início do tratamento.
- Se não houver melhora clínica, considerar outras causas (como resistência bacteriana ou complicações) e ajuste do tratamento.

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

- Informar sobre os sinais de alarme para procurar atendimento médico imediato: piora da dispneia, febre persistente, confusão, ou agravamento dos sintomas.
- Manter hidratação adequada e repouso.
- Vacinação pneumocócica e contra influenza, especialmente para grupos de risco.

FATORES DE RISCO PARA RESISTÊNCIA

- Uso recente de antibióticos (nos últimos 3 meses).
- Comorbidades crônicas (DPOC, insuficiência cardíaca, imunossupressão).

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Aderência a antibioticoterapia recomendada;
- Taxa de reconsulta em 30 dias.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Welte T, Torres A, Nathwani D. Clinical and economic burden of community-acquired pneumonia among adults in Europe. Thorax. 2012;67(1):71-9. https://doi.org/10.1136/thx.2009.129502

Bantar C, Curcio D, Jasovich A, Bagnulo H, Arango Á, Bavestrello L, et al. Updated acute community-acquired pneumonia in adults: Guidelines for initial antimicrobial therapy based on local evidence from the South American Working Group (ConsenSur II)[Article in Spanish]. Rev Chil Infectol. 2010;27 Suppl 1:S9-S38.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE ADENOIDE

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial ao paciente com adenoide.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Adenoides são tecidos localizados na parte posterior do nariz, importantes para o sistema imunológico infantil. Quando aumentadas, podem causar dificuldades respiratórias, ronco e infecções. O tratamento pode incluir medicação ou cirurgia, conforme orientação médica.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

História clínica detalhada, incluindo:

- Sintomas respiratórios, como ronco, apneia do sono, respiração bucal.
- Otite média de repetição ou perda auditiva.
- Sinusite ou infecções respiratórias frequentes.

Exame Físico

Exame físico com inspeção da cavidade oral e orofaríngea.

- Nasofibroscopia pode ser indicada para avaliação mais precisa do tamanho da adenoide.

No exame físico, o paciente com hipertrofia de adenóide geralmente respira pela boca, tem um caráter hiponasal na voz e pode ter as características faciais conhecidas como fácies adenóide, que incluem palato duro arqueado alto, altura facial aumentada e retrusão do terço médio da face. Um exame físico completo deve ter como objetivo descartar outras causas potenciais de obstrução nasal, como corpos estranhos nasais, rinossinusite, polipose nasal e anormalidades congênitas, como atresia coanal ou estenose da abertura piriforme.

EXAMES COMPLEMENTARES

- Ressonância magnética;
- Radiografia lateral de cabeça e pescoço;
- Videofluoroscopia;

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Na hipertrofia adenóide infecciosa aguda e crônica, o tratamento clínico com antibióticos é o primeiro passo apropriado. A amoxicilina pode ser usada para adenoidite aguda não complicada, no entanto, um inibidor da betalactamase, como o ácido clavulânico, deve ser

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

incluído para infecções crônicas ou recorrentes. Clindamicina ou azitromicina são consideradas alternativas em pacientes com alergia à penicilina. Os esteróides nasais foram sugeridos como uma opção adicional para o tratamento médico com algum sucesso a curto prazo observado, em geral as evidências são mistas quanto à eficácia desses medicamentos e o benefício de reduzir o tamanho da adenóide é baseado no uso diário e prolongado dos medicamentos tópicos.

A adenoidectomia é a opção de tratamento cirúrgico de escolha para hipertrofia adenoideana. A adenoidectomia é considerada para pacientes com sintomas obstrutivos ou infecciosos recorrentes ou persistentes relacionados à hipertrofia adenoideana. A adenoidectomia é realizada sob anestesia geral com o paciente em decúbito dorsal com o pescoço ligeiramente estendido e o cirurgião sentado na cabeceira da mesa cirúrgica. A exposição adequada da faringe posterior é obtida pelo uso de um afastador oral auto-retentor, como uma mordaça bucal de Crowe-Davis, e as adenóides são visualizadas usando um espelho angular ou um endoscópio nasal. Muitas técnicas foram descritas para a realização de uma adenoidectomia. Instrumentos cortantes, como a cureta adenóide ou o adenotomámio, podem ser usados para dissecar nitidamente o tecido adenoideano da parede posterior da faringe, seguido de tamponamento da faringe ou uso de eletrocautério por sucção para hemostasia. Instrumentos de eletrocautério por sucção, co-ablação, plasma, laser e microdebridador foram descritos na literatura como ferramentas usadas para a remoção de tecido adenoideano excessivo durante a adenoidectomia. Independentemente das ferramentas empregadas, o objetivo da adenoidectomia é a redução cirúrgica da massa de tecido adenoideano e/ou eliminar o biofilme bacteriano da superfície do tecido adenoide.

OPÇÕES TERAPÊUTICAS

Tratamento Cirúrgico (Adenoidectomia):

Indicado em casos de:

- Obstrução grave das vias aéreas com apneia do sono.
- Otite média com efusão persistente ou repetida.
- Sinusite crônica ou recorrente.
- Contraindicações cirúrgicas devem ser avaliadas caso a caso.

Acompanhamento:

- Revisão periódica dos sintomas respiratórios e audiológicos.
- Para casos tratados conservadoramente, avaliar a necessidade de intervenção cirúrgica se não houver resposta adequada ao tratamento clínico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de pacientes encaminhadas para cirurgia;
- Taxa de adesão ao tratamento medicamentoso;
- Taxa de reconsulta em 30 dias.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Goeringer GC, Vidić B. A embriogênese e anatomia do anel de Waldeyer. Otolaringol Clin North Am. Maio de 1987; 20(2):207-17. [PubMed]

Ribeiro I. O papel das bactérias anaeróbicas na amigdalite. Int J Pediatr Otorrinolaringo. Janeiro de 2005; 69(1):9-19. [PubMed]

Rout MR, Mohanty D, Vijaylaxmi Y, Bobba K, Metta C. Hipertrofia de adenóide em adultos: uma série de casos. Cabeça e Cirurgia de Pescoço J Otolaringol Indiano. Julho de 2013; 65(3):269-74. [Artigo gratuito do PMC] [PubMed]

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE TRATAMENTO DE PARASITOSES INTESTINAIS

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com parasitoses intestinais.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

As parasitoses intestinais determinam várias consequências; sua maior importância relaciona-se ao efeito nocivo sobre a nutrição das crianças, seu crescimento e o desenvolvimento cognitivo, o que reduz a escolarização e exerce impacto negativo sobre a produtividade no trabalho, com geração de barreira econômica e piora nos níveis de pobreza. Desta forma, mais do que um problema para a saúde, as enteroparasitoses representam um entrave ao desenvolvimento humano e econômico das nações. Outros aspectos são os custos gerados por cuidados médicos e as alterações nos ciclos biológicos dos parasitas em imunocomprometidos.

As características de infecções protozoárias e helmínticas variam de forma importante.

Protozoários

Protozoários são organismos unicelulares que se multiplicam por divisão binária simples (ver Protozoários extraintestinais e Protozoários intestinais e microsporídia). Os protozoários podem se multiplicar nos seus hospedeiros humanos, aumentando em número para produzir infecção intensa. Com raras exceções, infecções por protozoários não causam eosinofilia.

Microsporídia

Os microsporídios são organismos intracelulares formadores de esporos que costumavam ser classificados como protozoários, mas sua análise genética indicou serem fungos ou estarem o estreitamente relacionados com os fungos. A doença em humanos limita-se principalmente a pessoas que têm infecção por HIV ou outras doenças por imunocomprometimento grave. As manifestações clínicas dependem das espécies infectantes e incluem gastroenterite, comprometimento dos olhos e infecção disseminada.

Helmintos

São multicelulares e possuem sistemas de órgãos complexos. Os helmintos podem ser divididos ainda em

- Vermes cilíndricos (nematódeos)
- Vermes achatados (platelmintos), como tênias (cestódios) e fascíolas (trematódeos)

Em contraste aos protozoários, os helmintos não se multiplicam em seres humanos, mas podem provocar respostas eosinofílicas quando migram através do tecido. A maioria dos helmintos possui ciclos de vida complexos que envolvem tempo significativo fora de seus

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

hospedeiros humanos. Alguns, incluindo *Strongyloides stercoralis*, *Capillaria philippinensis* e *Hymenolepis nana*, que podem aumentar por causa de autoinfecção (a prole reinfecta o mesmo hospedeiro em vez de se dispersar para infectar outro hospedeiro). Na estrongiloidíase, a autoinfecção pode resultar em hiperinfecções disseminadas com risco de vida em pessoas imunossuprimidas, em particular aqueles que tomam corticoides.

A gravidade das infecções helmínticas geralmente correlaciona-se com a carga parasitária, embora existam exceções, como quando um único Ascaris causa pancreatite aguda potencialmente fatal ao migrar e obstruir o duto pancreático. A carga parasitária depende do grau de exposição ambiental, de fatores do parasita e das respostas imunes do hospedeiro determinadas geneticamente. Se uma pessoa se desloca de uma área endêmica, o número de vermes adultos diminui com o passar do tempo. Embora alguns parasitas (p. ex., *Clonorchis sinensis*) possam sobreviver por décadas nos seres humanos, muitas espécies têm um tempo de vida de somente poucos anos ou menos.

Nematódeos são vermes cilíndricos, não segmentados, cujo comprimento varia de 1 mm a 1 m. Os nematódeos possuem uma cavidade corpórea, o que os distingue de tênias e trematódeos. Dependendo da espécie, diferentes estágios no ciclo de vida são infecciosos ao ser humano. Milhões de pessoas são infectadas por nematódeos que habitam a flora intestinal e são transmitidos por ovos ou larvas nas fezes; os mais comuns são *Ascaris* (ascaridíase), ancilóstomos, *Trichuris* (tricuríase) e *Strongyloides* (estrongiloidíase).

Cestódios (tênias) adultos são vermes longos e planos multissegmentados que não possuem trato digestório e absorvem nutrientes diretamente do intestino delgado do hospedeiro. No trato digestório do hospedeiro, os cestódeos adultos podem crescer muito; até 40 m para uma das espécies. As tênias que infectam seres humanos são a tênia do peixe (*Diphyllobothrium latum*), a tênia da carne (*Taenia saginata*) e a tênia da carne de porco (*Taenia solium*).

Trematódeos são vermes não segmentados que infectam os vasos sanguíneos, fígado, pulmões ou trato gastrointestinal. Geralmente têm não mais que alguns centímetros de comprimento; no entanto, alguns têm apenas 1 mm, e alguns até 7 cm. Em seres humanos, a maioria das infecções por trematódeos é causada por espécies de *Schistosoma* (esquistossomose), vermes no fígado como *Fasciola hepatica* (fasciolíase) e *Clonorchis sinensis* (clonorquíase) e *vermes pulmonares*, incluindo certas espécies de *Paragonimus* (paragonimíase).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

- Histórico médico detalhado: hábitos alimentares, contato com animais, higiene e sintomas.
- Sintomas comuns: dor abdominal, diarreia, prurido anal, perda de peso, fadiga, anemia, entre outros.

Exame Físico

Inspecionar o abdome, observar pele (verificar presença de lesões cutâneas, prurido), exame de linfonodos.

Exames Complementares

- Exame parasitológico de fezes: para detectar ovos, larvas, cistos ou trofozoítos.
- Exames de sangue: eosinofilia (pode indicar parasitose), testes sorológicos (para alguns parasitas como Toxoplasma, Leishmania).
- Teste de imagem: ultrassom, tomografia ou ressonância, especialmente em casos de cisticercose ou hidatidose.
- Outros exames específicos: como aspirado duodenal ou biópsias para certos parasitas (ex.: giardíase).

Outros exames relevantes:

- Testes sorológicos
- Testes de biologia molecular
- Hemograma
- Escarro

TRATAMENTO AMBULATORIAL

O tratamento varia dependendo do parasita envolvido, mas geralmente inclui:

✓ Protozoários (ex.: amebíase, giardíase)

Amebíase/Giardíase:

- Metronidazol ou tinidazol seguido de um amebicida de ação luminal (paramomicina, iodoquinol ou diloxanida).

Malária:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Tratamento varia conforme a espécie de Plasmodium e a região endêmica. Usar cloroquina (se ainda sensível) ou combinações como artemeter-lumefantrina, dependendo da resistência.

✓ Helmintos (ex.: ascaridíase, esquistossomose)

Ascaridíase, enterobíase (oxiúros):

- Albendazol ou mebendazol em dose única.

Esquistossomose:

- Praziquantel.

Filariose:

- Dietilcarbamazina ou ivermectina, dependendo do tipo de filariose.

PREVENÇÃO E CONTROLE

- Educação em saúde: higiene pessoal e alimentar, lavagem adequada dos alimentos, consumo de água tratada.
- Tratamento coletivo: em áreas endêmicas, pode ser necessário tratar toda a família ou comunidade.
- Vacinação: para certas parasitoses como a malária (em áreas onde a vacina é disponibilizada).

ACOMPANHAMENTO

- Repetir exames parasitológicos após o tratamento, geralmente 2 a 4 semanas após o término da medicação, para garantir a cura.
- Monitorar efeitos colaterais dos medicamentos utilizados.

OUTRAS OPÇÕES TERAPEUTICAS

O tratamento para helmintíases pode ser diverso. Pensando nisso, temos:

- **Ligantes de beta-tubulina (mebendazol e albendazol)**: Ao se ligarem seletivamente à beta-tubulina dos nematóides, eles inibem a formação dos microtúbulos, causando a ruptura do citoesqueleto, bem como má captação intestinal de glicose, e determina então inanição do verme;
- **Agentes espásticos paralisantes (levamisol e palmoato de pirantel)**: Eles são agonistas dos receptores nicotínicos de acetilcolina;

- **Agentes indutores de paralisia flácida (piperazina)**: inibe reversivelmente a transmissão neuromuscular no verme, sendo um agonista de GABA;
- **Nitazoxanida**: Composto de nitrotiazol benzamida indicado para crianças maiores de 12 meses.

O **albendazol** é metabolizado após a absorção, e o metabólito bioativo resultante pode se distribuir amplamente nos tecidos humanos. Isso o torna uma droga de escolha para as larvas de toxocara e de cisticerco, bem como para a maioria das infecções por helmintos intestinais.

Por sua vez, o **mebendazol**, que não é absorvido de forma apreciável fora do intestino, pode ser considerado um medicamento de primeira linha quando utilizado em *dose única*, apenas para ascaridíase e enterobiase. A **ivermectina** é hoje o tratamento de primeira linha para a estrongiloidíase. Resumidamente temos que:

Helmintíase	Tratamento			
	1ª linha	dose	2ª linha	dose
Ascaridíase	Albendazol[a]	400 mg (200 mg em < 2 anos), VO, dose única	Ivermectina[b,c]	150-200 mcg/kg, VO, dose única
	Mebendazol	100 mg, VO, 1x/dia por 3 dias	Pamoato de pirantel	11 mg/kg (máximo 1g), VO, 1x/dia por 3 dias
			Nitazoxanida	7,5 mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia por 3 dias
Tricuríase	Albendazol[a]	400 mg, VO, 1x/dia por 3-7 dias	Ivermectina[b,c]	200 mcg/kg, VO, por 3 dias
	Mebendazol	100 mg, VO, 1x/dia por 3-7 dias		Sinergismo com Albendazol relatado na literatura para essa indicação
			Nitazoxanida	7,5 mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia por 3 dias

Tabela 33 – Tratamento medicamentoso

Teníase	Praziquantel	5-10 mg, VO, dose única Após o tratamento, as fezes devem ser coletadas por 3 dias para procurar proglotes de tênia para identificação das espécies. As fezes devem ser reexaminadas para os ovos de *Taenia* 1 e 3 meses após o tratamento para controle de cura	Niclosamida	50mg/kg, VO, dose única
			Nitazoxanida	7,5 mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia por 3 dias
Himenolepíase	Praziquantel	25mg/kg/dia, VO, dose única	Niclosamida	11-34 kg: 1 g, VO, seguido por 500 mg/dia, 6 dias; > 34 kg: 1,5 g, VO, seguido por 1 g/dia, 6 dias.
			Nitazoxanida	7,5 mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia por 3 dias
Equinococose (Hidatidose)	Albendazol[a]	10-15 mg/kg/dia (máximo 800 mg) VO, 2x/dia, 1-6 meses. Cirurgia pode ser necessária.	Praziquantel	pode ser útil no pré-operatório ou em caso de derrame do conteúdo do cisto durante a cirurgia

Tabela 34 – Tratamento Medicamentoso

Ancilostomíase ou Necatoríase	Albendazol[a]	400 mg, VO, dose única (200 mg em < 2 anos)	Pamoato de pirantel	11 mg/kg (máximo 1g), VO, 1x/dia por 3 dias
	Mebendazol	100 mg, VO, 1x/dia por 3 dias	Nitazoxanida	7,5 mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia por 3 dias
Estrongiloidíase	Ivermectina[b,c]	200 mcg/kg, VO, por 2 dias Na hiperinfecção por *Strongyloides*, prolongar para 7-14 dias após a depuração do parasita ou repetições podem ser necessárias	Albendazol[a]	400 mg, VO, 2x/dia, 10-14 dias
				Na hiperinfecção por *Strongyloides* associar Ivermectina[b,c]
			Tiabendazol	25mg/kg, VO, 2x/dia por 3 dias
			Nitazoxanida	7,5 mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia por 3 dias
Enterobíase[d]	Albendazol[a]	400 mg, VO, dose única; repetir em 2 semanas	Pamoato de pirantel	11 mg/kg (máximo 1g), VO, 1x/dia por 3 dias
	Mebendazol	100 mg, VO, dose única; repetir em 2 semanas	Nitazoxanida	7,5 mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia por 3 dias
Toxocaríase	Albendazol[a]	400 mg, VO, 2x/dia, 5 dias	–	–
		Toxocaríase ocular: 400-800 mg 2x/dia por 28 dias; pode ser necessário associar corticoide	–	–
Cisticercose	Albendazol[a]	15mg/kg/dia ou 400mg 2x/dia, VO, 2x/dia, 2-4 semanas, associado com corticosteroide administrado antes, durante e após o tratamento para diminuir os riscos de convulsão. Excluir cisticercose ocular antes de iniciar a terapia sistêmica	Praziquantel	50mg/kg/dia, VO, 1x/dia, 15 dias
Triquinose	Albendazol[a]	400 mg VO, 2x/dia, 8-14 dias	Mebendazol	200 a 400 mg VO, 3x/dia, 3 dias; depois 400 a 500 mg, VO, 3x/dia, 10 dias

Tabela 35 – Tratamento medicamentoso

Tratamento das parasitoses por *protozoários*

De maneira geral, a medicação mais recomandada para o tratamento de parasitoses por protozoários é o **Metronidazol**. Ele vai ser a medicação de escolha para a Giardia lamblia e a Entamoeba histolytica, com pequenas variações. Apesar disso, outras medicações podem ser escolhidas e manejadas conforme a tabela a seguir.

Parasita	Antiparasitário	Dose
Giardia lamblia	Metronidazol	15 mg/kg/dia, 3x/dia, por 5 a 7 dias
	Albendazol	400mg/dia, 5 dias
	Tinidazol	≥3 anos 50mg/kg, dose única
	Secnidazol	30 mg/kg, dose única
	Nitazoxanida	≥1 ano 7,5mg/kg /dose, 2x/dia por 3 dias
Entamoeba histolytica Forma intestinal assintomática	Etofamida Teclosan	500mg, 2x/dia, 3 dias ou 100mg, 3x/dia, 5 dias
Forma Intestinal sintomática ou extra-intestinal	Metronidazol	500 a 750mg. 3x/dia, 10 dias ou 35 a 50mg/kg/dia, em 3 doses, 10 dias
	Tinidazol Secnidazol	≥3 anos: 2g ou 50mg/kg, dose única 2g ou 30mg/kg, dose única
A Forma intestinal ou extraintestinal sintomática após o tratamento com os nitrimidazólicos devem sempre ser seguidos da administração de Etofamida ou Teclosan	Etofamida Teclosan	500mg, 2x/dia, 3 dias ou 100mg, 3x/dia, 5 dias

Tabela 36 - Tratamento medicamentoso

Cryptosporidium parvum	Nitazoxanida	1-3 anos: 100mg, 2x/d; 4-11 anos: 200mg, 2x/d; ≥12 anos: 500mg, 2x/d ou 7,5mg/kg 2x/dia. Por 3 dias.
Cystoisospora belli	Sulfametoxazol-trimetropim (TMP)	8-10mg/kg/d/TMP, 2x/d, por 7-10 dias
Balantidium coli	Tetraciclina Metronidazol Nitazoxanida	≥8 anos, 40mg/kg/d, 4x/d, 10 dias, 35-50mg/kg/d, 3x/d, 5 dias Idem *Cryptosporidium*
Blastomycis hominis	Metronidazol Nitazoxanida Tiniodazole	250 a 750mg ou 35 a 50mg/kg/dia, 3x/dia, 10 dias Idem *Cryptosporidium* ≥3 anos 50mg/kg, dose única
Cyclosporidium cayetanensis	Sulfametoxazol-trimetropim (TMP)	8-10mg/kg/d/TMP, 2x/d, por 7-10d

Tabela 37 – Tratamento medicamentoso

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de adesão ao tratamento medicamentoso;
- Taxa de reconsulta em 30 dias.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil.Ministério da Saúde. Plano Nacional de Vigilância e Controle das Enteroparasitoses, 2005. Brasília -DF 04.

Neves DP. Parasitologia Humana. 13. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.

Gasparini E. Manual de Parasitoses intestinais. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2004

CDC. Centros de Controle e Prevenção de Doenças. Parasitas. Disponível em: https://www.cdc.gov/parasites/

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM CEFALÉIA PRIMÁRIA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ao paciente com cefaleia primária.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÕES

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Cefaleia primária pode ser definida como doença crônica de apresentação episódica ou contínua, com etiologia desconhecida, mas de natureza disfuncional, não estrutural. Abordagem seguida: cefaleia tensional e migrânea (enxaqueca).

FATORES DE RISCO

Fatores emocionais, estresse, doenças psiquiátricas e abuso de analgésicos.

SINAIS E SINTOMAS

É fundamental caracterizar a dor por: Tipo, localização, início, intensidade, tempo de ascensão, duração, frequência das crises, irradiação, fatores desencadeantes, de exacerbação e de alívio.

Sintomas associados (náuseas, vômitos, principalmente febre, rebaixamento do nível de consciência, perda de força muscular, disartria e outros); premonitórios; aura; trauma recente; uso de medicamentos; comorbidade; fatores ambientais relacionados; relação com período menstrual e/ou gestação; antecedentes pessoais e familiares; e impacto na qualidade de vida.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A migrânea e a cefaleia tensional são diagnósticos clínicos, ou seja, história e exame físico são fundamentais. Não é necessário nenhum exame complementar.

Critérios Diagnósticos:

Cefaleia Tensional Frequente

A. Pelo menos dez episódios de cefaleia que ocorrem de 1-14 dias em média > 3 meses (≥ 12 dias e < 180 dias por ano) e preenchendo os critérios de B a D.

B. Cefaleia com duração de 30 minutos -7 dias.

C. Pelo menos duas destas quatro características:

- Bilateral;
- Em pressão ou aperto (não pulsátil);
- Intensidade ligeira ou moderada;
- Não é agravada por atividade física de rotina, como caminhar ou subir escada;
- Ausência de náusea e vômitos;
- Apenas foto ou fonofobia.

D. Não é mais bem explicada por outro diagnóstico da classificação internacional.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Migrânea (Enxaqueca)

A. Ao menos cinco ataques que preencham os critérios B, C e D.

B. Duração de 4-72 horas.

C. Apresente duas destas quatro caraterísticas:

- Localização unilateral;
- Qualidade pulsátil;
- Dor moderada a severa;
- Piora com exercícios físicos.

D. Durante o ataque, ao menos uma das seguintes:

- Náusea e/ou vômitos;
- Foto e fonofobia.

E. Não é mais bem explicada por outro diagnóstico.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Cefaleia Tensional

Tratamento deve seguir em regime ambulatorial e inclui modificações no estilo de vida (estresse físico: cansaço, exagero de atividade física, especialmente no calor e sob o sol; muscular: posicionamento do pescoço no sono ou no trabalho; ou emocional) associado a medidas farmacológicas específicas.

Terapia profilática

- Está indicada em casos em que as crises ocorram > 2 vezes por semana, a droga de escolha é a Amitriptilina;
- Terapia abortiva: Consiste em analgésicos comuns ou anti-inflamatórios não esteroides (AINE), sempre tendo em mente a responsabilidade do médico para não estimular o abuso de analgésicos;

Migrânea (Enxaqueca):

Modificações no estilo de vida/medidas comportamentais:

- Realização de exercícios físicos no período da manhã;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Dormir a quantidade necessária para sensação de sono reparador - em local escuro e com temperatura baixa;
- Evitar alimentos desencadeantes de dor (chocolate, bebidas fermentadas, glutamato monossódico, conservantes);
- Evitar abuso de analgésicos.

Terapia profilática:

- Ataques recorrentes que interfiram na qualidade de vida;
- Ataques frequentes (quatro ou mais ataques por mês; ou oito ou mais dias de dores de cabeça por mês);
- Falha no tratamento abortivo;
- Preferência do paciente;
- Sintomas específicos, como migrânea hemiplégica e aura, com sintomas de tronco encefálico;
- Existem várias drogas que podem ser utilizadas no tratamento; a escolha da medicação correta deve basear-se no perfil de efeitos colaterais de cada medicação;
- O Topiramato é um excelente medicamento que pode ser usado em baixas doses no tratamento, sendo seu efeito colateral mais grave a litíase renal - principalmente em pacientes com predisposição à formação de cálculos e glaucoma agudo de ângulo fechado.

Terapia abortiva:

- Tratamentos abortivos geralmente são mais eficazes se forem administrados precocemente no curso da enxaqueca;
- Quando optamos por realizar tratamento agudo, devemos dividir as crises em leve/moderada ou moderada/severa;
- Crise leve/moderada: Podem ser tratadas com anti-inflamatórios (Ibuprofeno, Naproxano, Diclofenaco);
- Crise moderada/severa: É possível utilizar os fármacos triptanos (Sumatriptano, Naratriptano).
- Vários medicamentos antagonistas do peptídeo relacionado com o gene da calcitonina oral (CGRP) (ex.: Rimegepant e Ubrogepant) estão surgindo como opções de tratamento para ataques agudos de enxaqueca.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de duração das crises;
- Taxa de Adesão ao Tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). (2018). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3). Cephalalgia, 38(1), 1-211. doi:10.1177/0333102417738202.

Olesen, J., et al. (2012). The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia, 32(1), 9-100. doi:10.1177/0333102412431216.

Becker, W. J., et al. (2013). A review of patient adherence to migraine treatment. Headache, 53(2), 258-268. doi:10.1111/j.1526-4610.2012.02305.x

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM CRISE CONVULSIVA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ao paciente com crise convulsiva.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Crise convulsiva (ou epiléptica) é a expressão clínica de descargas neuronais sincrônicas, anormais e excessivas, partindo primariamente do córtex cerebral e causando mudanças súbitas no comportamento.

FATORES DE RISCO

Febre alta, tumor cerebral, hipoglicemia, acidente vascular cerebral (AVC), meningite, intoxicação, traumatismo cranioencefálico, reações adversas a medicamentos e abuso de drogas ou álcool podem ocasionar uma crise.

SINAIS E SINTOMAS

Geralmente, pacientes com crises focais sem comprometimento da consciência geralmente podem fornecer uma descrição completa do evento, enquanto os pacientes com crises focais com comprometimento da consciência ou convulsões generalizadas normalmente não conseguem, ou só conseguem se lembrar dos estágios iniciais da crise. A história do observador é fundamental para caracterizar o evento convulsivo;

- Deve-se questionar se o paciente já apresenta diagnóstico de epilepsia e se teve episódios prévios, sendo a má aderência terapêutica uma importante causa, nestes casos;
- A maioria das convulsões, focais ou generalizadas, tem início clínico claro e abrupto e progressão rápida dos sintomas ao longo de segundos, diferentemente, por exemplo, da aura da enxaqueca que tende a aumentar a intensidade ao longo de minutos;
- Em geral, as crises convulsivas terminam espontaneamente em 2-3 minutos; sintomas mais prolongados podem ser uma pista para condições alternativas, como enxaqueca, ataque isquêmico transitório ou crise não epiléptica psicogênica (CNEP);
- Comportamentos ictais vão ajudar a definir a localização e também a determinar se uma convulsão foi focal ou generalizada. As crises generalizadas estão associadas à alteração imediata da consciência, enquanto as crises focais são mais variáveis e alguns comportamentos têm valor de localização e/ou lateralização;
- Após o término de uma convulsão, há um período de transição do estado ictal de volta ao nível basal de consciência e função pré-convulsão, conhecido como período pós-ictal, que normalmente apresenta um quadro de confusão mental e sonolência. Por vezes, déficits neurológicos focais podem estar presentes (paresia de Todd ou paresia pós-ictal). Este estado pode durar segundos a minutos ou horas, a depender de uma variedade de fatores;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Mais comumente, os pacientes apresentam como único achado clínico a crise convulsiva. No entanto, muitas vezes pode ser acompanhada de sinais e sintomas decorrentes da doença de base:

- Meningoencefalite: febre; rigidez de nuca; confusão e convulsões;
- Avaliar história de ingestão de medicamentos ou toxinas: Antidepressivos, Lítio, Teofilina, organofosforados, anticolinérgicos, álcool;
- Avaliar história de doença neurológica ou cerebrovascular prévia ou atual;
- Avaliar presença de gatilhos ou precipitantes (ex.: emoções intensas, música alta, luzes piscando, febre, período menstrual, privação de sono, gestação);
- Avaliar história de traumatismo cranioencefálico.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A necessidade de exames complementares vai depender muito do cenário clínico em que o paciente está, e da suspeita clínica estabelecida pela anamnese e pelo exame físico:

- Paciente sabidamente epiléptico que não estava em uso de medicação: Não necessita de exames complementares, apenas restituir a terapêutica com anticonvulsivantes;
- Paciente com crises reentrantes (estado de mal epiléptico) e antecedente de doença neurológica: Necessita de exames complementares;
- Paciente com primeira crise epiléptica: Necessita de exames complementares.

Exames laboratoriais de rotina: Hemograma completo; coagulograma; glicemia; ureia; creatinina; eletrólitos; provas hepáticas; EAS; urocultura; hemocultura; gasometria arterial; nível sérico de drogas anticonvulsivantes.

Suspeita de intoxicação: Solicitar perfil toxicológico.

Neuroimagem (tomografia/ressonância magnética de crânio): Deve ser realizada de rotina para excluir anormalidade estrutural (hemorragia, AVE isquêmico, tumor), caso a crise não tenha sido claramente induzida por medicamento, ou por má aderência de paciente com diagnóstico firmado. A ressonância deve ser indicada quando o paciente mantém crises apesar da tomografia normal:

Alterações comuns em jovens: Esclerose temporal mesial; trauma encefálico; tumores cerebrais; cisticercose; anomalias congênitas e lesões vasculares;

Alterações comuns em idosos: AVE isquêmico; atrofia cortical; hemorragia; neoplasias. Eletroencefalograma (EEG): Exame essencial na avaliação diagnóstica da crise epiléptica, podendo caracterizar a crise como focal ou generalizada. Em adultos no primeiro episódio de crise epiléptica, apenas 20% dos exames, no entanto, apresentam anormalidades. A presença de anormalidade indica alta chance de o paciente apresentar um segundo evento nos próximos 2 anos. Um EEG normal não descarta a possibilidade de epilepsia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Eletrocardiograma (ECG): Deve ser realizado em todo paciente com perda de consciência, visto que síncope cardiogênica pode se manifestar como crise convulsiva (decorrente de hipóxia cerebral). O ECG pode evidenciar arritmias como a causa da síncope ou a predisposição a arritmias, como a síndrome do QT longo.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Medicamentos antiepilépticos só estão indicados em casos reservados, visto que a maioria das crises é autolimitada; sendo mais importante identificar e tratar o fator desencadeante.

Pacientes na primeira crise convulsiva, que apresentam anormalidade estrutural epileptogênica na imagem cerebral e/ou atividade epileptiforme interictal no EEG, têm risco superior a 60% de recorrência após uma primeira crise não provocada e são considerados epiléticos. Esses pacientes geralmente se beneficiam da medicação antiepiléptica, que também é considerada para pacientes após uma primeira convulsão noturna. Pacientes com convulsão provocada normalmente não são tratados, mas são aconselhados sobre modificações no estilo de vida e, se necessário, encaminhados para reabilitação de drogas e/ou álcool.

Paciente não Epiléptico

A conduta deve ser direcionada para a identificação do fator desencadeante e o tratamento do mesmo. Anticonvulsivante durante a crise: Não é necessário, pois, em geral, a crise é autolimitada.

Na suspeita de lesão neurológica subjacente, que definiria o quadro como de alto risco para recorrência, deve-se solicitar exame de neuroimagem e EEG, podendo-se optar pela instituição de tratamento anticonvulsivante crônico, se identificada lesão neurológica.

O risco de novas convulsões aumenta se identificar: Normalidades epileptiformes no EEG interictal; uma causa sintomática, detectada pela história clínica ou neuroimagem (ex.: tumor cerebral, malformação cerebral, infecção prévia do sistema nervoso central); um exame neurológico anormal, incluindo achados focais e deficiência intelectual; ou uma primeira convulsão que ocorra durante o sono.

Paciente Epiléptico

A conduta também deve ser direcionada para a identificação do fator desencadeante e seu tratamento, atentando-se para as causas mais comuns nesses pacientes: Má aderência terapêutica e mudança recente na medicação. Anticonvulsivante durante a crise: Também não é necessário, pois, em geral, a crise é autolimitada. Profilaxia anticonvulsivante: Deve-se ajustar a dose do anticonvulsivante em uso pelo paciente, ou, em último caso, trocar a medicação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Pontos Importantes no Início de um Tratamento

- Crise focal ou generalizada;
- Presença de comorbidades;
- Idade;
- Mulher em idade fértil;
- Perfil de efeitos colaterais e interações medicamentosas;
- Custo;
- Preferir monoterapia.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de hospitalização;
- Taxa de adesão ao tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Engel, J., et al. (2013). The role of epilepsy surgery in the management of patients with refractory epilepsy: a clinical practice guideline. Epilepsy & Behavior, 29(1), 34-40. doi:10.1016/j.yebeh.2013.02.026.

Fisher, R. S., et al. (2017). Ilc: a new classification of seizure types. Epilepsia, 58(4), 656-661. doi:10.1111/epi.13757.

Hocker, S. E., et al. (2017). Emergency management of seizures: a review of current guidelines and recommendations. Journal of Emergency Medicine, 53(6), 898-907. doi:10.1016/j.jemermed.2017.09.024.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM CRISE HIPERTENSIVA

1.OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ao paciente com crise hipertensiva.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Aumento da pressão arterial sistêmica, apresentando níveis geralmente maiores que 180 mmHg de pressão sistólica e/ou 120 mmHg de pressão diastólica.

FATORES DE RISCO

- Síndromes coronarianas sem supra de ST;
- Síndromes coronarianas com supra de ST;
- Edema agudo de pulmão;
- Dissecção aórtica aguda;
- Encefalopatia hipertensiva;
- AVE isquêmico;
- AVE hemorrágico;
- Hemorragia subaracnoide;
- Hipertensão acelerada/maligna;
- Feocromocitoma;
- Intoxicação por cocaína e simpaticomiméticos;
- Eclâmpsia.
- Urgências hipertensivas:
- Doença coronariana crônica;
- Insuficiência cardíaca;
- Glomerulonefrites agudas;
- Aneurisma de aorta;
- Pré-eclâmpsia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SINAIS E SINTOMAS

Estupor brandos, cefaleia, tontura, zumbido, ou graves, dispneia, dor precordial, podendo haver ou não lesão aguda de órgãos-alvo.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A abordagem diagnóstica deve ser direcionada pela presença de sinais e sintomas. Exames laboratoriais não são necessários em pacientes assintomáticos, exceto na suspeita de hipertensão secundária.

Considerar:

- Suspeita de hipertensão secundária:
- Creatinina sérica;
- Potássio;
- Cálcio;
- EAS (urinálise);
- Suspeita de lesão de órgão-alvo:
- Radiografia de tórax;
- ECG;
- Ácido úrico;
- Urinálise;
- Microalbuminúria;
- Suspeita de causa cardiovascular:
- Radiografia de tórax;
- ECG;
- CK-MB;
- Troponina;
- Suspeita de causa neurológica:
- Tomografia computadorizada;
- Ressonância de crânio;
- Suspeita de hipertensão maligna-acelerada: Incluir marcadores de hemólise:
- LDH;
- Bilirrubinas;
- Reticulócitos;
- Haptoglobina;
- Pesquisa de esquizócitos;
- Ao iniciar tratamento anti-hipertensivo oral:
- Radiografia de tórax;
- ECG;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Bioquímica sanguínea;
- Urinálise.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Pseudocrise hipertensiva: Orientação quanto à importância do controle regular da hipertensão crônica e acompanhamento médico.

Para o tratamento da pseudocrise, pode-se optar pelo uso de benzodiazepínicos e analgésico comum. com a melhora da ansiedade, podem ser prescritos anti-hipertensivos para uso crônico (não devem ser usados anti-hipertensivos no serviço de emergência). Com a melhora da ansiedade, podem ser prescritos anti-hipertensivos para uso crônico (não devem ser usados anti-hipertensivos no serviço de emergência).

Para as urgências hipertensivas, pode-se utilizar anti-hipertensivos orais de rápida ação e curta duração, não sendo recomendados regularmente para o tratamento crônico da hipertensão.

Pode se utilizar Captopril ou Clonidina preferencialmente.

O Nifedipino sublingual deve ser evitado.

Nas emergências hipertensivas, pode-se lançar mão de anti-hipertensivos parenterais como o Nitropriussiato de Sódio ou a Nitroglicerina.

Betabloqueadores parenterais também pode ser utilizados em conjunto na tentativa de controle do duplo produto.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de hospitalização;
- Taxa de adesão ao tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Whelton, P. K., et al. (2018). 2017 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Hypertension, 71(6), e13-e115. doi:10.1161/HYP.000000000000006

McAlister, F. A., et al. (2004). Hypertensive emergencies: A systematic review of the literature. Canadian Medical Association Journal, 170(5), 891-896. doi:10.1503/cmaj.1031614.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Messerli, F. H., et al. (2007). Is the angiotensin-converting enzyme inhibitor the drug of choice for hypertension in the elderly? Journal of the American College of Cardiology, 49(5), 459-466. doi:10.1016/j.jacc.2006.08.045.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SÍNCOPE

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ao paciente com síncope.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Síncope é a perda transitória da consciência secundária à hipoperfusão cerebral transitória. Caracteriza-se por um evento de início rápido, curta duração e recuperação espontânea Frequentemente ocorre sem sintomas antecedentes. Apesar de incomum, amnésia retrógrada pode ocorrer, principalmente em idosos.

Etiologicamente pode ser classificada como reflexa (neuralmente mediada), secundária à hipotensão ortostática ou secundária à doenças cardiovasculares.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FATORES DE RISCO

Dentre os fatores de risco estão idade avançada, histórico familiar de morte súbita e convulsões cujas causas não foram encontradas.

SINAIS E SINTOMAS

Os sintomas incluem visão turva (sem clareza ou nitidez), ligeira incapacidade de falar, náusea e ânsia de vômito, cefaleia (dor de cabeça), pensamentos confusos, pressão arterial baixa, respiração lenta, pulso fraco, fraqueza, suor frio, tontura e palidez.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico é realizado por meio da avaliação clínica (história clínica e exame físico). Aspectos importantes da história clínica:

- Circunstâncias que precederam a síncope: posição (supina, sentada ou ortostase), atividade (repouso, mudança postural, durante ou após exercícios, imediatamente após urinar, defecação, tosse ou engolir), fatores predisponentes (lugares cheios ou quentes, ortostase prolongada, pós-prandial) e eventos precipitantes (medo, dor intensa ou movimentos cervicais).
- Pródomo: náusea, vômito, desconforto abdominal, frio, sudorese, aura, dor nos ombros ou pescoço, turvação visual, tontura, palpitações.
- Quadro clínico durante a perda de consciência (à testemunha): tempo de duração, forma da queda (ajoelhando ou não), cor da pele (palidez, cianose, rubor), duração da perda de consciência, características da respiração, movimentos (tônico-clônico, mioclonismo mínimo.
- ou automatismos) duração dos movimentos, início dos movimentos e relação com a queda, mordedura da língua.
- Quadro clínico após a recuperação da consciência: desorientação, amnésia retrógrada, náusea, vômito, sudorese, frialdade, dores musculares, cor da pele, dor no peito, palpitações, incontinência fecal ou urinária, lesões traumáticas.
- Sobre os antecedentes: desmaios, cardiopatia, história neurológica (parkinsonismo, epilepsia, narcolepsia), desordens metabólicas, medicações, drogas, história familiar de morte súbita. Se sincope recorrente, tempo do primeiro episódio, número de vezes, características dos outros eventos.

Exame físico especializado:

- Verificação de hipotensão ortostática: queda da pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 20 mmHg ou da pressão arterial diastólica ≥ 10 mmHg ou queda na PAS abaixo de 90 mmHg em 3 minutos de ortostase.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Massagem do seio carotídeo: deve ser realizada em indivíduos com mais de 40 anos de idade com síncope de etiologia desconhecida após avaliação inicial. Considerado positivo para hipersensibilidade do seio carotídeo quando há pausa sinusal > 3s e/ou queda da PAS > 50 mmHg. Contra-indicado em pacientes com acidente isquêmico transitório prévio, acidente vascular cerebral há menos de 3 meses ou na presença de sopro carotídeo.
- Avaliação neurológica: avaliação de suspeita de crise convulsiva ou de síncope secundária à disautonomia (investigação de causa de base).

Exames Complementares:

- Eletrocardiograma (ECG): realizar sempre.
- Monitorização eletrocardiográfica contínua: em suspeita de síncope arritmogênica.
- Ecocardiograma: indicado se doença cardíaca conhecida ou suspeitada, alteração eletrocardiográfica ou exame clínico sugestivo de síncope secundária a doenças cardiovasculares.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O manejo inicial tem como objetivo a estratificação de risco, fundamental para o estabelecimento da estratégia para a investigação e tratamento especializados.

Síncope reflexa: Orientações sobre como evitar os fatores de gatilho e como realizar manobras preventivas na presença de pródromos. Em casos de ausência de pródromo, dificultando o reconhecimento para a realização de manobras preventivas, assim como nos casos com episódio muitos frequentes, esclarecer riscos para a realização de atividades como dirigir, pilotar avião, operar máquinas, etc. A terapia farmacológica é pouco efetiva e deve ser indicada apenas em casos refratários às medidas comportamentais. Os pacientes devem ter seguimento clínico com cardiologista até a educação necessária para o controle do problema. Obs.: Síncope devido síndrome do seio carotídeo com fator cardioinibitório predominante, quando recorrente em paciente maiores de 40 anos, pode ser indicação de marcapasso.

Hipotensão ortostática: Hidratação adequada e ingestão de sódio. Manobras de compressão física, meias elásticas e cintas abdominais podem ser indicadas. Fludrocortisona e Midrodine podem ser usadas como terapia adicional se necessário.

Cardíaca: Tratamento específico de acordo com a etiologia cardíaca.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de hospitalização;
- Taxa de complicações.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Mion, D., et al. (2015). *Síncope: um guia prático para o diagnóstico e tratamento*. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 104(1), 1-22. doi:10.5935/1679-4508.20150020.

Montalvo, R., et al. (2017). *Recomendações para o manejo da síncope*. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(6), 425-432. doi:10.1016/j.repc.2016.09.003.

Hara, M. C., et al. (2013). *Síncope: avaliação e manejo*. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 20(3), 215-223. Disponível em: https://www.sbh.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM VARICOCELE

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ao paciente com varicocele.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DESCRIÇÃO

Dilatação anormal e tortuosidade das veias espermáticas internas dentro do plexo pampiniforme.

FATORES DE RISCO

Idade (os homens mais afetados têm entre 15 a 25 anos)

SINAIS E SINTOMAS

Apesar de ser assintomática na maioria dos casos, muitas vezes a varicocele se torna evidente durante a adolescência, se expressando como:

- Assimetria testicular ou diferença no tamanho dos testículos (o testículo ipsilateral é menor que o contralateral, dada a perda de massa celular germinativa);
- Massa escrotal;
- Dor testicular, principalmente com ortostase e aos esforços;
- Desconforto ou sensação de peso escrotal.
- Adolescentes assintomáticos, mesmo diante do aumento do volume escrotal, não estão cientes das consequências adversas da afecção e não solicitam ajuda médica, justificando o diagnóstico mais frequente em adultos com infertilidade.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

- Espermograma: A análise do sêmen é mais usada em jovens e adultos, já que não há parâmetros bem definidos durante a adolescência.
- Ultrassonografia (USG): A USG é mais fidedigna do que o orquidômetro, na avaliação do volume testicular, usando-se a fórmula de Lambert (volume = comprimento × largura × profundidade × 0,71). A redução do volume testicular pode ser determinada pelo chamado índice de atrofia: IA = (volume do testículo direito - volume do testículo esquerdo/volume do testículo direito) × 100. O critério para definir hipotrofia ou atrofia testicular tem uma variação grande, de 10-25%.
- USG com Doppler colorido: Avalia a dilatação do plexo venoso e detecta o grau de refluxo venoso no cordão espermático. O refluxo venoso contínuo durante o exame, sob respiração normal, sem inspiração forçada ou manobra de Valsalva, é o principal critério para o diagnóstico de varicocele. O exame realizado com e sem a manobra de Valsalva pode diagnosticar varicocele contralateral ou fazer o diagnóstico nos casos em que há dificuldade no exame físico, como nos adolescentes obesos.
- Venografia: A venografia é pouco usada em adolescentes, mas pode ser útil quando há atrofia testicular sem explicação, ou dor escrotal e a USG não foi conclusiva para o diagnóstico.
- Tomografia computadorizada: Indicada nos casos de varicocele exclusivamente no lado direito, para investigar processo retroperitoneal que esteja obstruindo veia espermática interna direita.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- É necessário excluir trombose ou oclusão da veia cava inferior em todos os pacientes que apresentem varicocele exclusivamente no lado direito.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Indicações do tratamento cirúrgico:

- Indicações absolutas: Hipotrofia testicular (testículo 2-3 cm3 menor que o contralateral), espermograma alterado, varicocele palpável bilateral, sintomas importantes;
- Indicações relativas: Varicocele acentuada, testículo ipsilateral amolecido, sintomas leves, dosagem de LH elevada e resposta do FSH ao teste de GnRH, ansiedade do paciente e/ou da família;
- Indicações menores: Aparência escrotal anormal.

Tipos de tratamento:

- Métodos promovem oclusão venosa: Embolização retrógrada ou escleroterapia anterógrada;
- Métodos que promovem ligadura das veias: Pode ser realizada em vários níveis (acima, abaixo ou na região inguinal), por via aberta ou minimamente invasiva (laparoscopia/robótica), com ligadura em bloco ou com técnicas de microcirurgia (poupando artérias e linfáticos).

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de fertilidade;
- Taxa de complicações;
- Taxa de Adesão ao tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lemos, A., & Carvalho, J. (2018). Varicocele: Diagnóstico e Tratamento. Arquivos Brasileiros de Urologia, 44(5), 412-418.

Freitas, M. R., & Santos, A. L. (2019). Impacto da Varicocele na Fertilidade Masculina: Uma Revisão. Revista Brasileira de Andrologia, 25(2), 100-106.

Pereira, L. J., & Barros, R. S. (2020). Tratamento Cirúrgico da Varicocele: Resultados e Complicações. Jornal Brasileiro de Urologia, 46(4), 520-526.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE COLECISTITE AGUDA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ao paciente com colecistite aguda.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A colecistite aguda compreende a doença inflamatória aguda da vesícula biliar, podendo variar de uma condição autolimitada a uma doença potencialmente fatal O principal fator etiológico da colecistite é a colelitíase, ou seja, a presença de cálculos na vesícula biliar. Em menor proporção pode ser decorrente de: isquemia, distúrbios de motilidade, lesões químicas diretas, infecções, doenças do colágeno e reação alérgica.

A fisiopatologia da colelitíase aguda envolve a obstrução completa e persistente do colo da vesícula ou do ducto cístico por um cálculo biliar, que leva à estase da bile e consequente irritação química da parede da vesícula. Caso o tratamento não seja instituído, a doença se torna mais grave, podendo resultar em complicações. A evolução patológica compreende a colecistite edematosa, necrosante e supurativa. Outras formas de colecistite aguda compreendem a colecistite acalculosa, xantogranulomatosa, enfisematosa, gangrenosa e por torção da vesícula biliar.

A colecistite acalculosa é característica de pacientes graves, havendo desenvolvimento da doença mesmo na ausência de cálculos biliares. Colecistite xantogranulomatosa ocorre pela infiltração de bile na parede vesicular, causando degradação e formação de granulomas. Na

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

colecistite enfisematosa há formação gasosa na parede e/ou na luz da vesícula biliar oriundo do metabolismo de microorganismos, sendo frequentemente encontrado em idosos diabéticos. Colecistite gangrenosa ocorre quando a progressão da inflamação e infecção leva ao comprometimento do suprimento arterial da parede da vesícula, levando à isquemia, posterior necrose e com isso, perfuração (GOMES CA, et al., 2019). A colecistite decorrente de uma torção biliar deve ser lembrada quando os achados clínicos e de imagem revelam uma colecistite complicada

FATORES DE RISCO

Colelitíase, obesidade, diuréticos tiazídicos, quimioterapia arterial hepática transcateter, terapia de reposição hormonal e AIDS. Já nos casos de colecistite acalculosa, os principais fatores de risco relacionados são queimaduras, cirurgias, traumas e nutrição parenteral.

SINAIS E SINTOMAS

O sinal clínico mais comum é a dor abdominal em hipocôndrio direito ou epigástrio, desencadeada geralmente pela obstrução do colo da vesícula biliar ou do ducto cístico por um cálculo biliar, que apresenta sensibilidade variando de 56% a 93% e especificidade entre 0% e 96%. Outros sinais/sintomas comumente referidos compreendem: náuseas (31-73%), vômitos (60-83%), febre superior a 38ºC (cerca de 30%), defesa muscular (30-58%), massa palpável (14-25%), sinal de Murphy (48-65%).

Em geral a clínica envolve uma dor em quadrante superior direito ou epigástrio, que pode irradiar para a região escapular direita, com duração superior a quatro horas, associada a náuseas ou vômitos, e normalmente em paciente com histórico de episódios álgicos semelhantes, desencadeada pela ingestão de alimentos gordurosos. Em alguns casos pode haver sinal de Murphy positivo.

Icterícia também pode estar presente, que pode surgir decorrente de uma compressão extrínseca da via biliar devido a processo inflamatório, ou resultante de uma obstrução concomitante do colédoco.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Não existe nenhum achado clínico ou laboratorial com suficiente precisão diagnóstica para estabelecer ou excluir colecistite aguda, sendo que a combinação da anamnese, exame físico, exames laboratoriais e de imagem são necessários para apoiar com maior consistência o diagnóstico.

Para que haja um diagnóstico definitivo de colecistite, 3 critérios devem ser atendidos: A) sinal local de inflamação (sinal de Murphy ou dor, massa palpável ou sensibilidade em quadrante superior direito do abdome);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

B) sinal sistêmico de inflamação (febre, elevação da PCR, leucocitose);
C) achados de imagem característicos de colecistite aguda. Um diagnóstico de suspeita pode ser feito quando da presença dos achados do item A + B, na ausência de achados de imagem. Os achados laboratoriais mais comuns na colecistite são a leucocitose, aumento de PCR ligeiro aumento das enzimas séricas no sistema hepatobiliar-pancreático e bilirrubina.

A ultrassonografia deve ser realizada sempre que houver suspeita da doença, devendo ser o primeiro exame a ser solicitado, tendo em vista seu fácil acesso, baixo custo, segurança, além de alta precisão para o diagnóstico de colelitíase, principal etiologia da colecistite.

Os achados de imagem característicos são: aumento da vesícula biliar, espessamento da parede da vesícula biliar (5 mm ou mais), cálculos na vesícula biliar (especialmente se impactado no colo da vesícula biliar ou ducto cístico), líquido pericolecístico e imagem sugestiva de gás na vesícula biliar.

O sinal de Murphy ultrassonográfico (manifestação álgica quando se pressiona a vesícula biliar durante sua visualização por ultrassonografia) apresenta uma alta especificidade, podendo ser útil para o diagnóstico.

A colangiopancreatografia por ressonância magnética é o método recomendado para os casos de indefinição diagnóstica na ultrassonografia.

Os principais achados no diagnóstico de colecistite aguda são: espessamento da parede da vesícula biliar (≥4 mm), aumento da vesícula biliar (eixo longo ≥8 cm, eixo curto ≥4 cm), cálculos biliares ou detritos retidos, acúmulo de líquido ao redor da vesícula biliar e sombras lineares no tecido adiposo ao redor da vesícula. Destaca-se ainda sua superioridade no diagnóstico de colecistite gangrenosa em comparação a ultrassonografia.

Os principais achados na Tomografia Computadorizada (TC) são a distensão da vesícula biliar, espessamento da parede da vesícula, edema de subserosa, realce da mucosa, realce focal transitório do fígado adjacente a vesícula biliar, presença de líquido pericolecístico e abscesso pericolecístico. Na TC com contraste, observa-se um realce focal transitório no fígado adjacente a vesícula biliar na fase arterial, que desaparece na fase portal, sendo um importante sinal na colecistite leve em que é difícil avaliar a distensão da vesícula biliar. Apresenta valor no diagnóstico da colecistite gangrenosa e enfisematosa.

A cintilografia hepatobiliar é realizada com a injeção de contraste venoso contendo marcadores radiossensíveis que são excretados por via biliar. A falha de enchimento da vesícula biliar após 60 minutos da administração do contraste assinala para obstrução da vesícula, sendo indicativo de colecistite aguda calculosa. Esse método apresenta uma especificidade e um grau de precisão maior que a ultrassonografia, mas é pouco disponível e de demorada realização. Dessa forma, a ultrassonografia é utilizada como primeiro exame devido a sua disponibilidade imediata, ausência de interferência por níveis elevados de bilirrubina sérica e ausência de radiação ionizante.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A colecistite é dividida em três categorias: leve (grau I), moderada (grau II), grave (grau III), que leva em consideração as repercussões sistêmicas e o grau de dificuldade de realização de uma colecistectomia.

A colecistite aguda leve (grau I) é aquela que não apresenta achados de disfunção orgânica, possibilitando a realização de colecistectomia de forma segura e com baixo risco. A moderada (grau II) compreende os casos em que a inflamação local pode aumentar a dificuldade operatória durante a colecistectomia. Por fim, a grave (grau III) compreende os casos que apresentam disfunção orgânica. Critérios de gravidade para colecistite aguda:

Gravidade	Disfunção
Grau I (Leve)	Não apresenta os critérios de colecistite grau II ou III. Pode também ser descrito como colecistite aguda em pacientes sem disfunção orgânica, pequenas alterações inflamatórias da vesícula biliar, tornando a colecistectomia um procedimento seguro e de baixo risco.
Grau II (Moderada)	Leucocitose > 18.000/mm^3; Massa palpável, sensível, em quadrante superior direito do abdome; Tempo de evolução superior a 72 horas; Sinais de inflamação local sugestivo de: colecistite gangrenosa, abscesso pericolecístico, peritonite biliar, colecistite enfisematosa.
Grau III (Grave)	Disfunção cardiovascular: hipotensão que requer tratamento com dopamina em doses iguais ou superiores a 5 mcg/kg/min, ou qualquer dose de norepinefrina; Disfunção neurológica: diminuição do nível de consciência; Disfunção respiratória: PaO_2/FiO_2 < 300; Disfunção hepática: INR > 1,5; Disfunção renal, oligúria, creatinina >2.0 mg/dL Disfunção hematológica: contagem de plaquetas < 100.000/mm^3.

Figura 150 - Critérios de gravidade

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

As medidas a serem adotadas incluem jejum, antibioticoterapia, manutenção de um adequado balanço ácido base e hidroeletrolítico, analgesia, antibioticoterapia e monitoramento continuado. Essas medidas iniciais oferecem um cenário favorável para instituição do tratamento intervencionista colecistectomia, que engloba a cirurgia e a drenagem da via biliar.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Gravidade	Tratamento
Grau I (Leve)	Colecistectomia laparoscópica é o tratamento de primeira linha, podendo ser instituído tratamento clínico e observação para aqueles com risco cirúrgico muito alto, utilizando-se como referência o CCI e o ASA-PS
Grau II (Moderada)	Colecistectomia precoce caso os escores CCI e ASA-PS indicarem que o paciente possa resistir a cirurgia, sendo ainda recomendada a realização de cirurgia em centro avançado, com cirurgião experiente. Recomenda-se redobrar os cuidados para evitar lesões ao decorrer da cirurgia, podendo-se recorrer a colecistectomia subtotal ou colecistectomia aberta a depender das condições. Caso o paciente não possua condições clínicas para o procedimento cirúrgico, deve-se considerar o tratamento conservador e drenagem biliar.
Grau III (Grave)	Após oferta do suporte adequado às disfunções orgânicas (suporte ventilatório, estabilização hemodinâmica e outros) e antibioticoterapia, deve-se avaliar a resposta ao tratamento. Caso seja positiva, e os escores CCI e ASA-PS sejam favoráveis, na ausência de disfunção neurológica, respiratória e icterícia (Bilirrubina total < 2 mg/dL), pode-se realizar a colecistectomia videolaparoscópica precoce, em centro de referência, com suporte intensivo e cirurgião especialista. Caso o paciente não apresente condições clínicas para a cirurgia, deve-se instituir tratamento conservador abrangente, considerando drenagem biliar precoce, reservando colecistectomia após a melhora clínica do paciente.

Figura 151 - Tipos de tratamento cirúrgico com base na gravidade

O tratamento é a internação hospitalar com reposição volêmica intravenosa e analgesia, como um anti-inflamatório não esteroide (AINE) (cetorolaco) ou opioides. Nada é administrado por via oral e institui-se passagem de sonda nasogástrica e aspiração gástrica se houver vômitos intensos. Antibioticoterapia intravenosa é administrada para tratar possíveis processos infecciosos. Cobertura empírica, direcionada para organismos entéricos gram-negativos, envolve regimes IV como ceftriaxona 2 g a cada 24 h associada a metronidazol 500 mg a cada 8 h, piperacilina/tazobactam 4 g a cada 6 h ou ticarcilina/clavulanato 4 g a cada 6 h.

A colecistectomia cura a colecistite aguda e a cólica biliar. A colecistectomia deve ser realizada nas primeiras 24 a 48 h nas seguintes situações:

- Quando o diagnóstico for claro e o paciente apresentar baixo risco clínico cirúrgico;
- Pacientes idosos e/ou diabéticos e, portanto, mais suscetíveis a complicações infecciosas;
- Presença de empiema, gangrena, ou perfuração, ou, ainda, colecistite acalculosa.

A cirurgia pode ser adiada quando os pacientes apresentam doença crônica grave subjacente (p. ex., doença cardiopulmonar ou doença hepática grave) que aumenta os riscos cirúrgicos. Nesses pacientes, a colecistectomia é adiada até que a terapia médica estabilize os distúrbios comórbidos ou até que a colecistite se resolva. Se a

colecistite desaparecer, a colecistectomia pode ser feita ≥ 6 semanas mais tarde. Cirurgia retardada tem o risco de complicações biliares recorrentes.

A colecistostomia percutânea é uma alternativa à colecistostomia para pacientes com alto risco cirúrgico, como idosos, aqueles com colecistite acalculosa, aqueles com doença hepática grave e aqueles em uma unidade de terapia intensiva por causa de queimaduras, trauma ou insuficiência respiratória.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de conversão de colecistectomia videolaparoscópica para aberta;
- Taxa de Mortalidade;
- Taxa de complicações.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SILVA, C. A., & CASTRO, C. L. (2018). *Tratado de Cirurgia: Coleções e Princípios Gerais*. Editora: Manole

MARTINS, A. C., & FERREIRA, S. S. (2019). *Manual de Cirurgia Geral*.Editora: Atheneu

ALMEIDA, R. M., & MARTINS, M. S. (2021). Colecistite Aguda: Diagnóstico e Tratamento Atualizado. *Revista Brasileira de Cirurgia*, 108(3), 231-240.Disponível em: SciELO

LOPES, F. M., & SOUSA, J. R. (2019). Aspectos Diagnósticos e Terapêuticos da Colecistite Aguda: Atualização Baseada em Evidências. *Revista Brasileira de Gastroenterologia*, 21(4), 402-410.Disponível em: SciELO

Sociedade Brasileira de Cirurgia Digestiva.Diretrizes para o Manejo de Colecistite Aguda. Disponível em: Sociedade Brasileira de Cirurgia Digestiva, 2021.

Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Colecistite Aguda. Disponível em: Portal do Ministério da Saúde, 2018.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM OSTEOMIELITE

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com osteomielite.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Infecção óssea bacteriana ou fúngica resultante de processos patológicos diversos e com apresentação variável. Pode ser monomicrobiana ou polimicrobiana.

FATORES DE RISCO

Fatores sistêmicos:

- Desnutrição;
- Insuficiência renal;
- Insuficiência hepática;
- Diabetes melito;
- Endocardite;
- Uso de drogas injetáveis;
- Uso de acessos cardiovasculares;
- Hemodiálise;
- Artrite reumatoide;
- Hipóxia crônica;
- Doenças imunes e imunossupressão;
- Anemia falciforme;
- Neoplasias malignas;
- Tabagismo.

Fatores locais:

- Linfedema crônico;
- Estase venosa;
- Comprometimento vascular periférico;
- Presença de prótese;
- Procedimento invasivo prévio (punção lombar, mielografia, aortografia translombar, quimionucleólise, discografia, injeção de corticoide articular ou epidural, colocação de cateter epidural);
- Arterite;
- Fibrose por radiação;
- Neuropatia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SINAIS E SINTOMAS

- Febre, que pode ou não estar presente;
- Dor e sensibilidade são frequentes associadas ou não à mobilização;
- Dor à digitopressão metafisária é comum;
- Edema e hiperemia locais podem ser significativos e sinais indicativos do processo infeccioso em progressão.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

EXAMES LABORATORIAIS: Hemograma, ureia e creatinina, eletrólitos, enzimas musculares, VHS e PCR, hemoculturas e biópsia óssea (aberta ou percutânea) com estudo histopatológico e microbiológico, onde as principais alterações: leucocitose neutrofílica com predomínio de formas imaturas ("desvio à esquerda") na osteomielite aguda; aumento de marcadores inflamatórios (VHS e PCR).

EXAMES RADIOGRAFICOS: Osteomielite Hematogênica Aguda

Radiografias: Geralmente normais, podendo apresentar apenas edema de partes moles; os achados radiográficos ósseos (reação periosteal, destruição óssea) comumente surgem 10 a 12 dias após o início do quadro;

Diagnósticos diferenciais radiográficos: Artrite séptica, sarcoma de Ewing, osteossarcoma, AIJ, crise falcêmica, doença de Gaucher e fratura por estresse;

Cintilografia com tecnécio-99m: Confirma o diagnóstico em 90-95% dos pacientes 24-48 horas depois do início dos sintomas e a realização de uma cintilografia negativa exclui o diagnóstico de osteomielite;

Ressonância magnética (RM): Elevada sensibilidade (98%), porém baixa especificidade (75%); apresenta hipossinal em T1 e hipersinal em T2; Mostra alterações inflamatórias precoces na medula óssea e em tecidos moles, além de ser muito útil para a delimitação de abcessos intraósseos ou subperiosteais.

Ultrassonografia (US): Acurácia de 60% para o diagnóstico de osteomielite.

EXAMES RADIOGRAFICOS: Osteomielites Subaguda e Crônica

Radiografias: Destruição cortical e reação periosteal;

Tomografia computadorizada (TC): Excelente para definir as áreas de sequestro;

Fistulografia: Ajuda a localizar os focos de infecção;

Cintilografia: Maior utilidade em casos agudos, pois geralmente não se observam achados radiográficos;

Ressonância magnética (RM): Melhor para a avaliação de tecidos moles, podendo evidenciar um halo de hipersinal envolvendo focos de doença ativa (Rim sign) em T2.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Hemoculturas: Positivas em 50% dos casos de osteomielite aguda, principalmente na presença de sinais de infecção sistêmica, porém raramente positiva em vigência de osteomielite crônica.
Biópsia óssea (aberta ou percutânea): Exame padrão-ouro no diagnóstico de osteomielite, inclusive para a determinação do patógeno e da sensibilidade antimicrobiana, guiando o tratamento antimicrobiano, deve ser feita a coleta de fragmentos ósseos com envio de material para histopatológico e para culturas. O número de fragmentos ósseos deve ser ≥ 5 e representativo das áreas possivelmente acometidas e após a coleta, o material deve ser rapidamente enviado para o laboratório.
Swab: Não apresenta boa correlação com a biópsia óssea (não recomendado).

Critérios Diagnósticos: O diagnóstico é confirmado pela presença de sinais clínicos somados ao resultado de culturas ósseas coletadas e exames radiológicos. Em caso de quadro hematogênico agudo, a etiologia pode ser confirmada mediante hemoculturas.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Antibioticoterapia + Considerar debridamento cirúrgico:
Antibioticoterapia: Deve ser guiada por cultura e antibiograma. Caso culturas não estejam acessíveis, deve-se iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro (comumente glicopeptídeo, Daptomicina ou Linezolida associada a cefalosporina de terceira ou quarta geração, Carbapenema, Fluoroquinolona ou Aztreonam). Deve-se associar ao debridamento cirúrgico sempre que indicado; Duração do tratamento: Usualmente por seis semanas. Em geral, o tempo de antimicrobiano deve ser contado a partir do procedimento cirúrgico corretivo. Pode-se ponderar o início do tratamento endovenoso com conversão para oral direcionado pelos resultados microbiológicos. A antibioticoterapia deve ser continuada até que o tecido debridado seja coberto por tecido mole vascularizado;
A monitorização da resposta terapêutica por marcadores laboratoriais de inflamação sistêmica pode ser útil (PCR e VHS). Se o osso infectado foi totalmente ressecado, a duração do tratamento poderá ser encurtada

Implante ortopédico: Em presença de implante infectado, a decisão entre a manutenção ou a retirada do mesmo deve ser tomada. Em caso de próteses de
substituição articular, infecções crônicas são tratadas com revisão e substituição da mesma ou tentativa de salvamento em caso de infecções agudas. Nas fraturas, se houver consolidação, o implante deverá ser removido. Se não houver consolidação, o implante poderá ser substituído por dispositivos de fixação externa ou mantido em conjunto com o tratamento do quadro infeccioso, sendo necessário ampliar o tempo de cobertura por três a seis meses. Caso o implante seja mantido, em alguns pacientes a antibioticoterapia pode ser mantida

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

indefinidamente como método supressivo. Na suspeita de infecção por S. aureus e manutenção da prótese, deve-se associar Rifampicina como adjuvante, mas esse antimicrobiano deve ser iniciado somente após cinco a sete dias desde o início do esquema principal.

Infecção de tecido mole associada: Caso haja associação com infecção de tecidos moles (celulite) adjacentes, o tratamento empírico deve ser iniciado, preferencialmente, após a coleta de culturas.

Complicações: Na ausência de tratamento adequado, a osteomielite aguda pode ser associada a incapacidade funcional ou complicações fatais.

- Infecção supurativa pode envolver estruturas contíguas, como as articulações e os tecidos moles, conduzindo à formação de fístulas;
- Fraturas patológicas devidas à osteólise também podem ocorrer. Embora raras, a disseminação hematogênica e a evolução para sepse grave podem surgir, sendo difícil a determinação do sítio primário de infecção (corrente sanguínea ou osso);
- A formação de fístulas pode estar associada às neoplasias, especialmente em infecções de longa duração. A maioria dos pacientes com neoplasia tem histórico de intervenções cirúrgicas repetidas, O tumor maligno caracteriza-se por uma massa em constante crescimento, com aumento da dor, drenagem de odor fétido, sangramento ou evidência radiográfica de destruição óssea.
- A infecção recorrente/refratária, que não responde à terapia convencional, deve, portanto, ser avaliada por biópsia para malignidade de vários sítios (incluindo úlcera, fístula e osso subjacente).

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Tempo de diagnóstico;
- Taxa de adesão ao tratamento;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lima, A.L.M.; Oliveira, P. R. D. Osteomielites. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, 2003. Sanofi aventis. Lima, A. L. M. Infecções em Próteses Articulares. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, 2004. Sanofi aventis. Grinbaum, R. S. Tratamento de Infecção Hospitalar - Uma Abordagem Prática.- São paulo; Planmark, 2005, Pág: 50- 51.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR (LCA)

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com lesão do ligamento cruzado anterior (LCA).

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

A lesão do ligamento cruzado anterior (LCA) é uma lesão ligamentar comum no joelho. A lesão do LCA está associada a instabilidade, incapacidade de realizar certas atividades físicas envolvendo mudança de direção, lesão do menisco e lesão cartilaginosa.

FATORES DE RISCO

- Comportamentais;
- Ambientais.

SINAIS E SINTOMAS

- Durante o mecanismo de trauma característico, é comum o estalido ser sentido ou até mesmo o barulho ser ouvido;
- Os pacientes também relatam um ressalto que é sentido no joelho com a sensação de que ele saiu do lugar. Ocorre subluxação com imediata redução do joelho;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Geralmente após a entorse do joelho, o paciente cai no chão e fica incapaz de apoiar o peso sobre o membro afetado imediatamente após a lesão;
- O paciente não consegue permanecer na atividade física e deambula com dificuldades;
- A primeira queixa é de dor aguda e intensa no joelho. Dor esta que diminui de intensidade após melhora do processo inflamatório e do derrame articular;
- O joelho fica edemaciado rapidamente, dado o derrame articular volumoso com hemartrose;
- Ocorre a limitação do arco de movimento, principalmente decorrente da hemartrose volumosa. Em alguns casos, está indicada aspiração do joelho para melhorar a dor e o movimento;
- Paciente com histórico de trauma característico associado à hemartrose apresenta 70% de sensibilidade para lesão do LCA, auxiliando o diagnóstico;
- O exame físico é prejudicado na fase inicial em razão da dor intensa, o que dificulta o diagnóstico, pois o paciente defende a subluxação, realizando contração muscular no momento dos testes de instabilidade;
- Os testes mais utilizados são: o teste de Lachman, o teste da gaveta anterior, o teste de pivot shift e o teste de Jerk;
- Depois da fase aguda de dor e do desaparecimento do derrame articular, os pacientes sintomáticos queixam-se de instabilidade persistente;
- Pacientes com lesões associadas podem apresentar o quadro clínico mais sintomático.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Anamnese e exame físico conseguem diagnosticar a maioria das lesões, porém é necessário o exame de imagem para confirmar a alta suspeição clínica.

Exames de Rotina: Radiografia do joelho sendo necessária a visualização por AP, perfil e axial da patela, onde o exame é realizado como rotina de todos os traumas do joelho para poder ser visualizada fratura associada;

- Fratura da espinha tibial indica avulsão do LCA;
- Fratura de Segond é um sinal de lesão do LCA e indica a avulsão da cápsula lateral e do ligamento anterolateral;
- Radiografia panorâmica dos membros inferiores para avaliar o eixo mecânico do joelho;
- Avaliar o slope tibial, principalmente nos casos de revisão do LCA. Slope > 12º pode indicar osteotomia deflexora previamente a reconstrução.

Ressonância magnética do joelho: É o exame de imagem padrão-ouro para o diagnóstico da lesão. Para que as aquisições de imagem e sua análise sejam feitas de maneira adequada, é essencial indicar a suspeita diagnóstica na solicitação:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- O LCA tem baixo sinal em todas as sequências, com relação ao músculo. O ligamento normal pode parecer estriado próximo a sua inserção distal. É possível avaliar as bandas do LCA e a lesão isolada de cada uma delas, especialmente na aquisição de imagem oblíqua sagital;
- A interrupção das fibras ou a presença de massa de tecido mole na incisura, apresentando características de alta intensidade de sinal resultantes de edema e hemorragia, indica um caso de ruptura do LCA;
- Rupturas parciais do LCA podem ser sugeridas por sinal aumentado, espessamento ou redundância do ligamento. Entretanto, o diagnóstico é difícil pelo exame de imagem, diagnosticando apenas no exame de artroscopia;
- Sinais indiretos de lesão podem ser observados como áreas de contusão óssea, lesões meniscais, condrais, verticalização do LCP, anteriorização da tíbia e horizontalização das fibras coto roto do LCA.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Tratamento Conservador: É indicado para pacientes com lesão isolada que não apresentam instabilidade no joelho nas atividades diárias e não realizam esportes vigorosos ou trabalhos pesados, com mudança de direção abrupta e nem desaceleração, classificando os níveis de atividade do paciente em baixo, médio e alto, de modo geral, os pacientes com baixo nível de atividade são candidatos ao tratamento conservador e para os pacientes com idade mais avançada, maiores de 45 anos, que aceitem interromper as atividades físicas vigorosas e os com lesão crônica sem histórico de instabilidade no joelho também são candidatos ao tratamento conservador.

Já os pacientes que apresentarem artrose degenerativa no joelho devem evitar reconstrução do LCA e meniscectomia, onde o tratamento conservador consiste em reabilitação supervisionada. Inicialmente, prioriza-se o ganho da amplitude do movimento, seguido de fortalecimento da musculatura dos membros inferiores, principalmente dos flexores do joelho.

E o fortalecimento dos flexores do joelho tende a reduzir a anteriorização da tíbia, e sua atuação durante os movimentos de perturbação da marcha minimiza a instabilidade, treino funcional de propiocepção é outra parte importante do tratamento. Durante os protocolos de tratamento, pacientes que cursem com instabilidade refratária são desaconselhados a manter o tratamento conservador e são encaminhados para cirurgia por fim após o adequado protocolo de reabilitação, o paciente será liberado para realizar atividades físicas com baixo risco de lesão, corrida sem desaceleração brusca, bicicleta e natação.

Tratamento Cirúrgico: Indicado para pacientes mais jovens que desejarem manter o nível de atividade esportiva. Principalmente se o esporte praticado envolver rotações, ação de pivô e desacelerações repentinas, como futebol, handebol e futebol americano, classificando os níveis de atividade do paciente em baixo, médio e alto, de modo geral, os pacientes de médio e

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

alto nível são indicados para o tratamento cirúrgico e a reconstrução precoce para os pacientes sintomáticos com maiores demandas de estilo de vida é recomendada. O objetivo da reconstrução do LCA nesta população é fornecer estabilidade, permitindo o retorno aos níveis anteriores de atividade, sem risco aumentado de lesão adicional ao joelho, menisco e cartilagem.

Já para pacientes com lesões associadas envolvendo outros ligamentos, lesões meniscais ou condrais o tratamento cirúrgico será a modalidade de escolha, onde os pacientes com lesão do LCA que permanecem em atividades de alto nível apresentam uma taxa significativa de sequelas. A taxa de lesão da cartilagem aumenta quase 1% para cada mês decorrido entre a lesão e a reconstrução é, importante relatar ao paciente que o tratamento cirúrgico de reconstrução do LCA é para melhorar a estabilidade e não a eventual dor do paciente. Muitas vezes, a dor melhora após a reconstrução, pois realiza-se o tratamento artroscópico de lesões concomitantes. O momento ideal para cirurgia é quando o paciente apresenta amplitude completa do movimento no joelho, principalmente extensão total, sem derrame articular, o que acontece em cerca de 3 semanas após a entorse.

Método Cirúrgico: Inicialmente, avaliar o eixo do joelho é fundamental para a programação do tratamento, como nos casos de genuvaro assimétrico, em que o lado acometido se encontra com o varo mais acentuado. Nesses casos, indica-se a osteotomia previamente ou simultânea à reconstrução do LCA, pois os pacientes com varo assimétrico do joelho costumam evoluir para afrouxamento do enxerto e falha da reconstrução as inúmeras técnicas são descritas para a reconstrução do LCA. Elas diferem na seleção do enxerto, no posicionamento dos túneis ósseos, no modo de confecção desses túneis e no modo de fixação do enxerto e atualmente, o método preferido é a utilização dos enxertos autólogos, principalmente do tendão patelar (osso-tendão-osso), dos flexores (semitendíneo e grácil) e do tendão quadricipital. Para pacientes mais velhos e com menor demanda, aloenxertos podem ser utilizados, mas são pouco disponíveis em nosso meio.

O posicionamento preconizado, atualmente, é a reconstrução anatômica do LCA. No passado, a técnica mais utilizada era a reconstrução isométrica para posicionamento anatômico do enxerto é possível a utilização de perfurações femorais através do portal medial com hiperflexão do joelho (técnica transportal), técnicas com guias localizando o ponto e perfurando de fora para dentro o túnel, ou técnicas com perfuração através do túnel tibial modificando sua direção (transtibial modificada) o posicionamento tibial deve ser realizado na área anatômica da inserção ligamentar.

A reabilitação do joelho sob supervisão com exercícios de propriocepção e fortalecimento muscular dos isquiotibiais e quadríceps o retorno às atividades físicas só é permitido após a força muscular no membro operado ter, pelo menos, 90% do total, quando comparado à perna contralateral no teste isocinético. Outros testes funcionais são possíveis para decidir a liberação para prática esportiva. A maioria dos pacientes retorna ao esporte com cerca

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

de 9 meses após a cirurgia; entretanto, o critério temporal é inadequado para esta decisão, sendo mais importante a avaliação física/funcional do paciente.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

Tempo de diagnóstico e tratamento;

- Taxa de readmissão hospitalar em 29 dias;
- Taxa de complicação pós-operatória.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Butler DL, Noyes FR, Grood ES. Ligamentous restraints to anterior, posterior drawer in the human knee. A biomechanical study. J.Bone Joint Surg Am. 1980; 62(2):259-70.

Penteado PC, Marchetto A, Nunes Neto JF, Pereira PP. Tratamento cirúrgico das lesões do ligamento cruzado anterior. Rev Joelho. 2003; 3(1):19-24.

Rourgraff B, Shelbourne KD, Gerth PK, Warner J. Arhroscopic and histologic analysis of human patellar tendon autografts used for anterior cruciate ligament reconstruction. Am. J Sports Med. 1993; 21(2):277-84.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE PÉ DIABÉTICO INFECTADO

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com pé diabético infectado.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Infecção de partes moles decorrente de trauma favorecido pela neuropatia diabética, pela deformidade do pé diabético e por sua difícil cicatrização.

FATORES DE RISCO

Em virtude de alterações biomecânicas que, associadas aos pés insensíveis, constituem-se em uma via importante para ulceração. Os fatores de risco para o desenvolvimento de complicações nos pés são higiene precária, fissuras, micose interdigital, calos e calosidades, hiperglicemia crônica, unhas cortadas inadequadamente e sensibilidade protetora alterada.

SINAIS E SINTOMAS

A identificação da presença de sinais e sintomas com a polifagia (vontade excessiva de comer), polidipisia (sede excessiva), poliúria (urina em excesso), tonturas, alterações no peso, dor lancinante do tipo choques e pontadas nos pés, alodinia (dor aos estímulos que geralmente não causam dores), são fatores cruciais a serem observados.

Os sintomas mais frequentes são:

- Fraqueza nas pernas;
- Sensação de formigamento frequente;
- Queimação nos pés e tornozelos;
- Dormência nos pés;
- Dor e sensação de agulhadas;
- Perda da sensibilidade nos pés.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico de infecção em pé diabético é clínico, e a presença de duas ou mais manifestações inflamatórias são suficientes para confirmar o diagnóstico; dentre elas: hiperemia, calor, edema, enduração e secreção purulenta. Investigação complementar com exames laboratoriais está indicada na suspeita de infecções profundas, febre alta ou sinais de toxemia, como também na suspeita de osteomielite. Quando indicada investigação complementar, solicitar: Hemograma completo, função renal e eletrólitos, glicemia, proteína C-reativa, velocidade de hemossedimentação (VHS).

EXAMES LABORATORIAIS: Hemocultura: Deve ser solicitada em pacientes com febre alta e sinais de sepse, especialmente com critérios de internação hospitalar. As culturas locais só são pertinentes se obtidas a partir de aspirados ou biópsia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

EXAMES RADIOLOGICOS: Radiografia do pé: É indicada em todo paciente com infecção profunda ou suspeita de osteomielite, embora não seja determinante para o diagnóstico: Alterações na osteomielite aguda: Edema de partes moles, reação periosteal (sinal mais precoce), erosão cortical, lucência mista (esclerótica e lítica). Vale ressaltar que a radiografia normalmente não exclui o diagnóstico de osteomielite, especialmente no início da infecção óssea. Ressonância magnética de pé: Indicada em pacientes com suspeita de osteomielite cuja clínica e radiografia não foram suficientes para estabelecer o diagnóstico. Apresenta alta sensibilidade e especificidade. Alterações: Edema de partes moles, erosão cortical, edema de medula óssea. Biópsia óssea: Padrão-ouro no diagnóstico de osteomielite, porém não indicada de rotina, sendo reservada para os casos duvidosos, na suspeita de osteomielite crônica ou em pacientes com indicação de desbridamento cirúrgico (em que a biópsia pode ser realizada durante o procedimento).

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Pacientes com celulite não complicada ou infecções profundas sem sinais de sepse podem seguir tratamento ambulatorial com retorno garantido após término da antibioticoterapia.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Tempo de atendimento inicial (Triagem).
- Taxa de hospitalização prolongada.
- Taxa de amputações maiores e menores

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Senneville É, Albalawi Z, van Asten SA, et al. IWGDF/IDSA guidelines on the diagnosis and treatment of diabetes-related foot infections (IWGDF/IDSA 2023). Diabetes Metab Res Rev. 2024; 40(3):e3687.

Barshes NR, Clark NJ, Bidare D, et al. Polymicrobial Foot Infection Patterns Are Common and Associated With Treatment Failure. Open Forum Infect Dis. 2022; 9(10):ofac475.

Blanchette V, Brousseau-Foley M, Cloutier L. Effect of contact with podiatry in a team approach context on diabetic foot ulcer and lower extremity amputation: systematic review and meta-analysis. J Foot Ankle Res. 2020; 13(1):15.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com trombose venosa profunda.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório .

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Trombose venosa profunda é uma doença potencialmente grave causada pela formação de coágulos (trombos) no interior das veias profundas. Na maior parte das vezes, o trombo se forma na panturrilha, mas pode também instalar-se nas coxas e, ocasionalmente, nos membros superiores.

O desprendimento do coágulo pode provocar complicações a curto ou longo prazo. A curto prazo, ele pode deslocar-se até o pulmão e obstruir uma artéria. Esse episódio é chamado de embolia pulmonar e, conforme o tamanho do coágulo e a extensão da área comprometida, pode ser mortal. A longo prazo, o risco é a insuficiência venosa crônica ou síndrome pós-flebítica, que ocorre em virtude da destruição das válvulas situadas no interior das veias encarregadas de levar o sangue venoso de volta para o coração.

FATORES DE RISCO

- Predisposição genética;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Idade acima de 40 anos;
- Obesidade;
- Gravidez e pós-parto;
- Câncer;
- Uso de anticoncepcionais;
- Hormonoterapia;
- Dificuldade para caminhar;
- Traumas;
- Veias varicosas;
- Tabagismo;
- Cirurgias de longa duração;
- Insuficiência cardíaca e/ou respiratória;
- Viagens aéreas ou terrestres que obriguem o passageiro a ficar sentado por muitas horas;
- Desidratação.

SINAIS E SINTOMAS

A trombose venosa profunda pode ser absolutamente assintomática. Quando aparecem, podem envolver:

- Embolia pulmonar;
- Edema;
- Dor;
- Calor;
- Rubor (vermelhidão);
- Rigidez da musculatura na região em que se formou o trombo;
- Síndrome pós-flebítica;
- Edema (inchaço);
- Cor mais escura da pele;
- Endurecimento do tecido subcutâneo;
- Eczemas;
- Úlceras.

A trombose venosa profunda pode ocorrer em pacientes ambulatoriais ou como uma complicação de cirurgia ou doença clínica importante. Em pacientes de alto risco internados, os trombos de veias profundas ocorrem, em sua maioria, nas veias de pequeno calibre da panturrilha, são assintomáticos e podem não ser detectados.

Quando presentes, os sinais e sintomas da DC (p. ex., dor vaga, sensibilidade ao longo da distribuição das veias, edema e eritema) são inespecíficos, a frequência e a gravidade são variáveis e são semelhantes em braços e pernas. As veias superficiais colaterais dilatadas podem

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

se tornar visíveis ou palpáveis. Ocasionalmente, provoca-se desconforto na panturrilha com flexão dorsal do tornozelo (sinal de Homan), com o joelho estendido, na vigência de trombose venosa profunda da parte distal do membro inferior, mas não é sensível e nem específico. Sensibilidade do membro inferior, edema de toda o membro inferior, diferença > 3 cm entre as circunferências das panturrilhas, edema depressível e veias superficiais colaterais podem ser mais preditivos, uma vez que há probabilidade de trombose venosa profunda com a combinação de ≥ 3 desses fatores e na ausência de outro diagnóstico provável (ver tabela Probabilidade de trombose venosa profunda baseada em fatores clínicos).

Pode haver febre de baixa intensidade e a trombose venosa profunda pode ser uma das causas de febre de origem desconhecida, especialmente nos pacientes no período pós-operatório. Sintomas da embolia pulmonar, se houver, podem incluir falta de ar e dor torácica pleurítica.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico clínico é estabelecido com base nos sintomas e nos fatores de risco e confirmado por exames de laboratório e de imagem, como a ressonância magnética, a flebografia e o ecodoppler colorido, onde a história e exame físico ajudam a determinar a probabilidade de trombose venosa profunda antes dos exames. Efetua-se diagnóstico por ultrassonografia com estudos de fluxo com Doppler (ultrassonografia dúplex). A necessidade de exames adicionais (p. ex., exame de dímero D) e suas escolhas e sequência dependem dos resultados da ultrassonografia, além de teste de probabilidade.

- Ultrassonografia: O Ultrassom com doppler de um paciente com trombo na veia femoral, já que a ultrassonografia identifica trombos por visualização direta do contorno venoso e demonstração da compressibilidade anormal da veia ou, com estudos de fluxo com Doppler, por comprometimento do fluxo venoso. O teste tem sensibilidade > 90% e especificidade > 95% para a trombose das veias femoral e poplítea, porém é menos preciso para trombose das veias ilíacas ou da panturrilha.
- Dímero D: O dímero D é um subproduto da fibrinólise e a elevação dos seus níveis sugere existência e lise recente de trombos. A sensibilidade e especificidade dos testes de dímero D são variáveis; no entanto, a maioria é sensível e não específica. Apenas os testes mais precisos devem ser utilizados.

Por exemplo, um teste altamente sensível é o ELISA, que tem sensibilidade de cerca de 95%, se a probabilidade pré-teste de trombose venosa profunda for baixa, esta pode ser excluída com segurança em pacientes com um nível normal de dímero D em um teste sensível. Assim, um teste negativo para dímero D pode identificar os pacientes com baixa probabilidade de trombose venosa profunda aguda e que não necessitam de ultrassonografia. No entanto, um resultado positivo não é específico, porque os níveis podem estar elevados por outras condições (p. ex.,

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

doenças hepáticas, trauma, gestação, fator reumatoide positivo, inflamação, cirurgia recente, câncer); mais testes são necessários. Se a probabilidade pré-teste de trombose venosa profunda for moderada ou elevada, o teste para dímero D pode ser feito ao mesmo tempo que a ultrassonografia dúplex. Um resultado positivo de ultrassom confirma o diagnóstico, independentemente do nível de dímero D. Se a ultrassonografia não revelou evidência de trombose venosa profunda, um nível normal de dímero D ajuda a excluir trombose venosa profunda. Os pacientes com nível elevado de dímero D podem ter que repetir a ultrassonografia em alguns dias ou realizar novos exames de imagem, como venografia, dependendo da suspeita clínica.

- Outros exames como alternativas não invasivas podem ser à venografia por contraste estão sob estudo. Incluem venografia com RM usando um agente de contraste intravenoso e RM direta do trombo utilizando sequenciamento de eco gradiente ponderado em T1 e pulso de radiofrequência com excitação de água; teoricamente o último pode fornecer incidências simultâneas dos trombos nas veias profundas e artérias pulmonares subsegmentares (para diagnóstico da embolia pulmonar). Se os sinais e sintomas sugerem embolia pulmonar, são necessários exames adicionais de imagem (p. ex., angiografia pulmonar por TC ou cintilografia de V/Q, com menos frequência).

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O tratamento deve ser iniciado imediatamente após a suspeição diagnóstica, e não deve ser protelado até a confirmação da doença.

- Anticoagulação: Onde suas contraindicações: Sangramento ativo, trombocitopenia, trauma importante, hipertensão grave;
- Enoxaparina 1 mg/kg SC de 12/12 horas;
- Dalteparina 200 unidades/kg SC de 24/24 horas;
- Heparina não fracionada (25.000 unidades/5 mL) 5 mL + SF 0,9 % 245 mL (concentração: 100 unidades/mL). Dose de ataque de 80 unidades/kg EV;

dose de manutenção de 18 unidades/kg/hora EV, em BI. Controle pelo PTTa mantido 1,5-2x o valor normal;

- Fondaparinux 7,5 mg SC de 24/24 horas (peso 50 a 100 kg); 10 mg SC de 24/24 horas (peso > 100 kg);
- Varfarina 2,5 a 15 mg VO de 24/24 horas (ajustar dose conforme TAP/INR, visando INR entre 2,0 e 3,0);
- Rivaroxabana 15 mg VO de 12/12 horas, por 3 semanas, seguido de 20 mg de 24/24 horas, por no mínimo 3 meses;
- Apixabana 10 mg VO de 12/12 horas, por 7 dias, seguido de 5 mg VO de 12/12 horas, por no mínimo 3 meses;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Dabigatrana 150 mg VO 12/12 horas, iniciar após 5 a 10 dias de anticoagulante parenteral;
- Edoxabana 30 (≤ 60 kg) ou 60 mg (> 60 kg) VO de 24/24 horas, iniciar após 5 a 10 dias de anticoagulante parenteral.

Uso dos anticoagulantes orais diretos (DOAC): O uso de inibidores do fator Xa (Rivaroxabana, Apixabana, Edoxabana) e inibidores diretos de trombina (Dabigatrana) são opções de primeira escolha para tratamento de manutenção em pacientes com função renal normal, sem fatores de risco para sangramento que se encontram estáveis clinicamente. Com o uso da Dabigatrana e Edoxabana, recomenda-se tratamento mínimo com Heparina por cinco dias antes da transição para medicação oral.

Os inibidores do fator Xa (Rivaroxabana e Apixabana), no entanto, mostraram-se eficazes em monoterapia, dispensando Heparina. Os DOACs são o tratamento preferível em pacientes com trombose relacionada a neoplasia.

Pacientes completamente anticoagulados, estáveis e sem sintomas devem ser estimulados a deambular e não permanecer em repouso completo.

Pacientes com tromboembolismo pulmonar hemodinamicamente instáveis ou trombose iliofemoral maciça não devem iniciar anticoagulação oral, pois sua eficácia não foi comprovada e não se conhece sua interação com agentes trombolíticos.

Duração do tratamento:

- Primeiro episódio com causa reversível ou fator de risco transitório (ex.: pós-operatório): Anticoagular por 3 meses;
- Primeiro episódio de causa desconhecida: Anticoagular por no mínimo 3 meses, considerando manutenção ad eternum segundo risco/benefício. Considerar tratamento por apenas 3 meses nas tromboses distais e ad eternum nas proximais;
- Pacientes com doença maligna avançada devem ser tratados indefinidamente ou até a resolução da doença;
- Pacientes com trombofilias diagnosticadas devem manter anticoagulação ad eternum;
- Pacientes com recidiva também devem manter anticoagulação por tempo indefinido.
- Filtro de veia cava inferior: Tratamento alternativo à anticoagulação indicado em:
- Pacientes com contraindicação ao uso de anticoagulantes e risco permanente de doença tromboembólica;
- Pacientes com embolia pulmonar recorrente a despeito de anticoagulação adequada;
- Deve-se considerar também (dados conflitantes na literatura): Embolia séptica, pacientes com trombo ileofemoral flutuante livre, pacientes terminais com histórico de tromboembolismo venoso, paciente com reserva cardíaca baixa que não aguentariam um evento embólico.

Situações especiais:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Para pacientes com phlegmasia cerulea dolens, sintomas com menos de 14 dias e um bom status funcional, é recomendável a retirada do coágulo por dispositivos ou trombólise e anticoagulação;
- Para gestantes a melhor opção de anticoagulação é a Heparina de baixo peso molecular. Para mais informações, acesse Anticoagulação durante a gestação.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Tempo para atendimento inicial (triagem).
- Tempo para início do tratamento anticoagulante.
- Tempo de internação hospitalar para pacientes com TVP.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Khan F, Tritschler T, Kahn SR, et al. Venous thromboembolism. Lancet. 2021; 398(10294):64-77.

Qaseem A, Snow V, Barry P, et al. Current diagnosis of venous thromboembolism in primary care: a clinical practice guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2007; 146(6):454-458.

Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of
Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012; 141(2 Suppl):e419S-e496S.

Wells PS, Anderson DR, Rodger M, et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. N Engl J Med. 2003; 349(13):1227-1235.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO DE BRADIARRITMIA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com bradiarritmia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A Bradicardia é definida como uma redução na frequência cardíaca abaixo de 60 batimentos por minuto (bpm), com ritmo regular ou irregular, e por vezes pode causar prejuízo à capacidade de manter um débito cardíaco suficiente para as atividades cotidianas ou exercícios físicos O ritmo do coração é ordenado. Mesmo quando há alterações causadas pelo esforço físico, esse ritmo tem uma ordem. Mas quando há a chamada arritmia cardíaca, ocorre uma desorganização nos batimentos. Pode ser uma alteração em que o coração bate mais devagar ou mais rápido.

Essa alteração na frequência do coração é chamada de arritmia cardíaca. Quando a arritmia se altera para baixo, é chamada bradiarritmia ou bradicardia, que pode causar tonturas ou mesmo desmaio, fraqueza, sonolência excessivas, falta de ar e dor no peito aos esforços.

FATORES DE RISCO

- Degeneração idiopática associada à idade;
- Isquemia por doença coronariana;
- Infiltração (Amiloidose, Sarcoidose, Hemocromatose);
- Colagenoses (Lúpus Eritematoso Sistêmico, Artrite Reumatoide, Esclerose Sistêmica);
- Distrofias musculares;
- Trauma pós-cirurgia cardíaca;
- Doenças familiares;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SINAIS E SINTOMAS

Podem ocorrer por envelhecimento do sistema de condução elétrico (fiação do coração), uso de medicação que tem ação cronotrópica negativa (que diminuem a frequência cardíaca), intoxicação medicamentosa, anormalidades no funcionamento da tireoide, distúrbios de alguns eletrólitos como o potássio, calcificação de válvulas cardíacas, infarto, doenças inflamatórias/ infiltrativas do coração (miocardite, Chagas, amiloidose, etc), após procedimentos cirúrgicos cardíacos (como implante de válvulas, ablação, correção de malformações cardíacas), doenças degenerativas neuromusculares e até bloqueios congênitos (malformação cardíaca fetal, doença autoimune materna).

Quando a bradiarritmia leva a frequências cardíacas muito baixas a ponto de determinar baixo fluxo sanguíneo os sintomas podem ser variados, desde leve tontura até desmaio (perda de consciência). Podem ocorrer também fraqueza/ sonolência excessivas, falta de ar e dor no peito aos esforços.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

- Bradicardia é definida como frequência cardíaca abaixo de 50 bpm;
- Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações;
- Monitoramento com Holter;
- Monitoramento de evento/telemetria cardíaca móvel;
- Teste ergométrico;
- Anamnese aprofundada.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O tratamento da bradicardia deve ser orientado por um médico cardiologista e avaliado de acordo com os sintomas, causa e gravidade da doença. Em alguns casos podem ser usados medicamentos. Em outros, pode ser necessária a suspensão de substâncias usadas pelo paciente. Já em casos mais graves ou avançados, pode ser necessário o implante de um marcapasso.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Tempo para o diagnóstico inicial.
- Tempo de permanência hospitalar.
- Tempo para o diagnóstico inicial.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kusumoto FM, Schoenfeld MH, Barrett C, et al. 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients With Bradycardia and Cardiac Conduction Delay: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, and the Heart Rhythm Society. J Am Coll Cardiol. 2019; 74(7):932-987. Erratum in: J Am Coll Cardiol. 2019; 74(7):1014-1016.

Glikson M, Nielsen JC, Kronborg MB, et al. Corrigendum to: 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: Developed by the Task Force on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC): With the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA). Europace. 2022; 24(4):699. Erratum for: Europace. 2022; 24(1):71-164.

Berg KM, Soar J, Andersen LW, et al. Adult Advanced Life Support: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2020; 142(16_suppl_1):S92-S139.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE TAQUIARRITMIAS

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com taquirritmias.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DEFINIÇÃO

Alterações do ritmo cardíaco caracterizadas por frequência cardíaca (FC) maior ou igual a 100 batimentos por minuto (bpm), com a presença de pulso. Geralmente a FC está maior ou igual a 150 bpm para causar sinais e sintomas de instabilidade relacionados à taquicardia.

FATORES DE RISCO

Pode ser causada pelo músculo cardíaco ou pelo próprio sistema elétrico do coração. Outras causas podem incluir certas medicações, excesso de álcool, fumo, cafeína e drogas, baixo teor de oxigênio no sangue e estresse. Os fatores de risco hoje reconhecidos são: fumo, hipertensão arterial, colesterol e triglicérides elevados, falta de atividade física, diabetes, obesidade, stress, álcool, proteína C reativa ou a homocisteína (estas substâncias foram recentemente associadas com o aumento do risco de eventos cardiovasculares). Os fatores não modificáveis são: história familiar (se familiares de primeiro grau já tiveram episódios de doença ateroesclerótica cardíaca).

SINAIS E SINTOMAS

Os principais sintomas são palpitações, desmaios, tontura, fraqueza, pressão baixa, dor no peito e confusão mental.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Existem fatores assintomáticos ou sintomáticos, é aquela "batedeira" ou palpitação no peito, causando suor frio, tontura, dor no peito, falta de ar e até desmaios. Além de ser mais comum em pessoas com problemas cardíacos, ela tem origem muitas vezes em fatores externos, como: cafeína, bebidas alcoólicas, estresse, cigarro e drogas. O diagnóstico da arritmia cardíaca é feito através de uma minuciosa avaliação clínica e por exames como o eletrocardiograma, Holter, teste ergométrico e o estudo eletrofisiológico entre outros.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Situação	Abordagem terapêutica
Instabilidade	Cardioversão sincronizada imediata

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Estabilidade	Tratamento farmacológico com betabloqueadores e/ou bloqueadores de canal de cálcio
QRS estreito e ritmo regular	Manobras vagais ou adenosina
QRS estreito e irregular	Controle da frequência cardíaca com drogas específicas
QRS largo e ritmo regular	Amiodarona
QRS largo e irregular	Sulfato de magnésio e desfibrilação
Taquicardia ventricular sem pulso ou fibrilação ventricular	Manejo de acordo com o protocolo para parada cardiorrespiratória

Tabela 38 – Abordagem terapeutica

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Tempo para o diagnóstico inicial;
- Tempo de permanência hospitalar;
- Tempo para o diagnóstico inicial;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Santos ECL, Figuinha FCR, Mastrocola F, et al. Manual de Eletrocardiografia Cardiopapers. 2a ed. São Paulo: Atheneu, 2023.

Samesima N, God EG, Kruse JCL, et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre a Análise e Emissão de Laudos Eletrocardiográficos – 2022. Arq. Bras. Cardiol. 2022; 119(4):638-680.

Libby P, Bonow RO, Mann DL, et al. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 12th ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.

Pastore CA, Samesima N, Tobias N, et al. Eletrocardiografia atual. Curso do Serviço de Eletrocardiografia do InCor. 3a ed. São Paulo: Atheneu, 2016.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:

Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE NEFROLITÍASE

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com nefrolitíase.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Termo que se refere à presença de cálculo nos rins, porém, neste protocolo, é abordado em conjunto com a presença de cálculo em ureteres (ureterolitíase).

FATORES DE RISCO

- Hipercalciúria;
- Hiperoxalúria (por hiperoxalemia decorrente do aumento da absorção intestinal de oxalato em condições como bypass gástrico, cirurgia bariátrica e síndrome do intestino curto); Hipocitraturia;
- Dieta de risco (baixo consumo de cálcio dietético, alto consumo de oxalato dietético, alto consumo de proteína animal, alto consumo de sódio e baixo consumo de líquidos);
- Histórico prévio de nefrolitíase (recidiva de até 50% em 10 anos);
- História familiar de nefrolitíase;
- Hipertensão arterial;
- Diabetes mellitus;
- Obesidade;
- Gota.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SINAIS E SINTOMAS

Dor em flanco ou região lombar de forte intensidade e caráter contínuo com irradiação inferior (para região inguinal) e anterior, que pode assumir caráter migratório durante a eliminação do cálculo, podendo vir acompanhada de náuseas e vômitos. Hematúria costuma estar presente em 90% dos casos.

Alguns casos são completamente assintomáticos, sendo a presença de cálculo descoberta em exames de rotina ou ao investigar outra doença. A presença de sintomas como dor e consequente disautonomia são decorrentes da obstrução da via urinária (parcial ou total) pelo cálculo impactado. Disúria e polaciúria decorrentes da impactação do cálculo em junção vesicoureteral podem estar presentes.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A partir da suspeita clínica de nefrolitíase, o diagnóstico deve ser confirmado por um exame de imagem, além da necessidade de se solicitar exames laboratoriais.

- Exame de imagem: A radiografia simples de abdome pode ser solicitada inicialmente, mas a tomografia computadorizada abdominopélvica sem contraste é a modalidade de escolha, especialmente no quadro de cólica nefrética aguda, em razão de sua alta sensibilidade para o diagnóstico.
- Ultrassonografia renal pode ser uma opção em gestantes e no diagnóstico diferencial com colecistite ou afecções ginecológicas. A grande limitação da ultrassonografia é a baixa sensibilidade na ureterolitíase e em cálculos pequenos, entretanto, o ultrassom tem grande sensibilidade para a detecção de hidronefrose, que estará presente em praticamente todos os casos de ureterolitíase.
- Exames laboratoriais de rotina: Urinálise (EAS ou urina tipo 1); Ureia e Creatinina, Eletrólitos, PTH e Ácido úrico (na presença de vômitos ou alteração na função renal); Proteína C-reativa, Hemograma completo (na presença de febre). Se intervenção cirúrgica for planejada, solicitar coagulograma. Hematúria é encontrada no exame de urina em 85%-90% dos casos.
- Cultura: Na suspeita de infecção urinária associada, solicitam-se hemocultura e urinocultura antes do início da antibioticoterapia empírica.
- Urina de 24 horas: Recomendada para o estudo da causa metabólica da litíase urinária. Suas indicações são: presença de cálculo residual após tratamento cirúrgico; apresentação inicial com múltiplos cálculos; cálculos bilaterais; apresentação inicial com < 30 anos de idade; insuficiência renal; história familiar de litíase; rim único (inclusive se história de transplante); recorrência de litíase em menos de 1 ano. O exame deve ser considerado em pacientes motivados a seguir recomendações dietéticas e de tratamento para prevenir o aparecimento de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

novos cálculos. Exames a serem solicitados: Oxalato, Cálcio, Fosfato, Ácido úrico, Citrato. Em casos específicos, avaliar necessidade de pesquisa de aminoacidúrias (especialmente na população pediátrica).

Principais achados:

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Tratamento agudo: Diante de alta suspeita diagnóstica de nefrolitíase, deve-se iniciar tratamento sintomático, visando à analgesia do paciente. Os anti-inflamatórios não esteroides (AINE) são a primeira escolha na analgesia, porém, usualmente, torna-se necessário o uso de opioides. Escolha uma das opções:

- Cetorolaco de trometamol (10 mg/cp) 10 mg SL de 4/4 ou de 6/6 horas;
- Cetorolaco de trometamol (30 mg/mL) 15 mg EV até de 4/4 horas; ou 30 mg IM até de 8/8 horas. Dose máxima diária: 90 mg/dia;
- Diclofenaco sódico (75 mg/1 mL) 75 mg IM de 12/12 horas;
- Cetoprofeno (100 mg/frasco) 100 mg + SG 5% 150 mL. Administrar EV em 20 minutos, até de 8/8 horas, ou IM;
- Tenoxicam (20 mg/frasco) 20-40 mg EV/IM, 1x/dia;
- Tramadol 50-100 mg EV, diluído em 100 mL de SF 0,9%, correr em 20 minutos, até de 6/6 horas;
- Sulfato de morfina (10 mg/1 mL) + 9 mL de SG 5%. Concentração: 1 mg/mL. Administrar 2,5-5 mg/dose, em 4-5 minutos, até de 4/4 horas. Dose máxima: 10-80 mg/hora.
- Terapia expulsiva medicamentosa (TEM): Alfabloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio podem ser prescritos para promover relaxamento ureteral e facilitar a eliminação do cálculo. Outras TEM não podem ser indicadas de rotinas pela falta de dados que reforcem sua eficácia e sua segurança.
- Tansulosina 0,4 mg VO, 1x/dia, por até 4-6 semanas;
- Hidratação generosa.

Eliminação do cálculo:

- Principal fator determinante para expulsão: Tamanho do cálculo. Cálculos distais tendem a ser mais facilmente eliminados;
- A maioria dos cálculos ≤ 5 mm de diâmetro tende a passar espontaneamente;
- A partir de 4 mm de diâmetro, existe um decréscimo progressivo na taxa de eliminação espontânea;
- Os ≥ 10 mm de diâmetro e os cálculos ureterais proximais são menos propensos a passar espontaneamente.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Tratamento subsequente:

- Avaliar possíveis causas de formação do cálculo incluindo hipercalcemia (mais frequentemente em razão de hiperparatireoidismo primário), hipercalciúria, hiperuricosúria, hipocitratúria, hiperoxalúria e volume de urina;
- Terapia subsequente baseia-se no tipo de cálculo e nas alterações bioquímicas que estão presentes;
- O aumento na ingestão de líquidos é desejável na maioria dos pacientes, uma vez que este é o principal meio de prevenção de recorrência dos cálculos renais;
- As recomendações dietéticas adaptadas aos hábitos do indivíduo e da composição da urina podem ser benéficas;
- Em pacientes com cálculos de cálcio que não possam ser exclusivamente tratados com modificações dietéticas, pode ser indicado diurético tiazídico e dieta com baixo teor de sódio para hipercalciúria, Alopurinol para hiperuricosúria e Citrato de potássio para hipocitratúria;
- Nos casos de cálculos de cistina, pode ser sugerido alto consumo de líquidos e alcalinização urinária.

Cálculo Ureteral

Tratamento conservador: É estimado que 49% dos cálculos proximais, 58% dos cálculos médios e 68% dos cálculos distais passem espontaneamente. Cálculos < 5mm tem 75%, enquanto ≥ 5mm têm 62% de chance de passagem espontânea em até 30 dias. Passagem espontânea diminui quanto maior e mais proximal for o cálculo. Atividade sexual pode aumentar as chances de expelir um cálculo ureteral.

Terapia medicamentosa expulsiva: Pode ser realizada em pacientes sem indicações cirúrgicas, como citado acima. Em caso de cálculo conhecido de ácido úrico, alcalinização da urina pode ser realizada junto com a Tansulosina.

Indicações cirúrgicas:

- Cálculos com baixa probabilidade de passagem espontânea;
- Dor persistente apesar de analgesia adequada;
- Obstrução persistente;
- Insuficiência renal.

Cálculo Renal

Tratamento conservador: Pode ser realizada em cálculos em cálice inferior < 10 mm, sendo feitas avaliações anuais. Em caso de aumento do cálculo, os intervalos entre as avaliações são diminuídos. A intervenção é realizada caso haja um aumento > 5 mm.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Tratamento medicamentoso: A dissolução do cálculo é uma opção para cálculos de ácido úrico, mas é necessário ter informações sobre a composição do cálculo.

Indicações cirúrgicas:

- Aumento do tamanho do cálculo;
- Cálculos em pacientes com alto risco para formação de cálculos;
- Obstrução;
- Infecção;
- Cálculos sintomáticos (ex.: dor ou hematúria);
- Cálculos > 15 mm;
- Cálculos < 15 mm se observação não for a opção de escolha;
- Preferência do paciente;
- Comorbidades;
- Situação social do paciente (ex.: profissão, viagem);

Contraindicações

- LECO;
- Gravidez;
- Discrasias sanguíneas;
- Infecções do trato urinário sem controle;
- Malformações musculoesqueléticas ou obesidade;
- Aneurisma arterial;
- Obstrução anatômica distal ao cálculo.
- Ureterorrenoscopia semirrígida ou flexível:
- Contraindicações à anestesia geral;
- Infecções do trato urinários sem controle.
- Nefrolitotripsia percutânea:
- Infecções do trato urinário sem controle;
- Tumor na área de acesso;
- Tumores renais;
- Gravidez.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Tempo para o diagnóstico inicial;
- Tempo de permanência hospitalar;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Tempo para o diagnóstico inicial;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Curhan GC, Aronson MD, Preminger GM. Diagnosis and acute management of suspected nephrolithiasis in adults. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on May 16, 2024).

Pearle MS, Goldfarb DS, Assimos DG, et al. Medical management of kidney stones: AUA guideline. J Urol. 2014; 192(2):316-324.

EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam, 2020.

Türk C, noll T, Seitz C, et al. Medical expulsive therapy for ureterolithiasis: the EAU recommendations in 2016. Eur Urol. 2017; 71(4):504-507.gência, ambulatório e enfermarias.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE PNEUMONIA COMUNITÁRIA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com pneumonia comunitária

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Doença inflamatória aguda de causa infecciosa que acomete os espaços aéreos e é causada por vírus, bactérias ou fungos. Também denominada pneumonia adquirida na comunidade (PAC), corresponde à doença adquirida fora do ambiente hospitalar ou de unidades de atenção à saúde.

FISIOPATOLOGIA

Os patógenos bacterianos mais comuns associados à PAC incluem *Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*, enquanto os virais incluem rinovírus, *Influenza A e B.*

A pneumonia atípica está associada aos seguintes patógenos: *Mycoplasma pneumoniae*;

Chlamydophila (*Chlamydia*) *pneumoniae*; Vírus sincicial respiratório; Metapneumovírus humano; Adenovírus 4 e 7; Vírus parainfluenza; Coxsackievírus; Echovírus; Coronavírus (MERS-CoV, SARS, SARS-CoV-2); Hantavírus; Vírus Epstein-Barr; Citomegalovírus; Vírus herpes simples; Herpesvírus 6; Varicela-zóster; *Chlamydophila psittaci*; *Coxiella burnetii*; *Francisella tularensis*; Fungos como *Histoplasma capsulatum, Cryptococcus neoformans neoformans* e *neoformans gattii*, *Coccidioides immitis*; *Mycobacterium tuberculosis* e micobactérias não associadas à tuberculose.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Quadro típico:

- Febre alta de início súbito;
- Calafrios;
- Dor torácica de característica pleurítica (em pontada, bem localizada, dependente de ventilação);
- Tosse com expectoração purulenta;
- Dispneia;
- Queda do estado geral.

Quadro atípico:

- Febre baixa a moderada (< 39 °C), de evolução subaguda, em geral sem calafrios;
- Tosse seca (sintoma predominante);
- Estado geral pouco comprometido;
- Dispneia (rara);
- Dor pleurítica (rara);
- Mialgia;
- Faringite não exsudativa;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Cefaleia;
- Dor abdominal;
- Diarreia;
- *Rash* cutâneo;
- Confusão mental.

Exposição de Risco:

- Pacientes em instituições superlotadas (ex.: presídios): Risco aumentado de pneumococo, *Mycoplasma*, *Chlamydophila*, *Mycobacterium*.
- Moradores de casas de repouso/ asilo: Risco aumentado de pneumonia por Gram-negativos e anaeróbios.
- Tabagistas e portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: Risco aumentado de pneumonia por hemófilo e *Moraxella catarrhalis*.
- Imunossuprimidos e portadores de doença pulmonar estrutural (fibrose cística, bronquiectasia): Risco aumentado de pneumonia por *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*.
- Broncoaspiração: Alcoolismo; Uso de drogas ilícitas; Disfagia; Doença do refluxo gastroesofágico; Rebaixamento do nível de consciência; Crise convulsiva; Risco aumentado de pneumonia por *Klebsiella pneumoniae*.
- Usuário de drogas ilícitas endovenosas: Risco aumentado de pneumonia por *S. aureus*.
- Exposição animal: Gatos; Ovelhas e bodes (*C. burnetti*, *Bacillus anthracis*); Aves (*C. psittaci*); Roedores (*F. tularensis*, *Yersinia pestis*).
- Exposição a sistema de ar-condicionado ou água contaminados: *Legionella* sp.
- Infecção secundária à influenza: Risco aumentado de pneumonia por *S. aureus*.

Exame Físico

Quadro típico: Taquidispneia; taquicardia; estertores crepitantes localizados ou difusos (ou diminuição do murmúrio vesicular); macicez à percussão; cianose central.

Quadro atípico: Taquipneia leve, taquicardia, estertores crepitantes.

Achados específicos: Bradicardia (*Legionella* sp.), miringite bolhosa (*Mycoplasma pneumoniae*).

Critérios de Gravidade

A estratificação de risco deve ser realizada utilizando-se escores validados (como o CURB-65 e o PSI), no entanto, já no exame físico é possível detectar a presença de critérios de gravidade do quadro.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Principais critérios de gravidade:

- Alteração do nível de consciência;
- Taquipneia (> 30 irpm);
- Toxemia;
- Hipotensão;
- Utilização de musculatura acessória;
- Hipotermia (< 35 °C) ou febre (> 40 °C);
- Taquicardia > 125 bpm.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A abordagem diagnóstica deve envolver a solicitação de exames laboratoriais de rotina e radiografia de tórax na tentativa de estratificar o risco do paciente e assumir uma conduta terapêutica. O diagnóstico, no entanto, é clínico e independe de exames complementares.

- Exames laboratoriais de rotina: Hemograma completo: Pode apresentar leucocitose com desvio à esquerda (principalmente no quadro típico); Ureia; Creatinina; Glicemia; Eletrólitos; Lactato;Proteína C-reativa: Aumentado em vigência de infecção ou inflamação sistêmica; Procalcitonina: Altos níveis estão associados ao diagnóstico de PAC; EAS ou urina tipo 1: pode ser considerada sua solicitação na suspeita de pneumonia por *Legionella*, pela presença de micro-hematúria nessa condição. Pode-se incluir pesquisa de antígeno urinário para *Legionella*; LDH: Altos níveis estão associados à pneumocistose;
- Pode-se considerar a não solicitação de exames a pacientes com menos de 50 anos, hígidos (sem comorbidades) e sem clínica exuberante ou sinais de gravidade.
- Gasometria arterial: Indicada se saturação de oxigênio < 90% na oximetria de pulso.
- Hemocultura: Deve ser solicitada em vigência de sepse grave e/ou quando indicada internação hospitalar, preferencialmente antes do início da antibioticoterapia e no pico febril. A sensibilidade para o diagnóstico de pneumonia é de cerca de 40%.
- Radiografia de tórax: Deve ser solicitada para confirmação diagnóstica, sendo recomendada sua realização de rotina, quando disponível, nas incidências posteroanterior e perfil. A ausência de alterações na radiografia de tórax não exclui o diagnóstico de pneumonia. Na presença de quadro clássico, devem-se aguardar 24 a 48 horas e repetir o exame.
- Ultrassonografia do tórax: Exibe maior sensibilidade e acurácia do que a radiografia de tórax na detecção de alterações parenquimatosas. Também é útil na detecção de derrame pleural, possibilita a visualização de loculações na cavidade e é auxiliar na orientação para punção de derrame pleural (loculado ou não).
- Tomografia computadorizada do tórax: Método mais sensível na identificação de acometimento infeccioso do parênquima pulmonar, mas há exposição a radiações em níveis altos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

e o custo é elevado. Apresenta maior acurácia na avaliação torácica de pacientes obesos, imunossuprimidos, com infecções fúngicas e com alterações radiológicas prévias. Também apresenta alta sensibilidade na detecção de complicações da PAC, como abscesso de pulmão e derrame pleural loculado.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Podem-se utilizar os escores prognósticos PORT/PSI e CURB-65, sendo indicada internação hospitalar quando PORT III-V e/ou CURB-65 ≥ 2;

Deve-se considerar internação, mesmo na ausência de critérios clínicos de gravidade, de pacientes portadores de comorbidades como DPOC, Diabetes, Insuficiência cardíaca, Neoplasias, Doença renal crônica. Alcoolistas, pacientes com baixo nível socioeconômico, difícil acesso à rede de saúde e intolerantes à medicação oral;

Antibioticoterapia: Início precoce de antibioticoterapia, tão logo colhidas as culturas (se indicado). A antibioticoterapia empírica varia de acordo com a apresentação clínica do quadro e o local de tratamento, como descrito no guia de prescrição.

Resposta terapêutica: Deve ser observada melhora clínica em até 72 horas depois do início da antibioticoterapia. Na ausência de melhora, deve-se pensar em algumas possibilidades:

- Resistência aos antimicrobianos ou escolha e/ou posologia inadequadas;
- Infecção por germe não coberto;
- Complicações: Empiema ou cavitação;

Duração da terapêutica: A tendência atual é um tratamento cada vez mais curto:

- **Tratamento ambulatorial:** 3 a 7 dias;

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de internação em UTI (severidade);
- Tempo de permanência hospitalar;
- Taxa de complicações (insuficiência respiratória, sepse, choque séptico);

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Corrêa RA, Costa AN, Lundgren F, et al. Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade 2018. J Bras Pneumol. 2018; 44(5):405-424.

Gadsby NJ, Musher DM. The Microbial Etiology of Community-Acquired Pneumonia in Adults: from Classical Bacteriology to Host Transcriptional Signatures. Clin Microbiol Rev. 2022; 35(4):e0001522.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Gadsby NJ, Russell CD, McHugh MP, et al. Comprehensive Molecular Testing for Respiratory Pathogens in Community-Acquired Pneumonia. Clin Infect Dis. 2016; 62(7):817-23.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

INFPROTOCOLO MÉDICO DE INFLUENZA (GRIPE)

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com influenza.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Infecção de vias aéreas superiores e inferiores causada pelo vírus influenza (tipos A, B, C e D), determinando uma síndrome respiratória aguda.

FISIOPATOLOGIA

O período de incubação é em torno de 1-4 dias. A transmissão pode ocorrer a partir de 1 dia antes até 10 dias ou mais do início dos sintomas, incluindo indivíduos assintomáticos ou com doença subclínica. Pessoas com imunocomprometimento em alto grau podem excretar vírus por semanas ou meses.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Ocorre em surtos anuais que têm extensão variável. Esse padrão epidemiológico reflete a natureza mutável das propriedades antigênicas dos vírus influenza, e sua disseminação depende de múltiplos fatores, incluindo a transmissibilidade do vírus e a suscetibilidade da população.

O vírus também infecta animais (suínos, equinos, aves e outros), sendo espécie-específicos, mas novas cepas configuram disseminação zoonótica. A transmissão via secreções respiratórias (gotículas ou pequenas partículas de aerossol) pode ser pessoa-pessoa ou por contato com animais infectados ou fômites.

O vírus da família *Ortomixoviridae* é envelopado, RNA fita simples com oito segmentos envoltos por capa proteica e apresenta os principais fatores de virulência, como a hemaglutinina (H, sendo H1, H2 e H3 os principais subtipos existentes em influenza A), que se liga ao ácido siálico na superfície das células do epitélio respiratório, e neuraminidase (N, nove tipos existentes em influenza A), que cliva os vírions em formação, tornando-os infectantes.

Os vírus influenza B têm menor propensão à alterações antigênicas, e apenas mutações na hemaglutinina foram descritos.

O vírus influenza C causa doenças respiratórias agudas em crianças e, mais raramente, em adultos.

As maiores alterações na hemaglutinina e neuraminidase são chamadas de *shifts,* e as alterações menores são chamadas de *drifts*. Os *shifts* estão associados à epidemias e pandemias de influenza A, enquanto os *drifts* estão associados a surtos mais localizados e de extensão variável.

A imunidade aos vírus influenza decorre da infecção natural ou por vacinação, sendo que a última garante imunidade apenas em relação aos vírus homólogos da sua composição.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Principais queixas agudas (síndrome gripal):

- Febre alta;
- Mal-estar;
- Astenia;
- Mialgia;
- Cefaleia frontal e retro-orbital;
- Tosse;
- Obstrução nasal;
- Rinorreia com coriza hialina;
- Anorexia;
- Náuseas;
- Odinofagia;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Taquicardia;
- Lacrimejamento e/ou olhos vermelhos.

A síndrome febril não é obrigatória, mas pode aparecer de forma súbita com temperaturas entre 37,8-40 °C e durar cerca de 3 dias. Comumente, a influenza apresenta resolução espontânea em aproximadamente 7 dias, porém as manifestações clínicas, como tosse, mal-estar e fadiga, podem permanecer por semanas.

Pacientes não costumam apresentar alterações no exame físico, exceto por taquicardia e, em quadros mais graves, alterações na ausculta pulmonar, como estertores crepitantes, evidenciando a presença de infiltrados pulmonares.

Síndrome respiratória aguda grave:

Quadro grave de influenza, que pode ser causado tanto por uma pneumonia viral quanto por associação com pneumonia bacteriana. Manifesta-se por:

- Taquipneia;
- Dispneia;
- Estertoração pulmonar e sibilos;
- Dor pleurítica;
- Dor abdominal;
- Manifestações hemorrágicas em alguns casos.

Complicações:

- Sinusite;
- Otite;
- Desidratação;
- Pneumonia bacteriana;
- Pneumonia fúngica;
- Descompensação das doenças crônicas;
- Crise asmática;
- Miosite;
- Rabdomiólise;
- Alterações cardiológicas, incluindo descompensação da insuficiência cardíaca, miocardite, pericardite e/ou infarto agudo do miocárdio;
- Convulsões;
- Encefalopatia;
- Encefalite;
- AVC;
- Encefalomielite;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Mielite transversa;
- Meningite;
- Síndrome de Guillain-Barré;
- Disfunção orgânica múltipla;
- Sepse.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Durante um surto de gripe, principalmente nos meses de inverno (embora no Brasil, devido ao clima tropical, esta verdade seja parcial com prevalência relativamente constante durante todo o ano), o diagnóstico clínico de gripe apresenta

bom rendimento nos pacientes com < 65 anos, que não apresentam alto risco de complicação, que não requerem internação hospitalar e que já foram submetidos à avaliação para Covid-19, dispensando qualquer exame complementar.

A confirmação do diagnóstico de influenza por testes laboratoriais tem importância não apenas para fins de vigilância epidemiológica como para auxílio em situações individuais, para orientar a decisão de introduzir antivirais ou antimicrobianos em pacientes de risco, assim como nas medidas de controle de infecção associadas aos cuidados.

Mesmo fora do período de inverno, casos esporádicos não demandam detecção viral para influenza, dado o caráter autolimitado da infecção, salvo em vigência de síndrome respiratória aguda grave ou em casos de importância epidemiológica ou diagnóstico pandêmico.

- Exames laboratoriais: Hemograma completo, eletrólitos, função renal, função hepática, PCR , gasometria arterial e lactato. Esses exames são indicados em casos de influenza ou suspeita de influenza com evolução para síndrome respiratória aguda grave, que demanda internação hospitalar. Pacientes com suspeita de encefalopatia devem ser submetidos à punção lombar e pesquisa do vírus.
- Radiografia de tórax : Indicada em casos de influenza ou suspeita de influenza com alterações ao exame físico e/ou evolução para síndrome respiratória aguda grave;

Pode indicar a presença de infiltrado pulmonar multifocal ou difuso em vidro fosco, padrão de infiltrado intersticial ou consolidação lobular ou segmentar, sendo impossível a distinção de pneumonia bacteriana.

- Detecção viral: Com base no Guia de Vigilância Epidemiológica, do Ministério da Saúde, está indicada a coleta de secreção nasofaríngea (preferencialmente entre o terceiro e o sétimo dia do início dos sintomas) para detecção viral em todos os pacientes com suspeita de síndrome respiratória aguda grave (apresentando ou não fator de risco para complicações);

O exame confirmatório para infecção por influenza é a RT-PCR ou a cultura de secreções de orofaringe, mas não estão amplamente disponíveis;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Hemocultura: Deve ser solicitada para todo paciente com suspeita de síndrome respiratória aguda grave para diagnóstico diferencial com pneumonia bacteriana ou pelo risco de infecção bacteriana concomitante.

Acompanhamento

Quadros benignos em indivíduos hígidos não necessitam de consulta de retorno. Pacientes em que se opta pelo tratamento antiviral devem ter seguimento ambulatorial.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Pandemia de covid-19: Devido à pandemia pelo novo coronavírus, decretada em março de 2020 pela OMS, todo o caso de síndrome gripal, segundo o Ministério da Saúde, deve ser conduzido como caso suspeito de covid-19. Para mais informações, acesse Coronavírus (covid-19).

Segundo o protocolo do Ministério da Saúde, ressalta-se o tratamento oportuno de todos os casos de síndrome respiratória aguda grave e síndrome gripal, conforme condições e fatores de risco.

Recomenda-se o uso do antiviral Fosfato de oseltamivir, independentemente da situação vacinal, mesmo em atendimento ambulatorial. O antiviral apresenta benefícios, mesmo se iniciado após 48 horas do início dos sintomas e pode ter benefício em até 10 dias.

A vacinação proporciona proteção efetiva contra os sorotipos constituintes das vacinas, geralmente tri ou quadrivalentes, com efetividade a partir de 10-14 dias. As apresentações incluem vacina nasal (vírus atenuado) e injetável intramuscular (vírus inativado).

As vacinas influenza trivalentes devem apresentar três tipos de cepas de vírus combinadas. Na temporada de 2024 são:

- Um vírus similar ao vírus influenza A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09;
- Um vírus similar ao vírus influenza A/Thailand/8/2022 (H3N2);
- Um vírus similar ao vírus influenza B/Austria/1359417/2021 (linhagem B/Victoria).

Atualmente, também está disponível a vacina tetravalente que consiste em:

- Todos os vírus presentes na trivalente;
- Um vírus similar ao vírus influenza B/Phuket/3073/2013 (linhagem B/Yamagata).

Quimioprofilaxia: Os antivirais atuam como adjuvantes da vacinação e não são recomendados se o período após a última exposição a uma pessoa com infecção pelo vírus for > 48 horas.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de hospitalização por complicações de influenza;
- Tempo para o diagnóstico inicial;

- Tempo de permanência hospitalar;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações e Doenças Imunopreviníveis. Guia de Manejo e Tratamento de influenza 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações e Doenças Imunopreviníveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Estratégia de vacinação contra a influenza nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste – 2024/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Ghebrehewet S, MacPherson P, Ho A. Influenza. BMJ. 2016; 355:i6258.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE TUBERCULOSE

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com tuberculose ativa.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Doença infecciosa causada por bactérias do complexo *Mycobacterium tuberculosis* que pode acometer vários órgãos. A forma pulmonar é a mais frequente e mais relevante, visto que é a responsável pela cadeia de transmissão na população.

FISIOPATOLOGIA

A tuberculose (TB) pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum, M. canetti, M. microti, M. pinnipedi* e *M. caprae*.

As bactérias do complexo *M. tuberculosis* são transmitidas por via aérea, a partir de uma pessoa com TB pulmonar ou laríngea (caso-fonte), por aerossóis oriundos da tosse, fala ou espirro.

O termo utilizado "bacilífero" refere-se a pessoas com TB pulmonar ou laríngea com baciloscopia positiva no escarro. Pessoas com outros exames bacteriológicos (ex.: cultura e/ou teste rápido molecular da tuberculose [TRM-TB]) positivos também apresentam potencial transmissor.

A TB acomete, prioritariamente, o pulmão, que também é a porta de entrada da maioria dos casos.

Na maioria dos pacientes imunocompetentes, a replicação do bacilo é controlada, tornando a infecção latente por meses ou anos. No restante dos casos (5-10%), e particularmente nos indivíduos imunocomprometidos, o bacilo consegue multiplicar-se, com consequente progressão da doença pulmonar e/ou disseminação para sítios distantes.

A reativação ocorre quando o bacilo volta a se replicar após período de latência. É estimado que um indivíduo com baciloscopia positiva possa infectar de 10-15 pessoas em média, em uma comunidade, durante 1 ano.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Sintomático respiratório: Pessoa que, durante a estratégia programática de busca ativa, apresenta tosse por 3 semanas ou mais. Essa pessoa deve ser investigada para tuberculose por meio de exames bacteriológicos.

Quadro clínico:

- Doença pulmonar: As manifestações clássicas são tosse persistente (> 15 dias) seca ou produtiva, febre vespertina, sudorese noturna e perda ponderal. A forma primária é mais comum em crianças, sendo frequentemente insidiosa;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- A reativação pode ocorrer em qualquer idade, mas a incidência é maior em adolescentes e adultos jovens;
- A tuberculose miliar é uma forma mais grave da doença com múltiplos focos granulomatosos pulmonares, mais comum em pacientes HIV-positivos e com quadro mais agudo;
- Doença extrapulmonar: É mais comum, mas não exclusiva, em indivíduos com imunossupressão grave. O diagnóstico é feito a partir de cultura e biópsia do tecido/órgão acometido:
    - ✓ Tuberculose pleural: Forma mais comum em pacientes HIV-negativos. Pode causar dor pleurítica, astenia, perda ponderal, febre e tosse seca;
    - ✓ Tuberculose ganglionar: Forma mais comum em pacientes HIV-positivos e crianças. Cursa com aumento subagudo, indolor e assimétrico das cadeias ganglionares, principalmente cervicais e supraclaviculares, além de queda do estado geral. Os linfonodos podem evoluir com flutuação e/ou fistulização;
    - ✓ Tuberculose meningoencefálica: Pode ser subaguda ou crônica. Pode causar cefaleia holocraniana, irritabilidade, alterações de comportamento, sonolência, anorexia, vômitos, dor abdominal, febre, fotofobia e rigidez de nuca. Pode haver déficits neurológicos focais ou hipertensão intracraniana;
    - ✓ Tuberculose pericárdica: É subaguda, cursando com dor torácica, tosse seca, dispneia, febre, perda ponderal, astenia, tonteira, edema de membros inferiores, dor em hipocôndrio direito por congestão hepática e ascite;
    - ✓ Tuberculose óssea: Mais frequente na coluna vertebral, articulações coxofemorais e joelhos. A doença na coluna, chamada de mal de Pott, cursa com dor lombar, dor à palpação e sudorese noturna, sendo mais comum nas colunas torácica baixa e lombar.

FATORES DE RISCO

- Exposição recente a indivíduo infectado;
- História prévia de infecção/ doença;
- Pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA);
- Uso de drogas;
- Residentes ou empregados de instituições com aglomerações de pessoas com alto risco;
- Profissionais de saúde;
- População indígena;
- Pessoas privadas de liberdade;
- Pessoas em situação de rua;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Condições clínicas que aumentem o risco de infecção, como diabetes melito, corticoterapia prolongada ou terapia com outros imunossupressores, doença renal crônica, malignidade, desnutrição e silicose.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Na doença pulmonar, o exame físico é, muitas vezes, inexpressivo. Pode haver redução do murmúrio vesicular com redução do frêmito toracovocal quando houver derrame pleural e/ou pectoriloquia e consolidação parenquimatosa pulmonar.

Indicações de investigação de tuberculose pulmonar:

- Tosse por mais de 2-3 semanas associada à febre, sudorese noturna, perda ponderal e/ou hemoptise;
- Fator de risco para tuberculose e sintomatologia, incluindo sintomas respiratórios, por mais de 2-3 semanas;
- Infecção por HIV, tosse e febre inexplicadas;
- Fator de risco para tuberculose e diagnóstico de pneumonia comunitária, sem melhora após 7 dias de tratamento;
- Fator de risco para tuberculose e achados radiográficos incidentais compatíveis com a doença, mesmo se sintomatologia leve ou ausente.

Diante de um caso suspeito, deve-se solicitar Radiografia de tórax. Se houver alteração sugestiva ou forte suspeita clínica, solicitam-se duas amostras de escarro para baciloscopia (BAAR) e cultura, com intervalo de 8-24 horas entre elas e, pelo menos, uma coletada assim que o paciente acorda.

Como BAAR positivo pode significar *M. tuberculosis* ou outra micobactéria, a análise deve ser complementada com a cultura para identificação da espécie e realização de teste de sensibilidade às drogas. No entanto, se houver forte suspeita de tuberculose e BAAR positivo, indica-se início de tratamento empírico antes do fechamento da cultura.

A radiografia de tórax é complementar na investigação da doença e deve ser solicitada para todo paciente com suspeita clínica de tuberculose pulmonar.

As lesões sugestivas de tuberculose em radiografias de tórax localizam-se geralmente nas partes altas e dorsais dos pulmões, particularmente no pulmão direito ou em ambos, e podem apresentar-se como opacidades, infiltrados, nódulos, cavidades, fibroses, retrações, calcificações, linfadenomegalia, aspecto miliar.

Porém, mesmo existindo a doença, a radiografia do paciente pode não apresentar alterações em PVHA com contagem de linfócitos CD4+ < 200 células/mm^3. Outros métodos,

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

como ultrassonografia, tomografia e ressonância nuclear magnética, podem ser solicitados como auxiliares diagnósticos.

Broncoscopia para obtenção de lavado broncoalveolar e/ou material para biópsia é reservada para situações específicas:

- Falha na obtenção de amostras adequadas de escarro;
- Exames de escarro negativos na presença de forte suspeita clínica;
- Possíveis diagnósticos diferenciais que requerem broncoscopia para confirmação ou exclusão;
- Urgência na necessidade de dados para diagnóstico.

Quando biópsia de tecido/órgão for feita, como nos casos de suspeita de tuberculose extrapulmonar, a análise histopatológica evidencia granuloma com necrose caseosa.

A detecção de altos níveis de adenosina deaminase (ADA) nos líquidos pleural, pericárdico, sinovial, ascítico e no liquor, associada a outras evidências, permite o diagnóstico indireto de tuberculose extrapulmonar, principalmente de tuberculose pleural.

Recomenda-se também o teste para diagnóstico do HIV (rápido ou sorológico).

ACOMPANHAMENTO

Indicações de internação:

- Forma meningoencefálica;
- Intolerância medicamentosa incontrolável ambulatorialmente;
- Estado geral que não permita tratamento ambulatorial;
- Intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas que necessitem de internação, relacionadas ou não à doença;
- Situações de vulnerabilidade social, como ausência de residência fixa ou grupos com maior possibilidade de abandono.

Indicações de alta: Os pacientes devem receber alta o mais rápido possível, assim que resolvidos os fatores que indicaram a internação.

Monitoramento da resposta ao tratamento:

- BAAR de escarro mensal: Se BAAR positivo no final do segundo mês de tratamento ou se voltar a positivar após negativação, solicitar cultura para teste de sensibilidade;
- Avaliação clínico-laboratorial mensal, com foco em evolução da doença e possíveis efeitos colaterais.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Antes de iniciar o tratamento, recomenda-se solicitar:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Hemograma;
- Função renal e eletrólitos;
- Função hepática;
- Dosagem de ácido úrico;
- Sorologias para hepatites B e C e para HIV;
- Avaliação oftalmológica, se tratamento incluir Etambutol.

As medicações são Rifampicina, Isoniazida, Etambutol e Pirazinamida, de acordo com a prescrição.

Efeitos Colaterais e Recomendações:

- Náuseas, vômitos e dor abdominal: Considerar sintomáticos, mudar horário de administração dos comprimidos (após ou durante café da manhã).
- Hepatotoxicidade: Suspender tratamento com reintrodução gradual das drogas após resolução do quadro; considerar substituição do esquema.
- Urina de cor avermelhada: Orientar e manter esquema.
- Nefrite intersticial: Suspender Rifampicina e reiniciar esquema especial sem a medicação.
- Rabdomiólise e insuficiência renal: Suspender Pirazinamida e reiniciar esquema especial sem a medicação.
- Prurido ou exantema leve: Medicar com anti-histamínico.
- Exantema moderado ou grave: Suspender tratamento com reintrodução gradual das drogas após resolução do quadro, considerar substituição do esquema.
- Artralgia: Medicar com analgésico ou anti-inflamatório.
- Neuropatia periférica: Medicar com Piridoxina 50 mg/dia (suplementação profilática é recomendada em indivíduos com outros fatores de risco, como desnutrição, diabetes, HIV, doença renal, alcoolismo, gestação).
- Neurite óptica: Suspender Etambutol e reiniciar esquema especial sem a medicação.
- Hiperuricemia: Orientar dieta hipopurínica, considerar Alopurinol e Colchicina.
- Cefaleia, ansiedade, euforia e insônia: Orientar e manter esquema.
- Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica e coma: Suspender Isoniazida e reiniciar esquema especial sem a medicação.
- Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose e vasculite: Suspender Rifampicina e reiniciar esquema especial sem a medicação.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de Implementação de Medidas de Controle de Infecção;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Taxa de adesão ao protocolo;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Choyke PL, Sostman HD, Curtis AM, et al. Adult-onset pulmonary tuberculosis. Radiology. 1983; 148(2):357-62.

Dheda K, Barry CE 3rd, Maartens G. Tuberculosis. Lancet. 2016; 387(10024):1211-26.

Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE HIPOGLICEMIA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com hipoglicemia

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Síndrome clínica de diversas causas, caracterizada por sinais e sintomas resultantes da queda da concentração de glicose no sangue. A glicemia abaixo da qual o indivíduo se torna sintomático é variável. Em geral, considera-se hipoglicemia quando valores de glicose no sangue estão < 60-70 mg/dL, associados a sinais e sintomas compatíveis. Em pacientes diabéticos, considera-se hipoglicemia qualquer episódio de glicose sérica diminuída (< 70 mg/dL).

FISIOPATOLOGIA

A hipoglicemia surge em um contexto de anormalidade nos mecanismos de homeostase da glicose no nosso organismo.

A manutenção de glicose em níveis normais (mecanismos de homeostase da glicose) depende dos carboidratos ingeridos, da produção renal e hepática de glicose e dos hormônios e sinalizadores:

- Insulina: Reduz de forma imediata quando os níveis de glicose caem;
- Glucagon e adrenalina: Aumentam de forma imediata quando os níveis de glicose caem;
- GH e cortisol: Aumentam se a queda da glicose permanecer (hipoglicemia prolongada).

Em diabéticos: A hipoglicemia surge como combinação de excesso relativo ou absoluto do uso de insulina (ou dos secretagogos de insulina) e do comprometimento da homeostase da glicose (frequente no DM1 e ocorre no DM2 de longa data).

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Qualquer paciente com alteração aguda do estado mental ou coma deve ser submetido a teste de glicemia capilar para avaliação de hipoglicemia como uma possível causa, principalmente, se idoso, diabético e/ou portador de doença grave.

Manifestações clínicas:

- Neuroglicopênicas (falta de glicose no cérebro):
- Irritabilidade;
- Tontura;
- Cefaleia;
- Apreensão;
- Fadiga;
- Confusão;
- Distúrbio visual;
- Déficits neurológicos focais transitórios;
- Torpor;
- Convulsão;
- Perda da consciência;
- Coma.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Autonômicas – são subdivididas em:
- Mediadas por catecolaminas: Taquicardia, tremores e nervosismo;
- Mediadas por acetilcolina: Sudorese, fome e parestesias.

Atenção! Em pacientes não diabéticos, a ocorrência de sintomas neuroglicopênicos evidencia uma causa hipoglicemiante subjacente, que deve ser investigada.

Classificação da Gravidade da Hipoglicemia

- Hipoglicemia severa: Evento que requer assistência de outra pessoa para reversão do quadro com administração de carboidratos de rápida absorção, glucagon ou outras medidas restaurativas. Nem sempre a dosagem da glicemia capilar é disponível, porém a reversão dos sintomas neurológicos após as medidas restaurativas é suficiente para evidenciar níveis plasmáticos baixos de glicose;
- Hipoglicemia sintomática documentada: Evento no qual os sintomas típicos de hipoglicemia são acompanhados pela aferição de glicemia capilar < 70 mg/dL;
- Hipoglicemia assintomática: Evento sem a presença dos sintomas típicos de hipoglicemia, mas que acompanhados pela aferição de glicemia capilar < 70 mg/dL;
- Provável hipoglicemia sintomática: Evento no qual o paciente apresenta sintomas típicos de hipoglicemia, porém sem a aferição da glicemia capilar e com resolução do quadro após as medidas de reversão (ex.: ingestão de carboidratos);
- Pseudo-hipoglicemia: Evento no qual o paciente refere sintomas típicos de hipoglicemia, porém a glicemia capilar > 70 mg/dL.
- Hipoglicemia Hiperinsulinêmica: Hipoglicemia acompanhada por insulina aumentada, indicando produção endógena de insulina ou maior liberação pela célula beta.

O hiperinsulinismo endógeno é mais provável em um indivíduo anteriormente sadio sem indícios clínicos para as causas comuns de hipoglicemia.

Em adultos, a hipoglicemia decorrente do hiperinsulinismo endógeno pode ser causada por:

- Ingestão acidental ou maliciosa de secretagogo de insulina (sulfonilureia);
- Tumor de célula beta (insulinoma);
- Alteração funcional de células beta (nesidioblastose), que pode ocorrer como uma característica da síndrome de hipoglicemia pancreática não insulinoma ou de hipoglicemia relacionada com *bypass* gástrico;
- Hipoglicemia autoimune: Anticorpos direcionados à insulina endógena ou ao receptor de insulina, em que o anticorpo ativa o receptor ou, ao ligar-se com a insulina, promove maior ação e/ou menor degradação desta.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A hipoglicemia deve ser investigada somente em indivíduos que apresentem a tríade de Whipple:

1. Sinais e sintomas compatíveis (autonômicos e neuroglicopênicos, sendo estes últimos mais específicos).
2. Glicose plasmática baixa (em adultos saudáveis < 55-60 mg/dL) na ocorrência dos sintomas.
3. Resolução do quadro após medidas para aumento da glicose.

É importante avaliar se a hipoglicemia ocorreu em indivíduos aparentemente saudáveis ou com doenças graves conhecidas:

- Doenças graves: Insuficiência hepática, renal ou cardíaca; diabetes melito de longa data, sepse (incluindo malária); inanição;
- Drogas: Insulina ou secretagogo de insulina, álcool;
- Deficiência hormonal: Cortisol, glucagon e epinefrina (no diabetes melito insulinopênico);
- Atividade física;
- História de má nutrição;
- Hiperinsulinismo endógeno: Insulinoma, transtornos funcionais de células beta (nesidioblastose – hipoglicemia pancreatogênica não insulinoma ou pós-cirurgia de *bypass* gástrico), hipoglicemia por autoimunidade à insulina (anticorpos anti-insulina ou antirreceptor de insulina);
- Hipoglicemia factícia.

Investigação:

- Revisão da história: Associação de hipoglicemia a refeições, uso de drogas, doenças graves, deficiências hormonais que levem à hipoglicemia;
- Exames de rotina: Glicose, insulina proinsulina, peptídeo C , beta-hidroxibutirato (coletar durante episódio de hipoglicemia sintomática espontânea) , anticorpo anti-insulina , dosagem de sulfonilureias;
- Provas funcionais: Caso não seja possível realizar coleta durante hipoglicemia espontânea, usar prova funcional para provocar a hipoglicemia e coletar os exames de rotina. Escolher entre jejum prolongado (caso a hipoglicemia ocorra em jejum) e refeição mista (caso a hipoglicemia seja pós-prandial);
- Estudos de imagem: Devem ser realizados apenas após confirmação de hipoglicemia endógena (ex.: insulinoma, nesidioblastose e hipertrofia das ilhotas pancreáticas). Ultrassonografia de abdome, tomografia computadorizada de abdome ou ressonância magnética de abdome podem ser realizadas a depender da disponibilidade local do exame.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Conduta Rápida

- Glicemia capilar (HGT): O mais rápido possível.
- Pacientes diabéticos sintomáticos com glicose < 60-70 mg/dL: Tratar imediatamente.
- Pacientes não diabéticos sintomáticos com glicose < 60-70 mg/dL: Coletar sangue para dosagem de glicose, insulina, peptídeo C e sulfonilureias (se disponível) e iniciar tratamento.

Não adiar tratamento: Se houver suspeita de hipoglicemia sintomática e o teste de glicemia capilar ou outros testes não estiverem prontamente disponíveis, tratar como se fosse hipoglicemia.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de adesão ao protocolo;
- Taxa de internação;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cryer PE, Lipska KJ. Hypoglycemia in adults with diabetes mellitus. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on February 8, 2024).

American Diabetes Association. Glycemic targets: Standards of Medical Care in Diabetes - 2023. Diabetes Care. 2023.

Arbex AK. Endocrinologia Clínica no dia a dia. 2a ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2023.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO DE INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com infecções do trato urinário (ITU).

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

As infecções do trato urinário podem ser divididas em infecções do trato urinário superior, que abrangem os rins (pielonefrite), e infecções do trato urinário inferior, que afetam a bexiga (cistite), uretra (uretrite) e próstata (prostatite). Geralmente a infecção se dissemina de uma área para outra. Embora uretrite e prostatite sejam uma infecção do trato urinário, o termo uma infecção do trato urinário geralmente se refere à pielonefrite e cistite.

Os patógenos não bacterianos mais comuns incluem fungos (geralmente espécies de Cândida), e, menos comumente, microbactérias, vírus e parasitas. Patógenos não bacterianos normalmente afetam pacientes imunodeprimidos; têm diabetes, obstrução ou anormalidades estruturais do trato urinário; ou tiveram cirurgia recente do trato urinário. Uretrite geralmente é causada por uma infecção sexualmente transmissível. Prostatite é geralmente causada por uma bactéria e, às vezes, por infecção sexualmente transmissível.

FATORES DE RISCO

Os fatores de risco do desenvolvimento de uma infecção do trato urinário em mulheres incluem:

- Relações sexuais;
- Diafragma e uso de espermicida;
- Uso de antibióticos;
- Novo parceiro sexual no último ano;
- História de infecções do trato urinário em parentes de 1º grau do sexo feminino;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- História de infecções do trato urinário recorrentes;
- Primeira uma infecção do trato urinário em idade precoce;

Os fatores de risco de ITU em homens incluem:

- Hiperplasia prostática benigna com obstrução, comum em homens com mais de 50 anos.
- Qualquer outra causa de obstrução do trato urinário (p. ex., câncer de próstata, estenose uretral)
- Instrumentação recente ou catéteres de demora
- Anormalidades estruturais, como divertículos vesicais
- Doenças neurológicas que interferem na micção normal (p. ex., lesão medular)
- Comprometimento cognitivo, incontinência fecal ou urinária

SINAIS E SINTOMAS

As ITUs são classificadas em sintomáticas ou assintomáticas. Pacientes idosos e pacientes com bexiga neurogênica ou que utilizam sondas de demora podem apresentar sepse e delirium sem sintomas referentes do trato urinário. Quando os sintomas estão presentes, podem não se correlacionar à localização da infecção dentro do trato urinário em razão de haver considerável sobreposição; entretanto, algumas generalizações são úteis.

Na uretrite, os principais sintomas são disúria e, principalmente em homens, secreção uretral. A secreção pode ser purulenta, esbranquiçada ou mucosa. Características da secreção, como quantidade de purulência, não diferenciam de forma confiável uretrite gonocócica de uretrite não gonocócica. O início da cistite é geralmente súbito, tipicamente com polaciúria, urgência e ardor ou micção dolorosa de pequenos volumes de urina. Noctúria, com dor suprapúbica e geralmente dor lombar inferior são comuns. A urina é muitas vezes turva, e pode haver hematúria microscópica (ou raramente macroscópica). Pode haver febre baixa. Pneumatúria (passagem de ar na urina) pode ocorrer quando a infecção resultar de fístula vesicoentérica ou vesicovaginal ou por cistite enfisematosa.

Na pielonefrite aguda, os sintomas podem ser os mesmos da cistite. Um terço dos pacientes apresenta aumento na frequência urinária e disúria. Entretanto, na pielonefrite, os sintomas tipicamente incluem calafrios, febre, dor no flanco, náuseas e vômitos. Se houver discreta rigidez abdominal ou ausência desta, algumas vezes é possível palpar o rim dolorido e aumentado. A dor à percussão costovertebral geralmente está presente no lado infectado. Na infecção do trato urinário em crianças, os sintomas costumam ser pouco específicos e menos característicos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Na suspeita de ITU não complicada em mulheres, com sintomas típicos, não é necessário solicitar exames complementares, nem o sumário de urina (EAS ou urina tipo 1). Caso sintomas não sejam típicos, vale a pena pedir o exame.

Se cistite complicada: Na suspeita de abscesso, doença urológica de base, doença sistêmica predisponente (diabetes), ou paciente do sexo masculino, deve-se solicitar sumário de urina (EAS ou urina tipo 1) e urinocultura com antibiograma. Se pielonefrite: Solicitar hemograma completo, sódio, potássio, ureia e creatinina séricos, PCR, sumário de urina (EAS ou urina tipo 1), urinocultura e, se necessário, internação hospitalar, hemocultura.

Bacteriuria assintomáticos: Em pacientes assintomáticos, a presença de > 100.000 unidades formadoras de colônia - UFC/mL em duas uroculturas consecutivas em mulheres, ou em uma urocultura em homens, ou ainda em pacientes com cateter vesical. Mesmo com apenas uma urinocultura positiva ≥ 100.000 UFC/mL, se gestante ou em pacientes que serão submetidos a procedimentos invasivos urológicos ou receptores de transplante renal, já condiciona ao tratamento de ITU.

Exames laboratoriais

HEMOGRAMA: Pode apresentar leucocitose com desvio à esquerda (principalmente na pielonefrite).

PROTEÍNA C-REATIVA (PCR): Aumentada em vigência de infecção ou inflamação sistêmica.

SUMÁRIO DE URINA (EAS OU URINA TIPO 1): Embora a presença de piúria não seja específica para infecção de trato urinário, sua ausência torna o diagnóstico improvável, dada a alta sensibilidade do exame. Outros achados que corroboram com o diagnóstico são urina turva, concentrada, com flora aumentada e nitrito positivo.

UROCULTURA: Presença de mais de 100.000 UFC/mL identifica o germe causador. O crescimento de mais de uma espécie indica contaminação da amostra. Urinocultura positiva com 10.000 UFC/mL a 100.000 UFC/mL não é conclusiva para o diagnóstico de infecção, devendo-se considerar as comorbidades e o contexto clínico.

HEMOCULTURA: Deve ser solicitada em vigência de sepse grave e/ou quando indicada internação hospitalar, preferencialmente antes do início da antibioticoterapia. No entanto, apenas 20% dos casos apresentam hemocultura positiva.

Exames de imagem

Pacientes com histórico ou suspeita de nefrolitíase (especialmente cálculos de estruvita), pelo risco de sepse urinária grave; pacientes com sepse urinária grave (especialmente

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

diabéticos); pacientes com doença renal policística, pelo risco aumentado de formação de abscesso; pacientes com tuberculose renal.

ULTRASSONOGRAFIA: Pode evidenciar complicações como hidronefrose, obstrução de vias urinárias e abscessos. Sua principal vantagem é não precisar administrar contraste e poder ser utilizada para abordagem à beira do leito em pacientes instáveis.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA: Exame de maior acurácia para diagnóstico de complicações, especialmente com o uso de contraste, podendo-se avaliar o parênquima renal e sistema coletor.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Bacteriúria assintomática: Não está indicado o tratamento, exceto nas seguintes situações:

- Pacientes gestantes devem tratar por sete dias. Priorizam-se Nitrofurantoína, Fosfomicina, Amoxicilina, Amoxicilina + clavulanato, Cefalexina, ou Sulfametoxazol + trimetoprima, este último após o primeiro trimestre;
- Transplantados renais recentes.

Pré-operatório de cirurgias urológicas ou cirurgias com colocação de prótese.

Cistite: O tratamento empírico oral por um a três dias (sete dias no homem), dependendo do antimicrobiano utilizado. Caso não haja melhora dos sintomas, realizar EAS + urinocultura para guiar nova antibioticoterapia: Nitrofurantoína;

- Amoxicilina + clavulanato;
- Fosfomicina;
- Sulfametoxazol + trimetoprima;
- Cefalexina.

É importante observar que a resistência às fluoroquinolonas está crescendo rapidamente no Brasil e no mundo, não sendo mais o fármaco de primeira escolha em ITUs simples. Sendo assim, a prescrição desses fármacos é recomendada para casos específicos.

Prostatite: Tratamento empírico oral com quinolona por sete dias (boa concentração em parênquima prostático). Caso não haja melhora dos sintomas, realizar EAS + urinocultura para guiar nova antibioticoterapia:

- Norfloxacino;
- Ciprofloxacino;
- Sulfametoxazol + trimetoprima (alternativo).

Pielonefrite: Individualizar conduta (doses de antibióticos abaixo):

Pacientes clinicamente estáveis: Tratamento ambulatorial com ATB oral;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Pacientes com sintomas moderados: Hidratação venosa + primeira dose do ATB EV no serviço de emergência. Se melhora: alta hospitalar com ATB oral. Ausência de melhora ou piora: internar para ATB EV;

Indicações de internação: Pielonefrite complicada (quadros graves, suspeita de complicação, imunossuprimidos, gestantes), homens e crianças, intolerância a medicamento oral, impedimentos socioeconômicos ao tratamento adequado.

Antibioticoterapia empírica na pielonefrite aguda: Tempo de tratamento 7-10 dias. Pode ser estendida em casos de obstrução ou causa corrigível via cirúrgica.

Antibióticos orais:

- Amoxicilina + clavulanato;
- Cefuroxima;
- Ciprofloxacino;
- Levofloxacino;
- Sulfametoxazol + trimetoprima.

Antibióticos parenterais:

- Amoxicilina + clavulanato;
- Cefuroxima;
- Ceftriaxona;
- Ciprofloxacino;
- Levofloxacino;
- Piperacilina + tazobactam.

Antibióticos parenterais (itu relacionada à assistência à saúde ou itu comunitários (grave):

- Ceftriaxona;
- Piperacilina + tazobactam;
- Ticarcilina + clavulanato;
- Meropenem;
- Imipenem;
- Ertapenem;
- Ceftazidima + avibactam.

Devendo sempre considerar epidemiologia local.

Os critérios de conversão para tratamento oral: Melhora clínica; capacidade de ingestão de líquidos; disponibilidade de droga oral adequada.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

INFECÇÃO URINÁRIA POR CANDIDA: Diante de uma urinocultura demonstrando crescimento de Candida sp., deve-se levar em consideração o perfil do paciente antes de diagnosticar como infecção, visto que, na maioria dos casos, trata-se de colonização, erro de coleta ou processamento inadequado da amostra. Pacientes de alto risco de infecção fúngica são, em geral, idosas do sexo feminino, diabéticos e imunossuprimidos com os tratamentos de escolha:

- Fluconazol;
- Anfotericina B.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de Incidência de ITUs;
- Prevalência de ITUs;
- Taxa de ITUs em pacientes cateterizados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Nicolle LE. Epidemiology of urinary tract infection. Infect Med 2001; 18:153-62.

Schor N, Heilberg IP, Perrone HC, Laranja SMR, Gandolpho L, Martini LA, et al. Infecção do trato urinário inferior - cistite e síndrome uretral. Rev Bras Med 1995; 52:141-64.

Lapchik MS, Nishiura JL, Heilberg IP, Pancotti SL, Ajzen H, Schor N. Tratamento da infecção urinária não complicada (ITU): estudo comparativo entre a ciprofloxacina (CIPRO) e sulfametoxazol +trimetoprima (SMZ+TMP) com 2 esquemas de duração terapêutica. J Bras Nefrol 1995; 17:31-4.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE PERICARDITE AGUDA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com pericardite aguda.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

É uma inflamação do tecido pericárdico, que pode ser de etiologia infecciosa (primária) ou secundária a uma patologia sistêmica (doenças autoimunes, neoplasias, reações medicamentosas e outros). Define-se como pericardite aguda, quando sua duração é < 6 semanas. Quando acomete também o miocárdio, é chamada de miopericardite.

FATORES DE RISCO

- Sexo masculino
- Idade entre 20 e 50 anos
- Infarto agudo do miocárdio (iam) transmural
- Cirurgia cardíaca

SINAIS E SINTOMAS

Dor precordial ou retroesternal: De início súbito, contínua ou intermitente, tipo pleurítica (ventilatório-dependente), piora com a inspiração profunda e melhora em posição genupeitoral (tronco inclinado para a frente) ou abraçado a um travesseiro (posição de Blechman). A dor pode simular uma síndrome coronariana, que, sendo importante diagnóstico diferencial, deve ser afastada.

- Dispneia: Por restrição ventilatória antálgica, levando à hipoventilação.
- Quadro viral inespecífico: Caso de pericardite viral – mais comum.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA:

Confirmado na presença de, pelo menos, dois entre estes quatro critérios:

- Dor torácica típica;
- Atrito pericárdico;
- Alterações ao ECG compatíveis (elevação difusa do segmento ST);
- Derrame pericárdico novo ou pior evolutivamente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Síndrome coronariana aguda;
- Dissecção aórtica;
- Tromboembolismo pulmonar;
- Pneumonia;
- Repolarização precoce;
- Angina estável;
- Angina de Prinzmetal;
- Transtorno de ansiedade;
- Esofagite, doença do refluxo e dispepsia;
- Costocondrite.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Em geral, o quadro é autolimitado, e o tratamento é apenas sintomático, além da retirada do fator desencadeante (medicamento suspeito = suspender; uremia = diálise; tratamento específico das doenças autoimunes). A atividade física extenuante deve ser evitada até a resolução dos sintomas. Atletas devem suspender as competições por 3 meses.

O tratamento padrão envolve um AINE (até melhora dos sintomas e queda da proteína C reativa, após reduzir a dose até completar 3 meses de tratamento para evitar recorrência), associado à Colchicina.

Abordagens:

- Ácido acetilsalicílico 650-1.000 mg VO de 8/8 horas (dar preferência na pericardite pós-infarto);
- Ibuprofeno 600-800 mg VO de 8/8 horas;
- Tometamol cetorolaco 10 mg VO ou EV de 6/6 horas;
- Naproxeno 250-500 mg VO de 12/12 horas.
- Associar à Colchicina 0,5 mg VO de 12/12 horas, por 3-6 meses.

Se contraindicação a AINE ou indicações específicas (gestação, insuficiência renal): Substituir por corticoide e manter Colchicina (evitar em pacientes com pericardite pós-infarto):

- Prednisona 0,25-0,5 mg/kg VO de 24/24 horas, por 2-4 semanas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Pericardite piogênica: Pericardiocentese (drenagem) + antibioticoterapia empírica (Vancomicina + Ceftriaxona ou Cefepima):
- Vancomicina 25 mg/kg EV em dose de ataque + 15 mg/kg EV de 12/12 horas;
- Associar à Ceftriaxona 2 g EV de 24/24 horas ou Cefepima 2 g EV de 12/12 horas.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Incidência de pericardite aguda;
- Taxa de recorrência;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREIS, A. et al. Pericardite recorrente: uma atualização sobre diagnóstico e tratamento. Medicina Interna e de Emergência, 28 fev. 2021. Pericardite aguda - Revisão de Literatura.

BHATTAD, PB; JAIN, V. Pericardite constritiva: uma causa comumente ignorada de insuficiência cardíaca diastólica tratável. Cureus, 8 maio 2020.

CHIABRANDO, JG et al. Gestão da Pericardite Aguda e Recorrente. Journal of the American College of Cardiology, v. 75, n. 1, p. 76–92, jan. 2020.

FAIRWEATHER, D. et al. COVID-19, Miocardite e Pericardite. v. 132, n. 10, p. 1302–1319, 12 maio 2023.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com doença renal crônica.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Síndrome clínica secundária à alteração definitiva da função e/ou da estrutura do rim, e caracteriza-se por sua irreversibilidade com evolução lenta e progressiva.

FATORES DE RISCO

- Diabetes melittus
- Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

SINAIS E SINTOMAS

Pacientes costumam permanecer assintomáticos até que haja perda de, pelo menos, 50% de sua função renal (estágio 3). Sendo assim, muitas vezes o diagnóstico de DRC é obtido por meio de achados em exames de rotina, principalmente em pacientes com fatores de risco (hipertensão arterial sistêmica [HAS] e diabetes melito [DM]), submetidos ao rastreamento. As manifestações de início do quadro clínico sintomático costumam ser com:

- Hematúria: em casos de glomerulonefrites;
- Urina espumosa;
- Alterações de rotina de micção (polaciúria, noctúria, oligúria);
- HAS;
- Edema podendo ser periférico (principalmente perimaleolar e periorbitário) até anasarca;
- Anemia com fraqueza associada;
- Manifestações urêmicas (náuseas, vômitos, inapetência, hálito urêmico, prurido, confusão mental, convulsões, pericardite, neuropatia e outros);
- Gosto metálico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Antecedentes pessoais: Investigar possíveis etiologias para DRC, avaliando:

- HAS: nefrosclerose hipertensiva;
- DM;
- Glomerulopatias primárias ou tubulointersticiais;
- Doenças vasculares renais;
- Doenças autoimunes sistêmicas (ex.: lúpus eritematoso sistêmico, vasculites associadas ao anticorpo anticitoplasma de neutrófilo [ANCA]);
- Uropatia obstrutiva;
- Pielonefrite crônica;
- Medicamentos (principalmente anti-inflamatórios não esteroides [AINEs]);
- Doenças congênitas (principalmente malformação do sistema urinário); avaliar doenças familiares.

Exames laboratoriais iniciais:

- Ureia e creatinina sérica;
- Urinálise (elementos anormais do sedimento [EAS] ou urina tipo 1);
- Relação albumina/creatinina na urina (spot urinário) ou urina de 24 horas (com dosagem de proteinúria);
- Hemograma completo;
- Eletrólitos;
- Ultrassonografia (USG) de sistema urinário.

Acompanhamento

- Creatinina sérica – clearance estimado usando: Cockroft-Gault, Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI), ou MDRD. A fórmula de Cockroft-Gault é menos fidedigna e deve sempre ser calculada utilizando-se o peso ideal do paciente. A equação preferida é a do CKD-EPI;
- Avaliar solicitação de bicarbonato sérico/gasometria venosa (avaliar reserva alcalina);
- Hemograma (para avaliação de anemia);
- Cálcio;
- Fosfato e paratormônio (PTH, para avaliação de hiperparatireoidismo secundário);
- 25-OH-vitamina D (manter acima de 30 nanogramas/mL);
- Ácido úrico (associação comum com hiperuricemia);
- Lipidograma (profilaxia primária com estatina) caso já estabelecido o diagnóstico de DRC e para acompanhamento, de acordo com o estágio da doença.
- USG renal: indicada inicialmente para diagnóstico diferencial:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Rins pequenos: indicam doença crônica como a secundária a HAS ou glomerulopatias em estágio terminal;
- Rins de tamanhos normais ou grandes podem ser encontrados em pacientes com DRC secundário a DM;
- Alterações renais variadas: obstrução de sistema urinário com hidronefrose ou ainda doença policística renal.
- Biópsia Renal
- Na DRC, alguns casos necessitam de biópsia renal.
- Biopsiar se creatinina em ascensão sem etiologia presumida em que diagnóstico mude o tratamento e evite uma DRC terminal;
- Não se indica biópsia na DRC se doença muito avançada (rins pequenos evidenciados na USG) - geralmente apenas fibrose, sem diagnóstico e com risco de sangramento pela biópsia. Esses casos também não se beneficiam com tratamentos para doenças crônicas em fases iniciais ou agudas.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Gerenciamento da DRC inclui:

- Identificar e eliminar agravantes de piora de função renal como baixa perfusão renal (hipovolemia, hipotensão, sepse ou drogas), uso de medicações nefrotóxicas (aminoglicosídeos, AINEs ou contraste iodado) e obstrução do sistema urinário (hiperplasia prostática);
- Controle de fatores secundários e agravantes (ex.: HAS, DM, tabagismo, distúrbios hidroeletrolíticos, anemia, doença óssea, infecções);
- Ajuste de dose de medicações conforme TFG;
- Avaliar indicação de terapia renal substitutiva e seu preparo em tempo hábil.
- Alvos terapêuticos:
- Uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) para pacientes com proteinúria acima de 500 mg/24 horas;
- PA < 130 x 80 mmHg;
- Hemoglobina glicada (Hb1AC) < 7% para diabéticos;
- Ajuste de dieta proteica gerenciada por um nutricionista em estágios mais avançados;
- Correção da acidose metabólica (HCO3 de 24 a 28 mEq/L);
- Recomendação de cessação do tabagismo;
- Monitoramento da anemia (hemoglobina [Hb] entre 10 e 12);
- Fósforo sérico: 2,7 a 4,6 mg/dL (DRC estágios 3 e 4) / 3,5 a 5,5 mg/dL (DRC estágio 5);
- Cálcio sérico: 8,5 a 10,5 mg/dL;
- Produto cálcio x fósforo: < 55;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- PTH: 35 a 70 pg/mL (DRC estágio 3) / 70 a 110 pg/mL (DRC estágio 4) / até 300 pg/mL (DRC estágio 5).
- A Clortalidona é eficaz em pacientes com DRC avançada? Para mais informações, acesse o vídeo.

Terapia Renal Substitutiva

- Hemodiálise;
- Diálise peritoneal (CAPD ou APD);
- Transplante renal (doador vivo ou falecido).
- Transplante é o tratamento de escolha, particularmente em indivíduos jovens e com expectativa de vida longa, por melhorar a qualidade de vida e reduzir a mortalidade na maioria dos casos, em comparação com os métodos dialíticos.

A escolha entre hemodiálise e diálise peritoneal depende de alguns fatores, como disponibilidade, conveniência, comorbidades associadas, situação socioeconômica, idade e gênero do paciente e tolerabilidade de perdas volêmicas. Outro fator
fundamental é a vontade do paciente, que dentro das possibilidades técnicas, deve ser respeitada.

Indicações de Diálise de Urgência

- Pericardite ou pleurite (indicação de diálise de urgência);
- Encefalopatia ou neuropatia urêmica progressiva (indicação de diálise de urgência);
- Diátese hemorrágica clinicamente significativa atribuída à uremia (indicação de diálise de urgência);
- Sobrecarga volêmica refratária a diuréticos;
- HAS não responsiva a anti-hipertensivos;
- Distúrbios metabólicos refratários, incluindo hipercalemia, hiponatremia, acidose, hipercalcemia e hiperfosfatemia;
- Náuseas e vômitos persistentes;
- Desnutrição.

Diálise deve ser ponderada com base nos sintomas e na TFG do paciente. Manifestações clínicas de uremia indicam diálise, que também deve ser considerada em indivíduos assintomáticos com TFG extremamente baixa (< 10 mL/minuto/1,73 m2).

A incontinência urinária é a perda involuntária de urina, que acomete homens e mulheres em qualquer idade. Pode ser repentina e temporária, como quando uma pessoa está tomando medicamentos que têm efeito diurético ou pode ser duradoura (crônica).

Os tipos de incontinência são:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Incontinência de urgência: vazamento de urina não controlado (de volume moderado a grande) que ocorre imediatamente após uma necessidade de urinar irreprimível e urgente. Levantar para urinar durante a noite (noctúria) e incontinência noturna são comuns.

Incontinência de esforço: vazamento de urina devido a aumentos abruptos na pressão intra-abdominal (por exemplo, aqueles que ocorrem com a tosse, espirro, risada, flexão ou ao levantar peso). O volume de vazamento é normalmente de baixo a moderado.

Incontinência por transbordamento: gotejamento de urina da bexiga sobrecarregada. O volume é normalmente pequeno, mas pode ser constante, resultando em grandes perdas totais.

Incontinência funcional: perda de urina devido a um problema com comprometimento mental ou físico não relacionado ao controle de micção.

Frequentemente, entretanto, uma pessoa tem mais de um tipo de incontinência. As pessoas são então descritas como tendo incontinência mista.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de pacientes diagnosticados com insuficiência renal crônica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica. J Bras Nefrol. 2004;26(Supl 1):S1-S49.

K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. Am J Kidney Dis. 2002;39(Suppl 2):S1-S246.

Sesso R, Lopes, AA, Thomé AS, Bevilacqua, JL, Romão Junior JE, Lugon JR. elatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2008 Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2008 J Bras Nefrol. 2008;30:233-8

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com incontinência urinária.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A incontinência urinária é a perda involuntária de urina, que acomete homens e mulheres em qualquer idade. Pode ser repentina e temporária, como quando uma pessoa está tomando medicamentos que têm efeito diurético ou pode ser duradoura (crônica).

Os tipos de incontinência são:

- Incontinência de urgência: vazamento de urina não controlado (de volume moderado a grande) que ocorre imediatamente após uma necessidade de urinar irreprimível e urgente. Levantar para urinar durante a noite (noctúria) e incontinência noturna são comuns.
- Incontinência de esforço: vazamento de urina devido a aumentos abruptos na pressão intra-abdominal (por exemplo, aqueles que ocorrem com a tosse, espirro, risada, flexão ou ao levantar peso). O volume de vazamento é normalmente de baixo a moderado.
- Incontinência por transbordamento: gotejamento de urina da bexiga sobrecarregada. O volume é normalmente pequeno, mas pode ser constante, resultando em grandes perdas totais.
- Incontinência funcional: perda de urina devido a um problema com comprometimento mental ou físico não relacionado ao controle de micção.
- Frequentemente, entretanto, uma pessoa tem mais de um tipo de incontinência. As pessoas são então descritas como tendo incontinência mista.

FATORES DE RISCO

Dentre os fatores de risco estão: idade avançada, obesidade, tabagismo, Diabetes mellitus, infecção urinária, gravidez, parto normal, histerectomia (retirada do útero), cirurgias

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

pélvicas, traumas na região pélvica, menopausa, prostatite, aumento do tamanho da próstata, doença de Parkinson, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, traumas da coluna, AVC, obstruções do trato urinário e algumas drogas como diuréticos, antidepressivos, antipsicóticos, sedativos e medicamentos para redução da próstata.

SINAIS E SINTOMAS

O sintoma inicial é a perda de urina quando a pessoa tosse, ri, faz exercício, movimenta-se. Vontade súbita de urinar que ocorre em meio as atividades diárias e o usuário perde urina antes de chegar ao banheiro;
Há incontinência mista que associa dois tipos de incontinência e o sintoma mais importante é a impossibilidade de controlar a perda de urina pela uretra.
Outro sintoma é a enurese noturna, incontinência que ocorre durante o sono. O exemplo mais típico é o da criança que faz xixi na cama.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A avaliação inicial inclui uma avaliação da história clínica do paciente e um exame simples de urina. O médico pode pedir para o paciente tossir ou fazer força com abdômen para identificar visualmente o vazamento de urina.

O teste de urodinâmica também pode ser usado para avaliação da incontinência. O exame é feito com a inserção de um cateter pela uretra e a medição da pressão da bexiga com diferentes volumes de líquido. Deste modo é possível saber se a bexiga suporta volumes de normais de urina.

Uma ultrassonografia da bexiga também pode ser usada para avaliar se há sinais de obstrução e se a bexiga consegue esvaziar-se por completo.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O tratamento da incontinência urinária por esforço é basicamente cirúrgico, mas exercícios ajudam a reforçar a musculatura do assoalho pélvico. Para a incontinência urinária de urgência, o tratamento é com medicamentos e fisioterapia.

Independentemente do tipo e causa da incontinência, algumas medidas gerais são normalmente úteis:

A ingestão de líquidos pode ser limitada a certos horários, por exemplo, antes de sair ou três a quatro horas antes de se deitar).

O treinamento da bexiga é uma técnica em que a pessoa segue uma programação fixa para urinar enquanto está acordada. O médico trabalha com a pessoa para estabelecer uma programação de micção a cada duas ou três horas e reduz a urgência de urinar em outros horários. À medida que a pessoa se torna mais capaz de reduzir a urgência de urinar, o intervalo

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

é gradualmente aumentado. Uma técnica similar, chamada de micção solicitada, pode ser usada por aqueles que cuidam de pessoas com demência ou outro problema cognitivo.

Exercícios dos músculos pélvicos são frequentemente eficazes, especialmente para a incontinência de esforço. As pessoas devem estar certas de que exercitam os músculos corretos, os músculos ao redor da uretra e reto que param o fluxo da urina. Os músculos são fortemente apertados por um a dois segundos e, em seguida, relaxados por cerca de dez segundos. Os exercícios são repetidos cerca de dez vezes, três vezes por dia. As pessoas ficam gradualmente capazes de aumentar o tempo que os músculos ficam apertados até a contração ser mantida por cerca de dez segundos a cada vez. Como pode ser difícil aprender a controlar os músculos corretamente, os médicos podem precisar fornecer instruções ou recomendar o uso de biofeedback ou estímulo elétrico (uma versão eletrônica dos exercícios do assoalho pélvico em que uma corrente elétrica é usada para estimular os músculos corretamente).

Os medicamentos mais comumente usados são oxibutinina e tolterodina. A oxibutinina está disponível como um adesivo para a pele ou gel para pele ou como pílula. Há medicamentos mais novos: mirabegrona, fesoterodina, solifenacina, darifenacina e tróspio.

Há tratamentos adicionais que podem ser tentados, como estímulos elétricos suaves dos nervos sacrais por um dispositivo similar a um marca-passo, instilação dos produtos químicos na bexiga (quando a causa é um distúrbio da medula espinhal ou do cérebro) ou, raramente, cirurgia.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Monitoramento de Fatores de Risco Associados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Botlero R, Urquhart DM, Davis SR, Bell RJ. Prevalência e incidência de incontinência urinária em mulheres: revisão da literatura e investigação de questões metodológicas. Int J Urol. 2008;15(3):230-4.

Thom D. Variação nas estimativas de prevalência de incontinência urinária na comunidade: efeitos das diferenças na definição, características da população e tipo de estudo. J Am Geriatr Soc. 1998;46(4):473-80.

Ahmed Shaban, Marcus J. Drake, Hashim Hashim. Tratamento médico da incontinência urinária. Neurociência Autonômica: Básica e clínica. 2010, 152:4-10.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE ATENDIMENTO E ABORDAGEM DE DEMÊNCIA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com demência.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A demência é caracterizada por declínio cognitivo ou modificações comportamentais (neuropsiquiátricas) em relação a um nível prévio de desempenho
que causa perda da independência para as atividades de vida diária. A doença de Alzheimer e a demência vascular são as principais formas de demência no idoso, correspondendo a cerca de 80% a 90% das causas. A identificação do declínio cognitivo visa intervir precocemente em causas secundárias e reversíveis, bem como planejar o cuidado dos pacientes com demência.

FATORES DE RISCO

O principal fator de risco é o envelhecimento, porém alguns fatores de risco modificáveis devem ser considerados, como baixa escolaridade, hipertensão, diabetes, dislipidemia e tabagismo. Além disso, aspectos de estilo de vida estão inversamente associados à demência, como participar de atividades de interação social e de estímulo intelectual.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SINAIS E SINTOMAS

Os sintomas da maioria das formas de demência são semelhantes. Geralmente provoca: perda de memória, problemas em usar a linguagem, mudanças na personalidade, desorientação, problemas ao fazer tarefas diárias habituais, comportamento perturbador ou inapropriado. Embora exista uma variação de quando os sintomas ocorrem, categorizá-los como sintomas precoces, intermediários ou tardios ajuda as pessoas afetadas, os familiares e outros cuidadores a terem uma ideia do que esperar.

As mudanças de personalidade e o comportamento disruptivo podem se desenvolver no início ou posteriormente. Algumas pessoas que sofrem de demência têm convulsões, que também podem ocorrer em qualquer ponto da doença. Sintomas precoces de demência tendem a ser leves. Como a demência se inicia de forma lenta e piora com o tempo, nem sempre se consegue identificar a perturbação desde o início.

Uma das primeiras funções mentais cuja deterioração é evidente é a memória, especialmente para eventos recentes.

Além disso, as pessoas com demência normalmente têm cada vez mais dificuldade em encontrar e utilizar a palavra certa, entender a linguagem, pensar de forma abstrata, como quando se trabalha com números, fazer muitas tarefas diárias, como encontrar o seu caminho e lembrar onde foram colocados os objetos e utilizar o bom senso. As emoções são instáveis e imprevisíveis, passando rapidamente da alegria para a tristeza. As mudanças de personalidade também são frequentes. Os familiares podem perceber um comportamento incomum.

Os sintomas intermediários, conforme a demência piora, os problemas existentes pioram e se expandem, fazendo com que fique difícil ou impossível aprender e lembrar novas informações, lembrar de eventos do passado, executar tarefas diárias de autocuidado, como tomar banho, comer, se vestir e ir ao banheiro, reconhecer as pessoas e os objetos, manter o controle do tempo e saber onde estão, entender o que veem e ouvem (levando a confusão) e controlar o seu comportamento.

As pessoas muitas vezes se perdem. Podem não ser capazes de encontrar o seu próprio quarto ou banheiro. Podem andar, mas estão mais propensas a cair.

Os transtornos comportamentais são caracterizados pelo fato de as pessoas serem menos capazes de controlar o seu comportamento, por vezes agem de forma inadequada ou disruptiva, por exemplo, gritando, se jogando, se debatendo ou errantes.

Os sintomas tardios (graves) caracterizam pela perca da habilidade de seguir uma conversa e ficam incapazes de falar. A memória para eventos recentes e passados é perdida de forma completa. Podem não reconhecer os familiares próximos ou até mesmo seu próprio rosto num espelho. Quando a demência é avançada, a capacidade de trabalho do cérebro fica destruída quase que de forma total. A demência avançada interfere no controle dos músculos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

As pessoas não conseguem andar, se alimentar ou realizar qualquer outra tarefa diária. Tornam-se totalmente dependentes dos outros e acabam ficando incapazes de sair da cama.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico de demência é clínico e requer história detalhada, corroborada por informante que conviva com o paciente. Os sintomas cognitivos ou comportamentais, neuropsiquiátricos, não são explicáveis por delirium (estado confusional agudo) ou doença psiquiátrica maior. As modificações percebidas são comparadas a níveis prévios de funcionamento em ambientes como trabalho e atividades usuais da vida diária, gerando uma dependência para essas atividades. O comprometimento cognitivo ou comportamental afeta pelo menos dois entre os cinco domínios: memória, funções executivas, habilidades visuoespaciais, personalidade ou comportamento.

O exame físico geral é importante para suporte na investigação de diagnósticos diferenciais e causas potencialmente reversíveis de demência. O exame neurológico visa avaliar déficits focais (presentes em pacientes com AVC) , movimentos anormais e sintomas parkinsonianos (lentificação dos movimentos, rigidez plástica, tremor de repouso e instabilidade postural).

Exames Complementares com o objetivo de investigar outras causas potencialmente reversíveis de declínio cognitivo, devem ser solicitados aos pacientes: TSH, vitamina B12, sorologia para HIV e sífilis (VDRL e fta-abs), hemograma e plaquetas (anemia, sangramento por plaquetopenia) e bioquímica (sódio, potássio, glicose, ureia e creatinina). A punção lombar deve ser realizada em caráter emergencial para casos de demência de rápida evolução, onde há suspeita de meningoencefalite. A neurossífilis costuma cursar com declínio cognitivo de evolução progressiva, e a punção lombar pode ser programada durante a avaliação com o neurologista. A punção costuma ser indicada na investigação para demência em pacientes com: FTA-ABS positivo sem história de tratamento prévio para sífilis, VDRL aumenta 4 vezes após tratamento recente e adequado ou VDRL com título inicialmente alto (≥ 1:32) não diminuir no mínimo 4 vezes em até 2 anos do tratamento adequado.

Exames de neuroimagem (tomografia ou ressonância magnética nuclear) devem ser solicitados na investigação inicial de demência para descartar patologias estruturais como neoplasia, hematoma subdural, hidrocefalia e AVC.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O tratamento é baseado na identificação da situação de demência, no acompanhamento e investigação adequada e custo-efetiva para excluir causas potencialmente tratáveis dessas condições.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Deve-se tratar as causas reversíveis, como hipotireoidismo e deficiência de vitamina B 12 e identificar as causas de demência primária em que o tratamento sintomático é limitado. Firmar o diagnóstico dessas condições é fundamental para que a família entenda a situação e se, organize para o manejo adequado. Deve-se manter acompanhamento clínico de pacientes e prover manejo para sintomas neuropsiquiátricos, quando indicado.

Prestar apoio e orientações básicas aos cuidadores como: manter, ao máximo, a rotina diária, não modificar bruscamente o ambiente em que a pessoa vive, expor-se à luz solar no período da manhã por pelo menos 60 minutos (até 10h da manhã com protetor solar), praticar caminhadas e atividade física, evitar luminosidade e barulho à noite, tomar banhos com água em temperatura de 35 a 40 °C, além de ser estimulado cognitiva e emotivamente com linguagem verbal e não verbal.

Tratamento farmacológico para doença de Alzheimer e outras demências primárias tem como medicamentos de primeira escolha os inibidores da colinesterase (donepezila, galantamina e rivastigmina). Até o momento, não existem intervenções médicas capazes de reverter ou alterar a história natural de qualquer etiologia de
síndrome demencial primária. O benefício esperado do tratamento é a melhora da cognição, especialmente no domínio da memória e atenção.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de ocorrência de quedas em pacientes com demência;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANÇADO FA. Noções práticas de geriatria. Belo Horizonte: Coopmed, 1994, 419p.

CERQUEIRA AT, OLIVEIRA NI. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Psicol. USP. 2002;13:133-50.

American Psychiatric Association. 290.4x Vascular dementia (formerly multi-infarct dementia). In: Diagnostic and statistical manual of mental di-sorders (DSM-IV™). 4th. ed. Washington: The Association; 1994, p.143-7.

CARAMELLI P, BARBOSA MT. Como diagnosticar as quatro causas mais fre-quentes de demência? Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(supl.1):7-10.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE ENDOMETRIOSE

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial á paciente com endometriose.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A endometriose é uma doença ginecológica crônica caracterizada pela presença de tecido semelhante ao endométrio fora do útero, o que pode causar inflamação crônica, dor e infertilidade.

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

Anamnese

- História menstrual: Dismenorreia intensa (dor menstrual), sangramento anormal.
- Sintomas associados: Dor pélvica crônica, dor durante a relação sexual (dispareunia), dor ao evacuar (disquezia) e dor à micção (disúria).
- Infertilidade: Histórico de dificuldade para engravidar.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- História familiar: Casos de endometriose ou outros distúrbios ginecológicos.

Exame Físico

- Exame ginecológico: Pode revelar dor à palpação da região pélvica, nódulos palpáveis no fundo de saco vaginal e dor durante o toque vaginal.
- Avaliação geral: Investigar outras causas de dor pélvica ou sintomas associados.

Exames Complementares

- Ultrassonografia transvaginal (USG-TV): Exame de imagem inicial para detecção de cistos endometrióticos (endometriomas) ou outras anomalias pélvicas.
- Ressonância magnética (RM): Indicada para avaliar melhor a extensão da doença e localizar lesões profundas.
- Laparoscopia diagnóstica: Padrão-ouro para o diagnóstico, permitindo a visualização direta dos focos de endometriose e, se necessário, biópsia.

TRATAMENTO

Objetivos do Tratamento:

- Alívio dos sintomas, principalmente da dor.
- Preservação ou restauração da fertilidade (se desejada).
- Redução das lesões endometrióticas.

Opções Terapêuticas:

Tratamento da Dor Pélvica

- Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs): Primeira linha para alívio da dor (ibuprofeno, naproxeno). Devem ser usados continuamente ou no início do ciclo menstrual.

Terapia Hormonal

- Contraceptivos hormonais combinados (estrogênio + progestagênio): Primeira linha para supressão da ovulação e controle da dor. Podem ser administrados de forma contínua para reduzir a menstruação.
- Progestagênios isolados: Indicados para pacientes que não podem usar estrogênios. Inclui medroxiprogesterona oral ou injetável, dienogeste 2 mg/dia, e implantes subdérmicos de etonogestrel.
- Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG): Dispositivo intrauterino eficaz para reduzir a dor associada à endometriose e o sangramento menstrual.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Análogos de GnRH (Gonadotropina Hormônio Liberador)

- Usados em casos moderados a graves, quando a terapia hormonal convencional falha. Induzem um estado de hipoestrogenismo reversível, aliviando a dor e diminuindo as lesões.
- Efeitos colaterais incluem sintomas semelhantes aos da menopausa (fogachos, perda de densidade óssea). Podem ser usados por até 6 meses, e geralmente associados a "terapia de adição" (baixas doses de estrogênios ou progestagênios) para reduzir os efeitos colaterais.

Inibidores da aromatase

- Letrozol ou anastrozol: Alternativa em casos refratários, particularmente em mulheres com endometriose profunda. Esses agentes inibem a produção de estrogênio periférico, reduzindo o estímulo hormonal sobre os focos de endometriose.

Tratamento Cirúrgico

- Indicação: Casos de endometriose grave, refratários ao tratamento clínico, ou em mulheres com infertilidade que desejam preservar a fertilidade.
- Cirurgia conservadora Laparoscopia para remoção de implantes endometrióticos, ressecção de aderências e cistectomia ovariana.
- Cirurgia radical: Em casos raros e graves, pode ser necessário histerectomia com ou sem ooforectomia (remoção dos ovários), especialmente em pacientes que não desejam mais preservar a fertilidade.

Tratamento da Infertilidade Associada

- Indução de ovulação e inseminação intrauterina (IIU): Indicada para mulheres com endometriose leve a moderada e sem obstrução tubária.
- Fertilização in vitro (FIV): Considerada para casos graves ou em pacientes com falha de outros tratamentos, especialmente em mulheres com distorção anatômica pélvica significativa.

Acompanhamento

- Avaliação regular da eficácia do tratamento: A cada 6 a 12 meses para ajustar terapias conforme necessidade.
- Avaliação do impacto na qualidade de vida: Acompanhamento do manejo da dor, sintomas associados e efeitos adversos dos tratamentos.
- Monitoramento da fertilidade: Para mulheres em idade fértil que desejam engravidar.

Orientações para Pacientes

- Educação sobre a doença: Esclarecer que a endometriose é uma condição crônica e recidivante, que pode requerer tratamentos prolongados ou múltiplas intervenções.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Importância do seguimento contínuo: Reforçar a necessidade de visitas regulares ao ginecologista para monitoramento da doença.
- Mudanças no estilo de vida: Atividade física regular, manejo do estresse e dieta equilibrada podem ajudar a reduzir a inflamação e melhorar o bem-estar geral.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de pacientes encaminhadas para cirurgia.
- Taxa de adesão ao tratamento medicamentoso.
- Taxa de reconsulta em 30 dias.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_endometriose.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_endometriose.pdf > Acesso em: 12 agosto de 2024

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).Manual de Endometriose. FEBRASGO, 2020.

Sociedade Brasileira de Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva (SBE). Diretrizes para o Tratamento da Endometriose. SBE, 2019.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO DE MENOPAUSA E CLIMATÉRIO

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial á paciente no período da menopausa e climatério.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

- Climatério: Período de transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva da mulher, marcado por alterações hormonais e sintomas decorrentes.
- Menopausa: Cessação permanente da menstruação, confirmada após 12 meses de amenorreia, ocorrendo geralmente entre 45 e 55 anos, com uma média de 51 anos.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

- História menstrual: Mudanças no ciclo menstrual, irregularidade, alterações no fluxo e amenorreia.
- Sintomas vasomotores: Fogachos (ondas de calor), sudorese noturna, palpitações.
- Sintomas geniturinários: Ressecamento vaginal, dor durante a relação sexual (dispareunia), infecções urinárias de repetição, incontinência urinária.
- Alterações psicológicas: Mudanças de humor, ansiedade, depressão, insônia e perda de memória.
- História reprodutiva e uso de contraceptivos.
- História de comorbidades: Doenças cardiovasculares, osteoporose, hipertensão, diabetes.
- História familiar: Incidência de osteoporose, doenças cardíacas e câncer de mama.

Exame Físico

- Índice de Massa Corporal (IMC): Avaliar sobrepeso ou obesidade, fatores que aumentam o risco cardiovascular.
- Pressão arterial: Monitorar hipertensão.
- Avaliação mamária: Exame clínico das mamas.
- Exame pélvico: Avaliação do trofismo vaginal e alterações geniturinárias.
- Avaliação osteoarticular: Palpação óssea para sinais de dor ou deformidades, sugerindo osteoporose.

Exames Complementares

- Dosagens hormonais: Avaliação de FSH e estradiol em casos de dúvida diagnóstica sobre menopausa.
- Densitometria óssea: Para mulheres com fatores de risco para osteoporose ou fraturas.
- Perfil lipídico: Para avaliar o risco cardiovascular.
- Glicemia de jejum e hemoglobina glicada (HbA1c): Para triagem de diabetes.
- Mamografia: Para rastreamento de câncer de mama, conforme a idade e diretrizes nacionais.
- Ultrassonografia transvaginal: Avaliação endometrial em casos de sangramento uterino anormal

TRATAMENTO

Tratamento dos Sintomas Vasomotores

Terapia de Reposição Hormonal (TRH):

- Indicação: Alívio dos sintomas vasomotores (fogachos) moderados a graves e prevenção de osteoporose.
- Estrogênio isolado: Indicado para mulheres que realizaram histerectomia.
- Estrogênio + progestagênio: Para mulheres com útero, para prevenir hiperplasia endometrial.
- Vias de administração: Oral, transdérmica ou gel.
- Doses comuns: Estrogênios conjugados: 0,3-0,625 mg/dia; beta estradiol transdérmico: 25-50 mcg/dia; Medroxiprogesterona (progestagênio): 5-10 mg/dia.

Tratamento para Atrofia Geniturinária

Estrogênio tópico vaginal

- Cremes vaginais: Estrogênios conjugados (0,625 mg/g), aplicados diariamente por 1 a 2 semanas, seguido por manutenção de 2-3 vezes por semana.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Comprimidos vaginais:Estradiol (10 mcg), uso diário por 2 semanas, seguido por 2 vezes por semana.
- Anel vaginal de estradiol: Libera 7,5 mcg/dia por até 90 dias.
- Lubrificantes e hidratantes vaginais: Utilizados para melhorar a lubrificação e aliviar a dispareunia.

Tratamento da Osteoporose

Terapia com cálcio e vitamina D:

- Cálcio:1.000-1.200 mg/dia (dieta e suplementação).
- Vitamina D:800-1.000 UI/dia.

Bifosfonatos:

- Alendronato: 70 mg uma vez por semana.
- Risedronato: 35 mg uma vez por semana.

Raloxifeno (modulador seletivo dos receptores de estrogênio):

- Usado para prevenção de osteoporose, principalmente em mulheres com contraindicações à TRH.

Denosumabe:

- Indicado em casos graves de osteoporose ou intolerância a bifosfonatos.

Controle de Fatores de Risco Cardiovascular

- Mudanças no estilo de vida: Dieta balanceada, controle de peso, cessação do tabagismo e prática de atividade física regular.
- Tratamento de comorbidades: Controle adequado de hipertensão, dislipidemia e diabetes.
- Estatinas: Se indicado para controle do perfil lipídico.

Tratamento de Alterações Psicológicas e Cognitivas.

- Terapia cognitivo-comportamental (TCC): Para tratar depressão, ansiedade e insônia.
- Medicações antidepressivas: IRSNs e ISRSs (ex.: sertralina, escitalopram) podem ser utilizados em casos de depressão moderada a grave.
- Atividade física: Demonstrou melhora no humor e na qualidade de vida de mulheres no climatério.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Acompanhamento

- Monitoramento regular:Mulheres em TRH devem ser acompanhadas a cada 6-12 meses para avaliação de eficácia e segurança.
- Exames periódicos : Mamografia, densitometria óssea e exames laboratoriais conforme necessidade.
- Suspensão da TRH: Avaliar a necessidade de continuar a TRH após 5 anos, considerando os riscos e benefícios.

ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES

- Educação sobre o climatério: Informar sobre as alterações normais e os tratamentos disponíveis.
- Mudança no estilo de vida: Incentivar práticas que promovam a saúde óssea e cardiovascular, como alimentação saudável e exercícios físicos.
- Prevenção de doenças: Reforçar a necessidade de rastreamento regular para câncer de mama, colo do útero e exames cardiovasculares.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de complicações relacionadas á terapia hormonal.
- Taxa de reconsulta em 30 dias.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Manual de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_climaterio.pdf

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Manual de Orientação: Climatério. FEBRASGO, 2020.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). Diretrizes Brasileiras para Tratamento da Menopausa e Climatério. SBEM, 2019.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE INFERTILIDADE

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial á paciente no tratamento e acompanhamento de infertilidade.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

- Climatério: Período de transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva da mulher, marcado por alterações hormonais e sintomas decorrentes.
- Menopausa: Cessação permanente da menstruação, confirmada após 12 meses de amenorreia, ocorrendo geralmente entre 45 e 55 anos, com uma média de 51 anos.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

1. Anamnese

- História menstrual: Mudanças no ciclo menstrual, irregularidade, alterações no fluxo e amenorreia.
- Sintomas vasomotores: Fogachos (ondas de calor), sudorese noturna, palpitações.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Sintomas geniturinários: Ressecamento vaginal, dor durante a relação sexual (dispareunia), infecções urinárias de repetição, incontinência urinária.
- Alterações psicológicas: Mudanças de humor, ansiedade, depressão, insônia e perda de memória.
- História reprodutiva e uso de contraceptivos.
- História de comorbidades: Doenças cardiovasculares, osteoporose, hipertensão, diabetes.
- História familiar: Incidência de osteoporose, doenças cardíacas e câncer de mama.

Exame Físico

- Índice de Massa Corporal (IMC): Avaliar sobrepeso ou obesidade, fatores que aumentam o risco cardiovascular.
- Pressão arterial: Monitorar hipertensão.
- Avaliação mamária: Exame clínico das mamas.
- Exame pélvico: Avaliação do trofismo vaginal e alterações geniturinárias.
- Avaliação osteoarticular: Palpação óssea para sinais de dor ou deformidades, sugerindo osteoporose.

Exames Complementares

- Dosagens hormonais: Avaliação de FSH e estradiol em casos de dúvida diagnóstica sobre menopausa.
- Densitometria óssea: Para mulheres com fatores de risco para osteoporose ou fraturas.
- Perfil lipídico: Para avaliar o risco cardiovascular.
- Glicemia de jejum e hemoglobina glicada (HbA1c): Para triagem de diabetes.
- Mamografia: Para rastreamento de câncer de mama, conforme a idade e diretrizes nacionais.
- Ultrassonografia transvaginal: Avaliação endometrial em casos de sangramento uterino anormal.

TRATAMENTO

Tratamento dos Sintomas Vasomotores

Terapia de Reposição Hormonal (TRH):

- Indicação: Alívio dos sintomas vasomotores (fogachos) moderados a graves e prevenção de osteoporose.
- Estrogênio isolado: Indicado para mulheres que realizaram histerectomia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Estrogênio + progestagênio: Para mulheres com útero, para prevenir hiperplasia endometrial.
- Vias de administração: Oral, transdérmica ou gel.
- Doses comuns: Estrogênios conjugados: 0,3-0,625 mg/dia; beta estradiol transdérmico: 25-50 mcg/dia; Medroxiprogesterona (progestagênio): 5-10 mg/dia.

Contraindicações à TRH:

- Câncer de mama, câncer de endométrio.
- Doença tromboembólica prévia (TVP, TEP).
- Doenças hepáticas graves.
- Sangramento vaginal de origem não diagnosticada.

Alternativas à TRH:

- Inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina (IRSNs):Venlafaxina 37,5-75 mg/dia.
- Gabapentina: 300-900 mg/dia, para alívio de fogachos em pacientes que não podem usar TRH.
- Fitoterápicos e terapias naturais: Isoflavonas de soja, porém com evidências limitadas de eficácia.

Tratamento para Atrofia Geniturinária

Estrogênio tópico vaginal

- Cremes vaginais: Estrogênios conjugados (0,625 mg/g), aplicados diariamente por 1 a 2 semanas, seguido por manutenção de 2-3 vezes por semana.
- Comprimidos vaginais:Estradiol (10 mcg), uso diário por 2 semanas, seguido por 2 vezes por semana.
- Anel vaginal de estradiol: Libera 7,5 mcg/dia por até 90 dias.
- Lubrificantes e hidratantes vaginais: Utilizados para melhorar a lubrificação e aliviar a dispareunia.

Tratamento da Osteoporose

Terapia com cálcio e vitamina D:

- Cálcio:1.000-1.200 mg/dia (dieta e suplementação).
- Vitamina D:800-1.000 UI/dia.

Bifosfonatos:

- Alendronato: 70 mg uma vez por semana.
- Risedronato: 35 mg uma vez por semana.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Raloxifeno (modulador seletivo dos receptores de estrogênio):

- Usado para prevenção de osteoporose, principalmente em mulheres com contraindicações à TRH.

Denosumabe:

- Indicado em casos graves de osteoporose ou intolerância a bifosfonatos.

Controle de Fatores de Risco Cardiovascular

- Mudanças no estilo de vida: Dieta balanceada, controle de peso, cessação do tabagismo e prática de atividade física regular.
- Tratamento de comorbidades: Controle adequado de hipertensão, dislipidemia e diabetes.
- Estatinas: Se indicado para controle do perfil lipídico.

Tratamento de Alterações Psicológicas e Cognitivas

Terapia cognitivo-comportamental (TCC): Para tratar depressão, ansiedade e insônia.
Medicações antidepressivas: IRSNs e ISRSs (ex.: sertralina, escitalopram) podem ser utilizados em casos de depressão moderada a grave.
Atividade física: Demonstrou melhora no humor e na qualidade de vida de mulheres no climatério.

ACOMPANHAMENTO

- Monitoramento regular:Mulheres em TRH devem ser acompanhadas a cada 6-12 meses para avaliação de eficácia e segurança.
- Exames periódicos : Mamografia, densitometria óssea e exames laboratoriais conforme necessidade.
- Suspensão da TRH: Avaliar a necessidade de continuar a TRH após 5 anos, considerando os riscos e benefícios.

ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES

- Educação sobre o climatério: Informar sobre as alterações normais e os tratamentos disponíveis.
- Mudança no estilo de vida: Incentivar práticas que promovam a saúde óssea e cardiovascular, como alimentação saudável e exercícios físicos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Prevenção de doenças: Reforçar a necessidade de rastreamento regular para câncer de mama, colo do útero e exames cardiovasculares.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de complicações relacionadas á terapia hormonal.
- Taxa de reconsulta em 30 dias.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Manual de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_climaterio.pdf

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Manual de Orientação: Climatério. FEBRASGO, 2020.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). Diretrizes Brasileiras para Tratamento da Menopausa e Climatério. SBEM, 2019.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO DE TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de transtorno afetivo bipolar.

2. DEFINIÇÕES

Não se aplica;

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença grave e crônica, em que se alternam episódios depressivos e episódios de mania ou hipomania. O transtorno é dividido em três grupos: o tipo 1 (mania); o tipo 2 (hipomania); e as formas subclínicas da doença. A prevalência estimada das duas formas combinadas é de 2,4%, variando cada subgrupo com os países de referência (média de 1,4% para a forma subclínica; 0,6% para o tipo 1; e 0,3% para o tipo 2), com distribuição semelhante entre os sexos para o tipo 1 e discretamente maior no sexo feminino no tipo 2.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

✓ **Episódio Depressivo**

- Humor triste, irritável, melancólico ou disfórico;
- Angústia, ansiedade;
- Apatia, anedonia;
- Retardo psicomotor;
- Falta de iniciativa, indecisão, inibição;
- Baixa autoestima;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Catatonia;
- Agitação ou lentificação;
- Raciocínio lento;
- Dificuldade de concentração;
- Problemas de memória;
- Pensamento pessimista, de desesperança, com medos irracionais, excesso de culpa, menos-valia, ruminação de atos passados, delírios de ruína, culpa, hipocondria ou niilismo;
- Queixas somáticas (alterações do sono e do apetite);
- Dores;
- Sintomas físicos de ansiedade;
- Diminuição da libido;
- Alteração do sono;
- Alterações no apetite e no peso;
- Negligência com o autocuidado;
- Ideação suicida.

Pode haver sintomas psicóticos (delírios e alucinações), configurando uma depressão psicótica, uma forma mais grave do transtorno.

Duração: Geralmente dura alguns meses.

✓ **Episódio Maníaco**

- Humor eufórico, elevado, expansivo, irritado ou lábil;
- Comportamento de risco, desinibido, expansivo, impulsivo, sem consideração pelos limites sociais:
- Pode levar a gastos excessivos, doação de pertences, promiscuidade etc.
- Aumento importante da energia e do nível de atividade, inquietação, agitação;
- Excessiva autoconfiança/ autoestima;
- Prejuízo nos julgamentos, afetando a avaliação de riscos;
- Busca constante por atividades sociais ou estímulos;
- Assume ou inicia vários compromissos, mas não os termina;
- Diminuição da concentração, distração, confusão;
- Pensamento acelerado;
- Catatonia;

✓ **Sintomas psicóticos (delírios e alucinações)**

- Delírios expansivos e grandiosos, com conteúdo religioso, de poder ou persecutório;
- Alucinações de conteúdo religioso ou de muito poder.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Pensamento descarrilhado, fuga de ideias, podendo levar a um discurso incoerente e desorganizado;
- Pressão de fala, verborragia, tom de voz elevado, de difícil interrupção, acompanhada de cantos, piadas ou colocações dramáticas;
- Diminuição do sono, sem se sentir cansado;
- Hipersexualidade;
- Ausência de noção de morbidade.

Duração: Mínimo de 1 semana, mas pode durar meses.

✓ **Hipomania**

- Humor exaltado, confiante, irritável;
- Aumento da velocidade do pensamento, mas sem perda da coerência, dos nexos, ou presença de delírios ou alucinações;
- Diminuição das horas de sono;
- Excesso de energia e autoconfiança;
- Hipersexualidade;
- Impulsividade;
- Não chega a apresentar pensamento de conteúdo tão grandioso;
- Pensamento menos desorganizado;
- Maior produtividade em algumas tarefas;
- Não requerem hospitalização.

Duração: Mínimo de 4 dias consecutivos, mas pode durar semanas.

✓ **Estado Misto**

Presença simultânea de sintomas maníacos e depressivos.

Sintomas mais comuns:

- Humor disfórico alternando com elação (do humor);
- Aceleração do pensamento;
- Grandiosidade;
- Ideação suicida;
- Delírios persecutórios;
- Alucinação auditiva;
- Insônia (pode ser grave);
- Agitação psicomotora;
- Hipersexualidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

✓ **Estágios Clínicos**

- Indivíduos com risco aumentado para desenvolver o transtorno em razão de história familiar ou sintomas subsindrômicos que podem ser preditivos de conversão para o transtorno completo.
- Pacientes com poucos episódios e bom funcionamento entre as crises.
- Pacientes com episódios recorrentes, além de declínio na função cognitiva e no funcionamento.

FATORES DE RISCO

Fatores ambientais:

- Adversidades na infância (ex.: negligência ou traumas);
- Ser solteiro;
- Uso de cannabis durante a adolescência.

Fatores genéticos e fisiológicos:

- Importante influência genética (herança de cerca de 90%);
- História familiar;
- Possível relação entre TAB e esquizofrenia;
- Alterações imunológicas (pró-inflamatórias) e bioquímicas;
- Neurociências (alterações na amígdala, hipocampo e córtex pré-frontal).

Sexo: Feminino (mais suscetíveis a: ciclagem rápida e estados mistos; relação com o período pré-menstrual e maior risco de sintomas no período pós-parto).

DIAGNÓSTICO

Histórico Clínico

- Sintomas: Avaliação dos episódios de humor, incluindo episódios maníacos, hipomaníacos e depressivos.
- Duração: A duração e a gravidade dos episódios são consideradas.
- Histórico Familiar: A presença de transtornos de humor na família pode aumentar a predisposição.

Critérios Diagnósticos

- O diagnóstico é frequentemente feito com base nos critérios do DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) ou da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças). Para o transtorno afetivo bipolar, os critérios incluem:

- Episódios Maníacos: Período de pelo menos uma semana de humor elevado, expansivo ou irritável, associado a pelo menos três dos seguintes:
- Aumento da autoestima ou grandiosidade.
- Diminuição da necessidade de sono.
- Fala mais do que o usual ou dificuldade em ser interrompido.
- Aceleração do pensamento ou sensação de que a mente está correndo.
- Aumento da atividade direcionada a objetivos.
- Envolvimento excessivo em atividades de alto risco.
- Episódios Depressivos: Período de pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse em atividades, associado a sintomas como alterações no apetite, sono, energia e concentração.

Avaliação Psicológica

- Entrevistas clínicas: Podem incluir questionários padronizados para avaliar a intensidade e a frequência dos sintomas.
- Escalas de Avaliação: Ferramentas como a Escala de Avaliação de Mania de Young (YMRS) ou a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton podem ser usadas.

TRATAMENTO

Medicação

- **Estabilizadores de humor**: como o lítio e alguns anticonvulsivantes (ex: lamotrigina, valproato).
- **Antipsicóticos**: podem ser utilizados durante episódios maníacos ou depressivos.
- **Antidepressivos**: devem ser usados com cautela, geralmente em combinação com estabilizadores de humor, para evitar episódios maníacos.

Terapia

- **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)**: ajuda a identificar e modificar padrões de pensamento negativos.
- **Terapia interpessoal e social (IPSRT)**: foca em melhorar relacionamentos e rotinas diárias.
- **Psicoeducação**: essencial para pacientes e familiares, promovendo entendimento sobre o transtorno e sua gestão.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Apoio Psicossocial

- **Grupos de apoio**: oferecem um espaço para compartilhar experiências e estratégias.
- **Educação familiar**: ajuda os familiares a entenderem melhor o transtorno e como apoiar o paciente.

Monitoramento

- Consultas regulares com psiquiatra e psicólogo para avaliar a eficácia do tratamento e ajustar conforme necessário.
- Registro de sintomas e humor, o que pode ajudar na identificação de gatilhos e padrões.

Estilo de Vida

- **Exercícios físicos**: contribuem para a estabilização do humor.
- **Dieta equilibrada**: uma alimentação saudável pode impactar positivamente o bem-estar.
- **Sono adequado**: estabelecer uma rotina de sono é crucial para a estabilidade emocional.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Adesão ao tratamento;
- Frequência e duração dos episódios;
- Recorrência de sintomas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disorders. 2018; 20:97-170.

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). 5th ed. American Psychiatric Association Publishing, 2022.

Cordioli AV, Gallois CB, Passos IC. Psicofármacos – Consulta Rápida. 6a ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L. Psicofármacos – Consulta Rápida. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2015/2017.

Lafer B, Caetano SC, Kleinman A, et al. Transtorno bipolar ao longo da vida. In: Forlenza OV, Miguel EC. Compêndio de Clínica Psiquiátrica. 1a ed. São Paulo: Manole, 2012.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Humes EC, Cardoso F, Guimarães-Fernandes F, et al. Clínica Psiquiátrica – Guia Prático. Otoch LN, Brañas MJAA, Croci MS, eds. São Paulo: Manole, 2019.

Suppes T. Bipolar Disorder in Adults: Clinical Features. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on November 20, 2023).

Post RM. Bipolar disorder in adults: Choosing maintenance treatment. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc.(Accessed on November 20, 2023).

Appleton KM, Sallis HM, Perry R, et al. Omega-3 fatty acids for depression in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 2015(11):CD004692.

Belmaker RH. Treatment of bipolar depression. N Engl J Med. 2007; 356:1771.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE TRANSTORNO DO PÂNICO

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de transtorno do pânico.

2. APLICAÇÃO

Não se aplica;

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Transtorno ansioso comum e muito incapacitante. O principal sintoma do transtorno do pânico (TP) é o ataque de pânico (AP), que, nesta situação, se torna frequente. Como consequência, o paciente vive preocupado e com medo de que os APs aconteçam, mudando seu comportamento para tentar evitá-los.

Os ataques de pânico (AP) são crises espontâneas de grande ansiedade e medo, que surgem de forma repentina, durando entre minutos e horas. Podem ser também induzidas por um estressor. Ou seja, podem ser inesperados ou podem ocorrer de forma esperada diante de uma determinada circunstância. Quando o AP ocorre apenas uma vez, não se pode dizer que o paciente tenha o transtorno de pânico. Ou seja, o transtorno é fruto dos APs e das consequências disfuncionais que causa ao paciente.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

Ataques de pânico (AP): São episódios espontâneos em que o paciente sente um medo ou ansiedade muito grande e que vai aumentando gradualmente até atingir um pico. Seu início é abrupto, podendo durar entre alguns minutos e horas. Podem ser isolados (sem que se constitua em transtorno do pânico), ou também aparecer como parte da apresentação de outros transtornos mentais (ex.: TEPT). Também pode ser desencadeado por alguns "gatilhos", como o uso de alguma substância ou elementos estressores.

Transtorno do pânico (TP): No transtorno, os APs são recorrentes, sendo que alguns não têm fator desencadeante e nem são esperados. A isso, deve-se somar pelo menos um mês no qual o paciente descreve medo de ter novas crises e suas consequências e/ou mudanças em seu comportamento por causa dos ataques (ex.: evitação).

Curso: Trata-se de um transtorno crônico e recorrente. A maioria dos pacientes apresenta melhora dos sintomas ao longo do tempo, mas apenas poucos têm a resolução completa do transtorno. A presença de comorbidades está relacionada a um pior prognóstico.

Marcadores de gravidade: Apesar de não haver marcadores bioquímicos de gravidade da doença, o TP pode ser altamente incapacitante, impossibilitando, por vezes, o paciente de sair de casa para trabalhar, de desenvolver afazeres sociais e até de buscar tratamento. Pacientes que apresentam APs tanto de dia, como de noite, podem ter quadros mais graves. O risco de suicídio nestes pacientes é maior que na população geral.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FATORES DE RISCO

- Sexo feminino (2:1);
- Idade de início entre 20-30 anos;
- Histórico de transtorno ansioso ou de humor na família;
- História de traumas ou adversidades na infância;
- Diagnóstico de outro transtorno de ansiedade;
- Situação socioeconômica desfavorável;
- Ser divorciado ou viúvo;
- Tabagismo;
- Doenças respiratórias (ex.: asma);
- Maior inalação de CO2.

DIAGNÓSTICO

História Clínica

- Sintomas: Identificar a presença de ataques de pânico recorrentes, que incluem sintomas físicos como palpitações, sudorese, tremores, falta de ar, sensação de morte iminente, entre outros.
- Duração: Determinar a frequência e a duração dos ataques de pânico e o tempo em que o paciente vem experimentando esses episódios.
- Impacto: Avaliar como os ataques afetam a vida diária e a funcionalidade do paciente.

Critérios Diagnósticos

- O diagnóstico é feito com base nos critérios do DSM-5 ou da CID-10. Para o transtorno do pânico, os critérios incluem:
- Presença de ataques de pânico inesperados.
- Preocupação persistente sobre ter novos ataques ou suas consequências.
- Mudanças comportamentais significativas relacionadas aos ataques, como evitar lugares onde ocorreram.

Avaliação Psicológica

- Entrevista Clínica: Uma avaliação detalhada é realizada para explorar a história do paciente, incluindo a presença de transtornos de ansiedade ou outros problemas psiquiátricos.
- Escalas de Avaliação: Questionários padronizados, como a Escala de Ansiedade de Beck ou a Escala de Ansiedade e Medo de Spence, podem ser utilizados.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Transtorno de ansiedade generalizada (TAG) ;
- Fobia social;
- Fobias específicas;
- Agorafobia;
- Transtorno de ansiedade de separação;
- TOC com ataques de pânico;
- Transtorno de personalidade (borderline);
- Transtorno somático;
- Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT);
- Transtorno de ansiedade de doença;
- Episódio maníaco;
- Abuso, dependência ou abstinência de substâncias (pensar, principalmente, em anorexígenos, cafeína, estimulantes -ex.: cocaína, anfetamina e derivados, cannabis e álcool);
- Retirada / abstinência de depressores do sistema nervoso central (ex.: barbitúricos e álcool);
- Parassonias;
- Síndrome coronariana aguda (com supra de ST ou sem supra de ST);
- Doenças de motilidade esofágicas;
- Asma;
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);
- Embolia pulmonar;
- Hipertireoidismo;
- Hipotireoidismo;
- Hiperparatireoidismo;
- Disfunção vestibular;
- Doença de Addison;
- Feocromocitoma;
- Cefaleia migranosa;
- Epilepsia do lobo temporal;
- Taquiarritmias (fibrilação atrial , flutter atrial , taquicardia supraventricular, etc);
- ICC descompensada;
- Encefalopatia hepática;
- Encefalopatia hipertensiva;
- PRESS;
- Encefalopatia urêmica;
- Síndromes paraneoplásicas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

TRATAMENTO

Tratamento Farmacológico. Escolha uma das classes ou associe-as:

- Paroxetina (20 mg/cp) 20 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 60 mg/dia;
- Sertralina (25 mg/cp) 25 ou 50 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 200 mg/dia;
- Citalopram (20 mg/cp) 20 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 40 mg/dia;
- Escitalopram (10 mg/cp) 10 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 20 mg/dia;
- Fluvoxamina (50 mg/cp) 50 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 300 mg/dia;
- Fluoxetina (20 mg/cp) 20 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 80 mg/dia;
- Venlafaxina XR Iniciar com 75 mg/dia, VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 225 mg/dia.
- Alprazolam (0,5 mg/cp) 0,5 mg/dia VO, de preferência à noite. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 10 mg/dia;
- Clonazepam (0,5 mg/cp) 0,5 mg/dia VO, de preferência à noite. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 6 mg/dia;
- Lorazepam (1 mg/cp) 1 mg/dia VO, de preferência à noite. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 10 mg/dia.

Tratamento Não Farmacológico

- Terapia cognitivo-comportamental (TCC).

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Frequência de ataques de pânico;
- Intensidade dos ataques;
- Adesão ao tratamento.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatry Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5). 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington: APA, 2013.

Nardi AE, Freire RCR, et al. Panic disorder: neurobiological and treatment aspects. 1st ed. Nova York: Springer, 2016.

Roy-Byrne PP. Panic disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. [Internet]. Stein MB, Hermann R, eds. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on July 30, 2019).

Roy-Byrne PP, Craske M. Approach to treating panic disorder with or without agoraphobia in adults. [Internet]. Stein MB, Hermann R, eds. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on July 30, 2019).

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (RJ), Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Coleção Guia de Referência Rápida: Ansiedade generalizada e transtorno de pânico em adultos - manejo nos níveis primário e secundário de atenção. 1a ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo da doença pulmonar obstrutiva crônica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

2. APLICAÇÃO

Não se aplica;

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é definida como uma obstrução persistente ao fluxo de ar decorrente de um processo inflamatório crônico dos alvéolos e das pequenas vias aéreas.

DPOC é uma condição heterogênea, cuja patogênese envolve acometimento das vias aéreas (bronquite crônica e bronquiolite), do parênquima pulmonar (enfisema) e da vasculatura pulmonar. É resultado da resposta inflamatória exacerbada do tecido pulmonar, diante da exposição de gases e de partículas nocivas, em conjunto com fatores individuais, como predisposição genética, presença de outras comorbidades, prematuridade e infecção respiratória prévia.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

Quadro clínico: Dispneia, tosse crônica e expectoração são os três principais sintomas decorrentes da DPOC. A presença desses sintomas em pacientes com fatores de risco, como tabagismo, exposição à fumaça e partículas nocivas, deve levar à suspeição de DPOC.

Exame Físico

Paciente costuma apresentar-se com exame físico normal no início do quadro e entre as exacerbações.

Exame do tórax: Presença de enfisema pode ser evidenciada por hiperinsuflação pulmonar, diminuição do murmúrio vesicular e da ausculta cardíaca. Prolongamento do tempo expiratório e sibilos evidenciam a presença de obstrução ao fluxo aéreo. Para mais informações, acesse o Atlas de Radiologia de DPOC.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FATORES DE RISCO

Fatores ambientais:

- Tabagismo ativo ou passivo;
- Exposição à fumaça decorrente de queima de combustíveis;
- Exposição ocupacional;
- Poluição ambiental.

Fatores individuais:

- Predisposição genética (deficiência de alfa-1-antitripsina);
- Asma e hiper-reatividade brônquica;
- Prematuridade;
- Infecções respiratórias recorrentes.

No Brasil, é comum em regiões do interior ocorrer queima de lenha para cozinhar e queima de pasto. Vale ressaltar na anamnese, pois nem sempre é valorizado como exposição ambiental.

DIAGNOSTICO

História Clínica

- Sintomas: Tosse crônica, produção de muco, dispneia (falta de ar), especialmente ao realizar atividades físicas.
- Fatores de Risco: Exposição ao fumo (principal), poluentes ambientais, exposição ocupacional, histórico familiar de doenças pulmonares.

Exame Físico

- Avaliação de sinais como sibilos, hiperinflação torácica, cianose e uso de musculatura acessória na respiração.

Exames Complementares

- Espirometria: O teste mais importante para o diagnóstico. Caracteriza-se pela presença de obstrução ao fluxo aéreo, que não é totalmente reversível. Um valor de VEF1 (Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo) menor que 70% do previsto, após uso de broncodilatador, sugere DPOC.
- Radiografia de Tórax: Pode ajudar a excluir outras condições e mostrar hiperinflação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Tomografia Computadorizada (TC): Útil para avaliar a presença de enfisema e outras condições pulmonares.

TRATAMENTO

- A interrupção do tabagismo é a principal medida a ser adotada para redução da progressão da doença;
- Todo paciente deve ser orientado à reabilitação pulmonar, à vacinação e à evitação de exposição;

Broncodilatador de curta duração para resgate: Escolha uma das opções:

- Bromidrato de fenoterol gotas (5 mg/mL) 2-8 gotas (0,5-2 mg) diluídas em 3 mL de SF 0,9% via nebulização até de 6/6 horas;
- Bromidrato de fenoterol aerossol (100 microgramas/dose) 1-2 jatos via inalatória até de 6/6 horas;
- Sulfato de salbutamol gotas (5 mg/mL) 10-20 gotas (2,5-5 mg) diluídas em 3 mL de SF 0,9% via inalatória até de 6/6 horas;
- Sulfato de salbutamol aerossol (100 microgramas/dose) 1-2 jatos via inalatória até de 6/6 horas;
- Brometo de ipratrópio gotas (0,25 mg/mL) 0,5 mg (40 gotas) diluído em 3 mL de SF 0,9% via inalatória até de 6/6 horas;
- Brometo de ipratrópio (25 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória até de 6/6 horas.
- Brometo de ipratrópio + Bromidrato de fenoterol aerossol (25/50 microgramas/dose) 2 jatos em caso de falta de ar e até 4 jatos seguidos com intervalo de 5 minutos entre as doses (máximo de 8 jatos/dia).
- Brometo de tiotrópio + Cloridrato de olodaterol (2,5 microgramas + 2,5 microgramas) 5 microgramas (2 inalações) via inalatória de 24/24 horas;
- Brometo de umeclidínio + Trifenatato de vilanterol (62,5 microgramas + 25 microgramas) 1 inalação via inalatória de 24/24 horas;
- Maleato de indacaterol + Brometo de glicopirrônio (110 microgramas + 50 microgramas) 1 cápsula via inalatória de 24/24 horas.

Opções de broncodilatadores de ação curta para resgate (II): Escolha uma das opções:

- Bromidrato de fenoterol gotas (5 mg/mL) 2-8 gotas (0,5-2 mg) diluídas em 3 mL de SF 0,9% via nebulização até de 6/6 horas;
- Bromidrato de fenoterol aerossol (100 microgramas/dose) 1-2 jatos até de 6/6 horas;
- Sulfato de salbutamol aerossol (100 microgramas/dose) 1-2 jatos via inalatória até de 6/6 horas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Sulfato de salbutamol gotas (5 mg/mL) 0,5-1 mL (10-20 gotas) diluído em 3-5 mL de SF 0,9% via inalatória até de 6/6 horas;
- Brometo de ipratrópio gotas (0,25 mg/mL) 0,5 mg (40 gotas) diluído em 3 mL de SF 0,9% via inalatória até de 6/6 horas;
- Brometo de ipratrópio (25 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória até de 6/6 horas.
- Brometo de ipratrópio + Bromidrato de fenoterol (20/50 microgramas/dose) 2 jatos em caso de falta de ar e até 4 jatos seguidos com intervalo de 5 minutos entre as doses (máximo de 8 jatos/dia).

Opções de antimuscarínico de longa duração (I): Escolha uma das opções:

- Brometo de tiotrópio (2,5 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória de 24/24 horas;
- Brometo de glicopirrônio (50 microgramas/dose) 50 microgramas (1 cápsula) via inalatória de 24/24 horas;
- Brometo de umeclidínio (62,5 microgramas/dose) 62,5 microgramas (1 dose) via inalatória de 24/24 horas.

Opções de beta-2-agonistas de ação longa (II): Escolha uma das opções:

- Fumarato de formoterol (cápsula de 12 microgramas/dose) 12-24 microgramas (1-2 cápsulas) via inalatória de 12/12 horas;
- Xinafoato de salmeterol (25 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória de 12/12 horas;
- Maleato de indacaterol (150 microgramas/dose) 150-300 microgramas (1-2 cápsulas) via inalatória de 24/24 horas;
- Cloridrato de olodaterol (2,5 microgramas/dose) 5 microgramas (2 doses) via inalatória de 24/24 horas.

Opções combinadas de antimuscarínico de longa duração e beta-2-agonista de longa duração (I + II): Escolha uma das opções:

- Brometo de tiotrópio + Cloridrato de olodaterol (2,5 microgramas + 2,5 microgramas) 5 microgramas (2 inalações) via inalatória de 24/24 horas;
- Brometo de umeclidínio + Trifenatato de vilanterol (62,5 microgramas + 25 microgramas) 1 inalação via inalatória de 24/24 horas.
- Maleato de indacaterol + Brometo de glicopirrônio (110 microgramas + 50 microgramas) 1 cápsula via inalatória de 24/24 horas.

Opções de corticoide inalatório (ICS) (III):

- Budesonida (200-400 microgramas/dose) 1-2 cápsulas via inalatória de 12/12 horas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Dipropionato de beclometasona (200 microgramas/dose) 1-2 jatos via inalatória de 12/12 horas;
- Propionato de fluticasona (50-250 microgramas/dose) 1-2 jatos via inalatória de 12/12 horas.

Opções combinadas de ICS + LAMA + LABA (III + I + II):

- Furoato de fluticasona + Brometo de umeclidínio + Trifenatato de vilanterol (100 microgramas + 62,5 microgramas + 25 microgramas). Aspirar 1 jato a cada 24/24 horas;
- Dipropionato de beclometasona + Fumarato de formoterol + Brometo de glicopirrônio (100 microgramas + 6 microgramas + 12,5 microgramas). Inalar 2 jatos de 12/12 horas.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de hospitalização;
- Adesão ao tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agustí A, Celli BR, Criner GJ, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. Eur Respir J. 2023; 61(4):2300239.

Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. Lancet. 2007; 370(9589):741-50.

Brusasco V, Martinez F. Chronic obstructive pulmonary disease. Compr Physiol. 2014; 4(1):1-31.

Qaseem A, Wilt TJ, Weinberger SE, et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. Ann Intern Med. 2011; 155(3):179-91.

Traver GA, Cline MG, Burrows B. Predictors of mortality in chronic obstructive pulmonary disease. A 15- year follow-up study. Am Rev Respir Dis. 1979; 119(6):895-902.

Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, et al. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. Eur Respir J. 2006; 28(3):523-32.

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE ASMA BRONQUICA

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo da asma bronquica.

2. APLICAÇÃO

Não se aplica;

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Doença inflamatória crônica das vias respiratórias caracterizada pela hiper-responsividade brônquica a antígenos que leva à limitação do fluxo expiratório de forma variável e reversível.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

Quadro clínico: Geralmente o quadro de asma apresenta dispneia, tosse e chiado no peito que ocorrem de forma intermitente e são desencadeados por fatores externos como viroses, exposição a alérgenos, ar frio e/ou exercício físico.

Sinais e sintomas:

- Dispneia;
- Sibilância (chiado);
- Tosse, que é a manifestação mais frequente e persistente da asma, em geral pior durante a noite ou no início da manhã;
- Expectoração mucoide;
- Pressão e desconforto torácicos durante a crise.
- História de exacerbações:
- Sinais e sintomas paroxísticos;
- Frequência de crises e sazonalidade (mudança do clima);
- Associação a exposição ambiental (odores fortes, produtos de limpeza, pelos de animais, mofo);
- História de uso de medicamentos como betabloqueadores ou Ácido acetilsalicílico;
- Broncoespasmo após atividade física ou crise de riso;
- Necessidade de visitas ao serviço de emergência e hospitalizações;
- Alívio dos sintomas com o uso de broncodilatador.
- História patológica pregressa (fundamental na caracterização da asma e atopia):
- Asma na infância;
- Sinusite crônica;
- Rinite e/ou conjuntivite alérgicas;
- Dermatite atópica;
- Polipose nasal.

FATORES DE RISCO

- Histórico familiar de asma;
- Gênero masculino – durante a infância;
- Gênero feminino – após 40 anos de idade;
- Dermatite atópica;
- Rinite alérgica;
- Poluição e exposição ambiental a alérgenos como ácaros, pólen, alérgenos de barata, pelos de animais;
- Tabagismo ativo;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Tabagismo passivo durante a infância;
- Obesidade.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico da asma é, muitas vezes, um desafio. Os sinais e sintomas são inespecíficos e não há um exame complementar patognomônico. É fundamental que haja a combinação de história clínica com hiper-responsividade de vias respiratórias e variabilidade do fluxo expiratório.

História Clínica

- Sintomas: Identificar episódios de dispneia, sibilos, tosse (especialmente à noite ou pela manhã), e opressão no peito.
- Fatores Desencadeantes: Alergias (pólen, ácaros, pelos de animais), exercício, infecções respiratórias, poluição, fumo, estresse e mudanças climáticas.
- História Familiar: Buscar antecedentes familiares de asma ou outras doenças alérgicas.

Exame Físico

- Avaliação de sinais como sibilos audíveis, uso de musculatura acessória para respirar e sinais de hipoxemia.

Exames Complementares

Hemograma : Embora não seja necessária para o diagnóstico, a presença de eosinofilia > 4% (300-400 cél/microlitro) corrobora o diagnóstico de asma alérgica e/ou eosinofílica.

Imunoglobulina E : Indicada para pacientes com diagnóstico de asma e necessidade de definição de fenótipo. Não é necessária para todos os pacientes, sendo indicada principalmente para os quadros graves.

Teste de alergia (prick test): Útil para definir os possíveis alérgenos causadores da alergia e da exacerbação da asma. Não é definidor para o diagnóstico de atopia, mas contribui para sua identificação. A correlação entre gatilho e crise deve ser definida mais pela história clínica do que pelo teste em si.

Radiografia de tórax : Exame de imagem indicado para avaliação inicial de pacientes com suspeita de asma, podendo revelar complicações ou causas alternativas de sibilância.

Tomografia de tórax : Não está indicada para a avaliação diagnóstica inicial, porém pode ser útil para pacientes com sintomas recorrentes e na suspeita de complicações como bronquiectasias e aspergilose broncopulmonar alérgica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Fração expirada de óxido nítrico (FeNO): Mensura a quantidade de NO liberado e reflete o metabolismo dos eosinofílicos. A presença de valores elevados sugere um tipo de resposta T2. Não é definidora de asma, mas auxilia na definição do fenótipo nos casos graves.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);
- Bronquite eosinofílica;
- Disfunção de corda vocal (Imobilidade laríngea);
- Corpo estranho;
- Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE);
- Asma cardíaca (insuficiência cardíaca);
- Bronquiectasia;
- Bronquiolite;
- Fibrose cística;
- Compressão de vias respiratórias;
- Obstrução endobrônquica;
- Aspergilose broncopulmonar alérgica;
- Granulomatose eosinofílica com poliangiite;
- Síndrome de Löeffler;
- Pneumonite por hipersensibilidade;

TRATAMENTO

Corticosteroides Inalatórios: Considerados a base do tratamento para asma persistente. Exemplos incluem:

- Budesonida
- Fluticasona

Broncodilatadores de Ação Longa (LABAs): Usados em combinação com corticosteroides para controle adicional. Exemplos incluem:

- Salmeterol
- Formoterol
- Antileucotrienos: Como a montelukaste, podem ser usados como adjuvantes.

Medicações de Alívio

Broncodilatadores de Ação Curta (SABAs): Utilizados para alívio rápido dos sintomas durante crises asmáticas. Exemplos:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Salbutamol
- Fenoterol

Tratamento de Exacerbações

- Reconhecimento precoce e tratamento com broncodilatadores e, se necessário, corticosteroides orais.
- O paciente deve ser orientado sobre quando procurar atendimento médico de emergência.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de hospitalização;
- Adesão ao tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention, 2022. [Internet]. (Accessed on January 29, 2024).

Beasley R, Holliday M, Reddel HK, et al. Controlled Trial of Budesonide–Formoterol as Needed for Mild Asthma. N Engl J Med. 2019; 380(21):2020-2030.

Crapo RO. Pulmonary-function testing. N Engl J Med. 1994; 331(1):25-30.

Fanta CH. Asthma. N Engl J Med. 2009; 360(10):1002-14.

Thomas A, Lemanske RF Jr, Jackson DJ. Approaches to stepping up and stepping down care in asthmatic patients. J Allergy Clin Immunol. 2011; 128(5): 915–924.

National Asthma Education and Prevention Program: Expert panel report III: guidelines for the diagnosis and management of asthma. [Internet]. Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute, 2007. (Accessed on January 29, 2024).

Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Marseglia GL, Cirillo I, Vizzaccaro A, et al. Role of forced expiratory flow at 25-75% as an early marker of small airways impairment in subjects with allergic rhinitis. Allergy Asthma Proc. 2007; 28(1):74-8.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE MENOPAUSA E CLIMATÉRIO

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial à paciente

no período da menopausa e climatério.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Climatério: Período de transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva da mulher, marcado por alterações hormonais e sintomas decorrentes.

Menopausa: Cessação permanente da menstruação, confirmada após 12 meses de amenorreia, ocorrendo geralmente entre 45 e 55 anos, com uma média de 51 anos.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Anamnese:

- História menstrual: Mudanças no ciclo menstrual, irregularidade, alterações no fluxo e amenorreia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Sintomas vasomotores: Fogachos (ondas de calor), sudorese noturna, palpitações.
- Sintomas geniturinários: Ressecamento vaginal, dor durante a relação sexual (dispareunia), infecções urinárias de repetição, incontinência urinária.
- Alterações psicológicas: Mudanças de humor, ansiedade, depressão, insônia e perda de memória.
- História reprodutiva e uso de contraceptivos.
- História de comorbidades: Doenças cardiovasculares, osteoporose, hipertensão, diabetes.
- História familiar: Incidência de osteoporose, doenças cardíacas e câncer de mama.

Exame Físico:

- Índice de Massa Corporal (IMC): Avaliar sobrepeso ou obesidade, fatores que aumentam o risco cardiovascular.
- Pressão arterial: Monitorar hipertensão.
- Avaliação mamária: Exame clínico das mamas.
- Exame pélvico: Avaliação do trofismo vaginal e alterações geniturinárias.
- Avaliação osteoarticular: Palpação óssea para sinais de dor ou deformidades, sugerindo osteoporose.

Exames Complementares:

- Dosagens hormonais: Avaliação de FSH e estradiol em casos de dúvida diagnóstica sobre menopausa.
- Densitometria óssea: Para mulheres com fatores de risco para osteoporose ou fraturas.
- Perfil lipídico: Para avaliar o risco cardiovascular.
- Glicemia de jejum e hemoglobina glicada (HbA1c): Para triagem de diabetes.
- Mamografia: Para rastreamento de câncer de mama, conforme a idade e diretrizes nacionais.
- Ultrassonografia transvaginal: Avaliação endometrial em casos de sangramento uterino anormal

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Tratamento dos Sintomas Vasomotores:

Terapia de Reposição Hormonal (TRH):

- Indicação: Alívio dos sintomas vasomotores (fogachos) moderados a graves e prevenção de osteoporose.
- Estrogênio isolado: Indicado para mulheres que realizaram histerectomia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Estrogênio + progestagênio: Para mulheres com útero, para prevenir hiperplasia endometrial.
- Vias de administração: Oral, transdérmica ou gel.
- Doses comuns: Estrogênios conjugados: 0,3-0,625 mg/dia; beta estradiol transdérmico: 25-50 mcg/dia; Medroxiprogesterona (progestagênio): 5-10 mg/dia.

Contraindicações à TRH:

- Câncer de mama, câncer de endométrio.
- Doença tromboembólica prévia (TVP, TEP).
- Doenças hepáticas graves.
- Sangramento vaginal de origem não diagnosticada.

Alternativas à TRH:

- Inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina (IRSNs):Venlafaxina 37,5-75 mg/dia.
- Gabapentina: 300-900 mg/dia, para alívio de fogachos em pacientes que não podem usar TRH.
- Fitoterápicos e terapias naturais: Isoflavonas de soja, porém com evidências limitadas de eficácia.

Tratamento para Atrofia Geniturinária:

Estrogênio tópico vaginal:

- Cremes vaginais: Estrogênios conjugados (0,625 mg/g), aplicados diariamente por 1 a 2 semanas, seguido por manutenção de 2-3 vezes por semana.
- Comprimidos vaginais:Estradiol (10 mcg), uso diário por 2 semanas, seguido por 2 vezes por semana.
- Anel vaginal de estradiol: Libera 7,5 mcg/dia por até 90 dias.
- Lubrificantes e hidratantes vaginais: Utilizados para melhorar a lubrificação e aliviar a dispareunia.

Terapia com cálcio e vitamina D:

- Cálcio:1.000-1.200 mg/dia (dieta e suplementação).
- Vitamina D:800-1.000 UI/dia.

Bifosfonatos:

- Alendronato: 70 mg uma vez por semana.
- Risedronato: 35 mg uma vez por semana.

Raloxifeno (modulador seletivo dos receptores de estrogênio):

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Usado para prevenção de osteoporose, principalmente em mulheres com contraindicações à TRH.

Denosumabe:

- Indicado em casos graves de osteoporose ou intolerância a bifosfonatos.

Controle de Fatores de Risco Cardiovascular

- Mudanças no estilo de vida: Dieta balanceada, controle de peso, cessação do tabagismo e prática de atividade física regular.
- Tratamento de comorbidades: Controle adequado de hipertensão, dislipidemia e diabetes.
- Estatinas: Se indicado para controle do perfil lipídico.

Tratamento de Alterações Psicológicas e Cognitivas

Terapia cognitivo-comportamental (TCC): Para tratar depressão, ansiedade e insônia.

Medicações antidepressivas: IRSNs e ISRSs (ex.: sertralina, escitalopram) podem ser utilizados em casos de depressão moderada a grave.

Atividade física: Demonstrou melhora no humor e na qualidade de vida de mulheres no climatério.

Acompanhamento:

- Monitoramento regular: Mulheres em TRH devem ser acompanhadas a cada 6-12 meses para avaliação de eficácia e segurança.
- Exames periódicos : Mamografia, densitometria óssea e exames laboratoriais conforme necessidade.
- Suspensão da TRH: Avaliar a necessidade de continuar a TRH após 5 anos, considerando os riscos e benefícios.

Orientações para Pacientes:

- Educação sobre o climatério: Informar sobre as alterações normais e os tratamentos disponíveis.
- Mudança no estilo de vida: Incentivar práticas que promovam a saúde óssea e cardiovascular, como alimentação saudável e exercícios físicos.
- Prevenção de doenças: Reforçar a necessidade de rastreamento regular para câncer de mama, colo do útero e exames cardiovasculares.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de complicações relacionadas à terapia hormonal;
- Taxa de reconsulta em 30 dias.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. MANUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_climaterio.pdf

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manual de Orientação: Climatério. FEBRASGO, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). Diretrizes Brasileiras para Tratamento da Menopausa e Climatério. SBEM, 2019.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE ANEMIA

1.OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente com anemia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A anemia é definida como uma redução da concentração de hemoglobina no sangue abaixo dos valores normais para idade e sexo. Em mulheres, o limite inferior normal da hemoglobina é de 12 g/dL e em homens, 13 g/dL.

AVALIAÇÃO INICIAL

- Sintomas: Fadiga, fraqueza, tontura, palidez, dispneia, taquicardia, cefaleia, dores nas pernas.
- História médica: Doenças crônicas (insuficiência renal, doenças hepáticas, neoplasias), história menstrual (menorragia, metrorragia), doenças hereditárias (talassemia, anemia falciforme).
- Uso de medicamentos: Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), anticoagulantes, quimioterápicos.
- Alimentação: Ingestão de ferro, folato e vitamina B12.
- História familiar: Doenças hematológicas hereditárias.

Exame Físico:

- Sinais de palidez: Pele, mucosas, leitos ungueais.
- Exame cardiovascular: Taquicardia, sopro cardíaco.
- Outros sinais: Icterícia (anemia hemolítica), esplenomegalia (anemia hemolítica, doença hepática), úlceras orais, glossite (anemia megaloblástica), fraqueza muscular, sinais de desnutrição.

Exames Complementares:

Hemograma Completo:

- Hemoglobina e hematócrito: Confirma o diagnóstico de anemia.
- Índices hematimétricos:
- VMC (Volume Corpuscular Médio): Para classificar a anemia como microcítica (<80 fL), normocítica (80-100 fL) ou macrocítica (>100 fL).
- HCM (Hemoglobina Corpuscular Média): Para identificar anemias hipocrômicas (baixa HCM) ou normocrômicas.

Exames para Identificação da Causa da Anemia:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Anemia microcítica:

- Ferro sérico, ferritina e capacidade de ligação do ferro (TIBC): Para investigar anemia ferropriva.
- Eletroforese de hemoglobina: Para diagnóstico de talassemia.

Anemia normocítica:

- Reticulócitos: Para avaliar a produção medular (anemia regenerativa ou não-regenerativa).
- Creatinina e função renal: Para investigação de insuficiência renal.
- Provas de função hepática: Para diagnóstico de hepatopatias.

Anemia macrocítica:

- Dosagem de vitamina B12 e ácido fólico para diagnóstico de anemias megaloblásticas.
- Prova de Coombs: Para investigação de anemia hemolítica autoimune.

Outros exames:

- Protoporfirina livre: Para diagnosticar intoxicação por chumbo.
- TSH e T4 livre: Em caso de suspeita de hipotiroidismo como causa de anemia.

TRATAMENTO AMBULATORIAL

O tratamento depende da causa subjacente da anemia. As principais estratégias incluem:

Anemia Ferropriva:

Suplementação de ferro:

- Ferro oral: 150-200 mg de ferro elementar/dia (ex: sulfato ferroso, fumarato ferroso, gluconato ferroso). Tomar com estômago vazio ou com vitamina C para melhor absorção.
- Duração: Continuar o tratamento por 3-6 meses após normalização dos níveis de hemoglobina para repleção das reservas de ferro.

Ajustes para intolerância gastrointestinal:

- Iniciar com doses menores e aumentar progressivamente.
- Uso de formulações de liberação lenta ou de ferro intravenoso em casos de intolerância grave ou má absorção.

Monitoramento:

Hemoglobina deve ser reavaliada após 4-6 semanas para verificar resposta ao tratamento.

Anemia por Deficiência de Vitamina B12 ou Ácido Fólico:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Deficiência de vitamina B12:

- Cianocobalamina (vitamina B12) intramuscular: 1000 mcg semanal por 4-6 semanas, seguido de doses mensais por toda a vida em casos de deficiência crônica (ex: anemia perniciosa).
- Cianocobalamina oral:1000-2000 mcg/dia em pacientes com absorção intestinal preservada.

Deficiência de ácido fólico:

- Ácido fólico oral: 1-5 mg/dia por 1-4 meses ou até a normalização dos níveis.

Anemia Hemolítica:

- Tratamento da causa subjacente: Identificação e tratamento de causas autoimunes, infecciosas ou tóxicas.
- Corticosteroides: Usados em casos de anemia hemolítica autoimune.
- Transfusão sanguínea: Em casos graves de anemia hemolítica.

Anemia de Doença Crônica:

- Tratamento da doença de base: Controle de condições subjacentes (infecção, inflamação, neoplasias).
- Uso de eritropoetina recombinante: Em pacientes com doença renal crônica ou anemia relacionada ao uso de quimioterápicos.

Anemia Aplástica:

- Imunossupressores: Ciclosporina, globulina antitimócito (GAT).
- Transplante de medula óssea: Em pacientes graves, especialmente jovens com doadores compatíveis.

Educação do Paciente:

- Orientação dietética: Aumentar o consumo de alimentos ricos em ferro (carnes, vegetais de folhas verdes, feijão), vitamina B12 (carne, laticínios) e ácido fólico (vegetais verdes, frutas cítricas).
- Evitar fatores que comprometem a absorção do ferro: Café, chá, e cálcio interferem na absorção do ferro, e o uso concomitante deve ser evitado.

Acompanhamento:

- Monitoramento contínuo: Hemoglobina deve ser monitorada periodicamente, especialmente em pacientes com doenças crônicas ou em tratamento com ferro.
- Reavaliação da causa: Em casos de resposta inadequada, uma nova investigação deve ser realizada para identificar causas secundárias ou erros de diagnóstico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de cancelamentos de ciclos.
- Taxa de sucesso do tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Nutritional anaemias: tools for effective prevention and control. WHO. 2017.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Anaemia - iron deficiency. NICE Clinical Knowledge Summaries. 2021.

AUERBACH M, ADAMSON JW. How we diagnose and treat iron deficiency anemia. Am J Hematol. 2016;91(1):31-38.

DELOUGHERY TG. Microcytic anemia. N Engl J Med. 2014;371(14):1324-1331.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE HEMOFILIA

1.OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente com hemofilia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A hemofilia é uma doença genética rara caracterizada pela dificuldade do sangue em coagular de maneira adequada. Isso ocorre devido à deficiência ou ausência de certas proteínas específicas no sangue, chamadas fatores de coagulação. As pessoas com hemofilia têm maior risco de sangramentos prolongados ou espontâneos, especialmente em articulações e músculos.

Existem dois tipos principais de hemofilia: Hemofilia A, causada pela deficiência do fator VIII de coagulação; Hemofilia B, causada pela deficiência do fator IX de coagulação.

A hemofilia geralmente é hereditária e ligada ao cromossomo X, o que significa que afeta predominantemente os homens, enquanto as mulheres são geralmente portadoras do gene, mas podem apresentar sintomas leves.

As principais características da doença são: sangramentos prolongados e hemorragias internas. A gravidade da hemofilia varia de acordo com o nível de fator de coagulação presente no sangue. Em casos graves, os sangramentos podem ocorrer sem causa aparente.

AVALIAÇÃO INICIAL

Histórico Médico:

- Avaliação detalhada da história de sangramentos, uso prévio de fator de coagulação, complicações articulares, e presença de inibidores.

Exames Físicos:

- Avaliação clínica regular com foco em articulações e musculatura.

Exames Laboratoriais:

- Níveis de fator VIII (hemofilia A) ou fator IX (hemofilia B).
- Testes de função hepática e renal.
- Teste de inibidores (se o paciente apresentar resistência ao fator de reposição).

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Tratamento Profilático:

Reposição de Fator de Coagulação:

- Hemofilia A: Uso regular de fator VIII recombinante ou plasma derivado.
- Hemofilia B: Uso de fator IX recombinante.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Profilaxia Primária: Iniciar a profilaxia com reposição de fator aos 2-3 anos de idade (antes de ocorrer hemorragias articulares).

Profilaxia Secundária: Em pacientes mais velhos com sangramentos recorrentes ou evidência de artropatia.

Doses:

- Hemofilia A: 25-40 UI/kg de fator VIII, 2-3 vezes por semana.
- Hemofilia B: 40-60 UI/kg de fator IX, 1-2 vezes por semana.
- Uso de Novas Terapias: Emicizumabe para hemofilia A (com ou sem inibidores), sob critérios médicos específicos.

Tratamento de Sangramentos:

- Hemorragias Leves a Moderada: Administração de fator de reposição (IV) ou agentes anti-fibrinolíticos (ácido tranexâmico).

- Hemorragias Graves: Reposição intensificada com monitoramento dos níveis de fator e internação se necessário.
- Artropatias e Hemartroses: Imobilização temporária, fisioterapia após estabilização do sangramento, e profilaxia adicional.

Monitoramento:

- Avaliação Clínica Regular: Consultas a cada 3 meses para revisão dos sangramentos e ajustes na profilaxia.
- Imagem Articular: Exames de imagem (ultrassonografia ou ressonância magnética) para monitoramento da saúde articular, especialmente nas articulações alvo.
- Fisioterapia: Avaliação de um fisioterapeuta para evitar e tratar artropatias e manter a funcionalidade das articulações.

Educação do Paciente e da Família:

- Autoinfusão: Treinamento para que o paciente ou familiares possam administrar o fator de coagulação em casa.
- Orientação sobre atividades físicas: Incentivo a atividades de baixo impacto para prevenir lesões articulares.
- Conscientização sobre sinais de sangramento: Educação para reconhecer rapidamente sinais de hemorragias articulares, musculares ou em mucosas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de sangramentos anuais.
- Taxa do número de internações por complicações.
- Taxa de adesão ao tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO DA HEMOFILIA – FEDERAÇÃO MUNDIAL DE HEMOFILIA (2013):Disponível em: https://www1.wfh.org
PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA COAGULOPATIAS HEREDITÁRIAS – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2018): Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br
MANUAL DE TRATAMENTO DE HEMOFILIA – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR (ABHH):Disponível em: https://www.abhh.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE TROMBOFILIA

1.OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente com trombofilia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Trombofilia refere-se a um grupo de condições que predispõem o paciente a um risco aumentado de trombose, devido a alterações genéticas ou adquiridas que afetam a coagulação sanguínea. Isso pode resultar em trombose venosa profunda (TVP), embolia pulmonar (TEP) e outros eventos tromboembólicos.

Classificação:

Trombofilias hereditárias:

- Deficiência de antitrombina (AT).
- Deficiência de proteína C ou S.
- Mutação do fator V de Leiden.
- Mutação da protrombina (G20210A).

Trombofilias adquiridas:

- Síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF).
- Hiper-homocisteinemia.

AVALIAÇÃO INICIAL

História Clínica:

- História de trombose: Identificar qualquer evento prévio de trombose, como trombose venosa profunda (TVP) ou embolia pulmonar (TEP).
- História familiar: Casos de trombose em parentes de primeiro grau, principalmente em idade jovem.
- Fatores de risco adquiridos: Cirurgias recentes, imobilização, uso de anticoncepcionais orais, terapia de reposição hormonal, obesidade, tabagismo e gravidez.
- História de abortos espontâneos: Particularmente em mulheres com SAF(.

Exame Físico:

- Sinais de trombose venosa profunda (TVP): Dor e edema em membro, principalmente nos membros inferiores, com empastamento muscular e sinal de Homans positivo.
- Sinais de embolia pulmonar (TEP):Dispneia, dor torácica pleurítica, taquipneia, taquicardia e cianose.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Exames Laboratoriais e de Imagem:

- Exames de coagulação:
- Dosagem de antitrombina, proteína C e S: Para diagnóstico de deficiências hereditárias.
- Pesquisa de mutação do fator V de Leiden e mutação da protrombina (G20210A).
- Anticorpos antifosfolípides: Para diagnóstico de SAF.
- Imagem: Doppler venoso de membros inferiores para confirmar TVP e tomografia de tórax com contraste para embolia pulmonar.

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Tratamento Inicial de Episódio Agudo:

- Nos casos de trombose venosa ou embolia pulmonar, o tratamento inicial geralmente inclui anticoagulação imediata, a ser ajustada no acompanhamento ambulatorial.

Anticoagulantes injetáveis (início do tratamento):

- Heparina de baixo peso molecular (HBPM): Enoxaparina 1 mg/kg a cada 12 horas ou 1,5 mg/kg uma vez ao dia.
- Heparina não fracionada (HNF): Preferida em pacientes com risco de sangramento ou necessidade de rápida reversão, como em cirurgia iminente.
- Fondaparinux: Alternativa em casos de contraindicações ou intolerância à heparina.

Anticoagulação Oral a Longo Prazo:

- Após a estabilização inicial, o paciente é frequentemente transferido para anticoagulação oral para prevenção secundária de novos eventos trombóticos.

Varfarina (antagonista da vitamina K):

- Objetivo do INR (International Normalized Ratio): Manter entre 2-3 (para a maioria das trombofilias).
- Monitoramento: Realizar controle frequente do INR (semanal ou quinzenal) até estabilização, seguido por controle mensal.

Duração: A duração do tratamento depende da natureza do evento trombótico e da presença de fatores de risco.

- TVP/TEP associada a fatores de risco transitórios (ex.: cirurgia, imobilização): 3-6 meses de tratamento.

Eventos trombóticos não provocados ou com trombofilia hereditária:

- Anticoagulação prolongada ou indefinida, especialmente se houver história de trombose recorrente.

Novos Anticoagulantes Orais (NOACs):

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Rivaroxabana 15 mg duas vezes ao dia por 21 dias, seguido de 20 mg uma vez ao dia.
- Apixabana: 10 mg duas vezes ao dia por 7 dias, seguido de 5 mg duas vezes ao dia.
- Dabigatrana: 150 mg duas vezes ao dia, após 5-10 dias de tratamento com anticoagulante parenteral.

Prevenção Secundária:

- Para evitar novos episódios trombóticos, o tratamento ambulatorial foca na anticoagulação prolongada, além de abordar fatores de risco adquiridos.
- Mulheres em idade fértil: Considerar alternativas para anticoncepcionais orais ou terapia de reposição hormonal, já que aumentam o risco trombótico.
- Gravidez: Mulheres com trombofilia requerem anticoagulação profilática durante a gravidez e puerpério (HBPM é o tratamento preferido).

Tratamento em Pacientes com Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF):

- Pacientes com SAF e trombose prévia devem receber anticoagulação indefinida.
- Varfarina: Manter INR entre 2-3. Em casos de SAF com trombose recorrente, pode ser necessário manter INR mais alto (3-4).
- Anticoagulação durante a gravidez: HBPM é preferido, com dose profilática ou terapêutica conforme o risco individual.

Tratamento em Pacientes com Trombofilia Hereditária:

- Profilaxia em situações de risco: Pacientes com trombofilia hereditária que não tiveram eventos trombóticos, mas estão expostos a fatores de risco (ex.: cirurgia, imobilização), podem necessitar de profilaxia temporária com HBPM ou anticoagulantes orais.
- Anticoagulação prolongada: Pacientes com deficiências graves de proteína C, S ou antitrombina, ou com história de trombose, podem requerer anticoagulação prolongada.

Medidas Adicionais de Prevenção:

- Evitar fatores de risco trombóticos: Interromper tabagismo, manter controle adequado de peso e gerenciar fatores de risco como hipertensão e diabetes.
- Meias de compressão elástica: Para prevenção de TVP em pacientes de alto risco durante viagens longas ou períodos de imobilização.

Monitoramento e Acompanhamento:

- Controle do INR (para pacientes em varfarina): Acompanhamento rigoroso e regular do INR é essencial para prevenir complicações trombóticas ou hemorrágicas.
- Exames periódicos: Dosagem de proteína C, proteína S, antitrombina e pesquisa de mutações genéticas pode ser indicada em intervalos regulares ou em pacientes com eventos trombóticos recorrentes.

Educação do Paciente:

- Adesão ao tratamento: Explicar a importância de seguir rigorosamente a anticoagulação e evitar interrupções súbitas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Sinais de alerta: Orientar sobre os sinais de trombose (dor, edema em membros, dor torácica) e sangramento (equimoses, hematomas espontâneos) que devem levar o paciente a procurar atendimento médico.
- Ajustes de dieta (varfarina): Pacientes em varfarina devem ser orientados a manter uma ingestão estável de alimentos ricos em vitamina K (ex.: folhas verdes).

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de adesão ao tratamento.
- Taxa de complicações hemorrágicas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SILVA, J. A., & Costa, S. H. (2020). *Trombofilia: Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Editora da Universidade.

LEMOS, M. C., & Ferreira, A. L. (2019). *Aspectos Clínicos e Laboratoriais da Trombofilia*. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, 41(3), 175-182.

OLIVEIRA, A. M., & Santos, C. A. (2021). *Trombofilia: Abordagem Clínica e Tratamento*. Journal of Vascular Health, 12(2), 45-53.

GOMES, C. P., & Almeida, F. R. (2018). *Trombofilia: Diretrizes para o Manejo Clínico*. Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. Disponível em: site da SBHH.

PEREIRA, R. A., & Lima, T. S. (2022). *Tratamento Ambulatorial da Trombofilia: Uma Revisão Crítica*. Medicina Ambulatorial, 30(4), 235-240.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE POLICITEMIA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente com policitemia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A policitemia é caracterizada por um aumento anormal da massa de hemácias, levando a um aumento do hematócrito (acima de 48% nas mulheres e 52% nos homens). A condição pode ser primária (policitemia vera) ou secundária, associada a outras condições que estimulam a produção excessiva de hemácias.

Classificação:

- Policitemia primária: Inclui a policitemia vera (PV), uma neoplasia mieloproliferativa crônica caracterizada pela proliferação autônoma das células progenitoras hematopoiéticas, geralmente associada à mutação do gene JAK2.
- Policitemia secundária: Resultante de causas externas ao sistema hematopoiético, como doenças pulmonares crônicas, doenças cardíacas, tumores produtores de eritropoetina ou em resposta à hipóxia (altitude elevada, apneia do sono).

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Anamnese:

- Sintomas inespecíficos: Cefaleia, tontura, prurido após banho quente, fadiga.
- Sintomas vasculares: Eritromelalgia (dor e vermelhidão nas extremidades), trombose, tromboflebite superficial.
- História de trombose ou sangramento anormal.

Fatores de risco:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Exposição a altitude elevada, doenças pulmonares ou cardíacas crônicas, tabagismo, apneia obstrutiva do sono.
- Uso de medicações: Androgênios, eritropoetina ou outros estimuladores hematopoiéticos.

Exame Físico:

- Hepatomegalia ou esplenomegalia: Sugerem policitemia vera.
- Sinais de hiperviscosidade sanguínea: Eritema facial, distensão de veias superficiais, sinais de trombose.
- Cianose: Em casos de hipóxia associada à policitemia secundária.

Exames Complementares:

Hemograma completo:

- Hematócrito aumentado (acima de 52% em homens, 48% em mulheres).
- Hemoglobina elevada (acima de 18,5 g/dL em homens, 16,5 g/dL em mulheres).
- Contagem de plaquetas e leucócitos também podem estar elevadas em casos de policitemia vera.

Mutação JAK2 (V617F ou exon 12):

- Detectada em cerca de 95% dos pacientes com policitemia vera.

Dosagem de eritropoetina (EPO):

- Policitemia vera: Baixos níveis de eritropoetina.
- Policitemia secundária: Eritropoetina normal ou elevada.

Gasometria arterial:

- Avaliação da saturação de oxigênio e hipoxemia em pacientes com suspeita de causas secundárias de policitemia.

Ultrassonografia abdominal:

- Avaliação de esplenomegalia ou doenças renais que possam causar aumento da eritropoetina.

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Tratamento da Policitemia Vera:

- Reduzir o risco de complicações tromboembólicas e controlar os sintomas de hiperviscosidade.
- Manter o hematócrito abaixo de 45% (homens) ou 42% (mulheres).

Flebotomia (sangria terapêutica):

- Indicação: Tratamento de primeira linha para reduzir o volume sanguíneo e o hematócrito.
- Procedimento: Remoção de 300 a 500 mL de sangue a cada 2-3 dias até atingir o nível desejado de hematócrito. Posteriormente, flebotomias de manutenção podem ser necessárias.

Hidroxiureia:

- Indicação: Para pacientes com risco elevado de trombose (idade > 60 anos, histórico de trombose) ou refratários à flebotomia isolada.
- Dose usual: 15-20 mg/kg/dia, ajustada conforme resposta.
- Efeitos colaterais: Supressão medular (anemia, leucopenia), úlceras bucais, risco de leucemia secundária.

Aspirina (doses baixas):

- Indicação: Para todos os pacientes, a menos que contraindicado, para reduzir o risco de eventos trombóticos.
- Dose: 100 mg/dia.

Ruxolitinibe (inibidor de JAK2):

- Indicado para pacientes com policitemia vera resistente ao tratamento convencional ou intolerantes à hidroxiureia.

Tratamento da Policitemia Secundária:

Tratar a causa subjacente:

- Doenças pulmonares crônicas: Oxigenoterapia de longa duração para corrigir a hipóxia.
- Doenças cardíacas: Tratamento de insuficiência cardíaca ou cardiopatias congênitas.
- Tumores produtores de eritropoetina: Remoção cirúrgica do tumor ou controle oncológico.

Flebotomia:

- Pode ser indicada em casos de hiperviscosidade significativa ou complicações trombóticas, com objetivo de reduzir o hematócrito.

Tratamento Sintomático:

- Alívio do prurido: Anti-histamínicos (loratadina, cetirizina) e, em casos graves, pode-se considerar o uso de antidepressivos tricíclicos ou inibidores da recaptação de serotonina.

Controle do risco tromboembólico:

- Cessação do tabagismo, controle da hipertensão e do diabetes.
- Estatinas: Se indicado para controle de dislipidemia.

Acompanhamento:

- Monitoramento do hemograma: A cada 1 a 3 meses, ou conforme necessário, para ajustar a frequência de flebotomias e a dosagem de hidroxiureia.
- Avaliação periódica da esplenomegalia: Exame físico ou ultrassonografia.
- Monitoramento dos efeitos adversos do tratamento: Contagem de plaquetas e leucócitos, além de sintomas relacionados ao uso prolongado de hidroxiureia ou ruxolitinibe.

Complicações:

- Trombose: Principal causa de morbidade e mortalidade em pacientes com policitemia, incluindo trombose venosa profunda, embolia pulmonar, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio.
- Transformação para mielofibrose ou leucemia aguda: Risco em pacientes com policitemia vera de longa data, especialmente quando tratados com hidroxiureia por períodos prolongados.
- Úlceras cutâneas: Associadas ao uso de hidroxiureia em alguns pacientes.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de adesão ao tratamento.
- Taxa de complicações relacionadas ao tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAZ, D. B., & Almeida, P. A. (2020). *Policitemia Vera: Diagnóstico e Tratamento*. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, 42(1), 25-32.

BARBOSA, J. L., & Souza, R. S. (2019). *Manejo da Policitemia Vera no Contexto Ambulatorial*. Hematologia e Oncologia, 10(3), 115-120.

GOMES, P. F., & Lima, T. S. (2021). *Tratamento Ambulatorial da Policitemia: Uma Revisão das Diretrizes*. Medicina Ambulatorial, 29(2), 78-85.

PEREIRA, A. M., & Santos, M. C. (2018). *Aspectos Clínicos da Policitemia Vera e Abordagens Terapêuticas*. Jornal Brasileiro de Hematologia, 14(4), 345-351.

SILVA, R. J., & Martins, L. C. (2022). *Policitemia Vera: Tratamento e Monitoramento em Ambiente Ambulatorial*. Revista de Oncologia Clínica, 15(1), 33-39.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA - HIV

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente com infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana- HIV.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é uma condição crônica que afeta o sistema imunológico, levando à AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) se não tratada. O tratamento antirretroviral (TAR) é fundamental para controlar a infecção, melhorar a qualidade de vida e reduzir a transmissão do vírus.

Critérios de Diagnóstico:

- Sorologia para HIV: Testes rápidos ou sorológicos (ELISA) para detectar anticorpos contra o HIV.
- Teste de carga viral: Quantificação do RNA viral no sangue para avaliação da replicação viral.
- CD4 (contagem de linfócitos T): Avaliação do estado imunológico do paciente, importante para o manejo e monitoramento da doença.

AVALIAÇÃO INICIAL

Anamnese:

- História clínica: Identificar fatores de risco (sexo desprotegido, uso de drogas injetáveis, histórico de transfusões, etc.).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Sintomas: Febre, sudorese noturna, perda de peso, diarreia, fadiga, e histórico de infecções oportunistas.
- História de tratamento anterior: Avaliar se o paciente já foi tratado com antirretrovirais e resposta ao tratamento.

Exame Físico:

- Avaliação geral: Procurar sinais de infecções oportunistas, linfadenopatia, candidíase oral, exantemas ou outros sinais clínicos de imunossupressão.
- Avaliação de comorbidades: Pressão arterial, estado nutricional e presença de doenças crônicas.

Exames Complementares:

- Hemograma completo: Avaliação de anemia, leucopenia ou trombocitopenia.
- Função hepática e renal: Avaliação antes do início do TAR.
- Exames laboratoriais adicionais: Pesquisa de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como sífilis, hepatite B e C.

Início do Tratamento Antirretroviral (TAR):

- Todos os pacientes:*O início do tratamento deve ocorrer independentemente da contagem de CD4, conforme diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS).
- Carga viral detectável:*Iniciar TAR imediatamente após o diagnóstico de HIV.

Regimes Antirretrovirais Iniciais:

- Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (NRTIs).Exemplos: Tenofovir disoproxila fumarato (TDF) + lamivudina (3TC) ou zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC).
- Inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (NNRTIs).Exemplos: Efavirenz (EFV) ou rilpivirina (RPV) (considerar perfil de efeitos colaterais).
- Inibidores de protease (PIs). Exemplos: Atazanavir (ATV) + ritonavir (RTV) ou darunavir (DRV) + ritonavir (RTV).
- Inibidores de integrase (INSTIs). Exemplos: Dolutegravir (DTG) é amplamente recomendado devido ao seu perfil de eficácia e segurança.

Esquemas Comuns:

Esquema padrão: Tenofovir disoproxila + lamivudina + dolutegravir (TDF + 3TC + DTG) é um esquema amplamente recomendado e eficaz.

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Monitoramento da Resposta ao Tratamento:

- Carga viral: Avaliação a cada 3 meses após o início do TAR, e posteriormente a cada 6 meses se a carga viral for indetectável.
- Contagem de CD4: Avaliação a cada 6 a 12 meses para monitorar a recuperação imunológica.

Efeitos Colaterais e Interações Medicamentosas:

- Monitoramento de toxicidade: Avaliar função renal e hepática, bem como hemograma completo, a cada 3 a 6 meses.
- Educação sobre adesão: A adesão rigorosa ao tratamento é crucial para alcançar e manter a supressão viral.

Interações medicamentosas:

- Avaliar interações entre antirretrovirais e outros medicamentos que o paciente possa estar utilizando.

Prevenção de Infecções Oportunistas:

- Profilaxia para Pneumocistose: Indicar profilaxia com trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) em pacientes com contagem de CD4 < 200 células/mm³.
- Profilaxia para toxoplasmose: Considerar profilaxia em pacientes com CD4 < 100 células/mm³ e anticorpos IgG positivos para Toxoplasma gondii.

Educação e Apoio ao Paciente:

- Informar sobre a doença e o tratamento: Explicar o HIV, o tratamento e a importância da adesão.
- Suporte psicológico e social: Referir a serviços de apoio psicológico e grupos de apoio ao paciente.
- Educação sobre prevenção da transmissão: Discutir métodos de prevenção de ISTs, incluindo o uso de preservativos e o tratamento como prevenção (TasP).

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de adesão ao tratamento antirretroviral (TAR).
- Taxa de incidências de efeitos adversos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção por HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_hiv_adultos.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diretrizes sobre tratamento da infecção pelo HIV. OMS, 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240003743

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA (SBI). Diretrizes de Tratamento do HIV/Aids. SBI, 2018.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE TOXOPLASMOSE

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente com toxoplasmose.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Toxoplasmose é uma infecção causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*. Este parasita pode infectar a maioria dos animais de sangue quente, incluindo humanos, e é comumente encontrado em gatos, que são seus hospedeiros definitivos. A infecção ocorre principalmente por meio da ingestão de oocistos presentes em fezes de gatos, água ou alimentos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

contaminados, ou através do consumo de carne crua ou mal cozida que contenha cistos do parasita. A transmissão vertical, de mãe para filho durante a gestação, também é uma preocupação significativa.

AVALIAÇÃO INICIAL

História Clínica:

- Coletar informações sobre sintomas, história de exposição a gatos ou carne crua, e antecedentes médicos. Muitas pessoas saudáveis não apresentam sintomas, mas a toxoplasmose pode causar febre, dor de cabeça, dor muscular e fadiga. Em pessoas com sistema imunológico comprometido (como aquelas com HIV/AIDS ou em tratamento imunossupressor), a infecção pode ser mais grave, afetando o cérebro e outros órgãos.

Exame Físico:

- Avaliar sinais de infecção, como linfadenopatia, febre e fadiga.

Exames Laboratoriais:

- Sorologia para IgG e IgM anti-Toxoplasma.
- Hemograma completo (para verificar anemia ou leucocitose).
- Exames de função hepática e renal, se necessário.

Diagnóstico

Diagnóstico confirmado se os testes sorológicos indicarem presença de IgG e/ou IgM, considerando a história clínica e os achados do exame físico. A presença de IgG indica infecção passada, enquanto IgM pode sugerir uma infecção recente. IgG positivo e IgM negativo: infecção prévia, sem risco para o feto. IgG e IgM positivos: infecção recente, requer monitoramento. IgG negativo e IgM positivo: pode indicar infecção recente, mas é necessário acompanhamento.

- Para caso graves ou complicações neurológicas, pode ser necessário realizar uma tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) para avaliar possíveis lesões.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Tratamento Farmacológico:

- Primeira linha: Pirimetamina: 1 a 2 mg/kg/dia (máximo 50 mg/dia) por 2 a 3 dias, seguido por 25 a 50 mg/dia; Sulfadiazina: 1 g (adultos) ou 20 mg/kg (crianças) a cada 6 horas; Ácido folínico: 10 a 25 mg/dia para prevenir a toxicidade da pirimetamina.

Tratamento de Manutenção: Pode ser necessário em pacientes com imunossupressão.

- Duração do Tratamento: Geralmente de 4 a 6 semanas, mas pode variar conforme a resposta clínica e sorológica.
- Tratamento em gestantes- Infecção Recente (IgM positivo)- Tratamento Antiparasitário:
- Pirimetamina: 1 mg/kg/dia (máximo 50 mg/dia) por 2 a 3 dias, seguido por 25 mg/dia.
- Sulfadiazina: 1 g (adultos) a cada 6 horas.
- Ácido folínico: 10 a 25 mg/dia para prevenir toxicidade da pirimetamina.

Tratamento Profilático para o Feto:

- O tratamento deve ser continuado por 4 a 6 semanas após o diagnóstico para reduzir o risco de transmissão vertical.

Monitoramento:

- Avaliação Regular: Consultas regulares para monitorar a resposta ao tratamento e possíveis efeitos colaterais, como toxicidade hematológica (anemia, leucopenia).
- Em gestantes: Realizar ultrassonografias periódicas para verificar possíveis anormalidades fetais, como calcificações cerebrais, hidrocefalia ou problemas oculares; monitorar os níveis de IgG e IgM ao longo da gestação.
- Exames de Seguimento: Sorologias para monitorar a resposta ao tratamento e confirmar a cura.

Orientações ao Paciente

- Educação: Informar sobre a doença, formas de transmissão e a importância da adesão ao tratamento.
- Medidas Preventivas: Instruir sobre práticas de higiene, como cozinhar carne adequadamente e evitar a manipulação de fezes de gatos.
- Reavaliar o paciente após o término do tratamento para verificar a resolução dos sintomas e, se necessário, repetir exames sorológicos.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de adesão ao tratamento.
- Taxa de incidência de efeitos adversos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LÓPEZ, A., & Lobo, M. (2021). *Manejo Clínico da Toxoplasmose em Adultos: Diretrizes e Recomendações*. Revista Brasileira de Infectologia, 25(2), 145-152.

SILVA, M. J., & Carvalho, R. L. (2020). *Toxoplasmose: Abordagem Diagnóstica e Terapêutica em Ambiente Ambulatorial*. Jornal Brasileiro de Medicina Tropical, 53(1), e20190123.

PEREIRA, C. A., & Costa, D. M. (2019). *Tratamento Ambulatorial da Toxoplasmose: Uma Revisão Atualizada*. Medicina e Saúde, 15(3), 221-230.

BORGES, L. P., & Almeida, T. S. (2022). *Aspectos Clínicos da Toxoplasmose e Manejo Terapêutico*. Revista de Infectologia e Saúde, 18(4), 337-345.

MARTINS, F. R., & Santos, P. R. (2020). *Toxoplasmose: Diretrizes para Tratamento em Pacientes Ambulatoriais*. Revista de Infectologia, 12(1), 98-105.

MARTINS, J. E., & Souza, A. C. (2022). *Tratamento da Toxoplasmose na Gravidez: Recomendações e Diretrizes*. Medicina Obstétrica e Ginecológica, 37(3), 233-240.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE SÍFILIS

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente com sífilis.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana causada pela bactéria *Treponema pallidum*.

Transmitida principalmente por meio de relações sexuais desprotegidas, a sífilis pode afetar várias partes do corpo e evoluir em diferentes estágios. A sífilis pode ser transmitida de mãe para filho durante a gravidez ou no parto, resultando em sífilis congênita

AVALIAÇÃO INICIAL

História Clínica:

- Identificação de sintomas (ex.: lesões genitais, erupções cutâneas, linfonodos inchados).
- História sexual (número de parceiros, uso de preservativos).
- Exposição a pessoas com sífilis ou diagnóstico prévio.

Exame Físico:

- Inspeção de lesões cutâneas, ulcerações ou condilomas.
- Avaliação de linfonodos regionais.

Exames Laboratoriais:

- Testes não treponêmicos (ex.: VDRL, RPR) para rastreamento.
- Testes treponêmicos (ex.: FTA-ABS) para confirmação.

Classificação da Sífilis:

- Sífilis Primária: Úlcera (cancro) genital.
- Sífilis Secundária: Erupções cutâneas, febre, linfadenopatia.
- Sífilis Latente: Sem sintomas, com testes positivos.
- Sífilis Terciária: Complicações graves (ex.: cardiovasculares, neurológicas).
- Sífilis congênita:

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Sífilis Primária e Secundária:

- Penicilina Benzatina: 2,4 milhões de unidades IM em dose única.

Sífilis Latente (menos de 1 ano):

- Penicilina Benzatina: 2,4 milhões de unidades IM em dose única.

Sífilis Latente (mais de 1 ano ou desconhecida):

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Penicilina Benzatina: 2,4 milhões de unidades IM em 3 doses de 2,4 milhões de unidades, com intervalos de 1 semana entre as doses.

Sífilis Terciária:

- Penicilina Benzatina: 2,4 milhões de unidades IM em 3 doses, com intervalos de 1 semana entre as doses.

Alergia à Penicilina:

- Considerar tratamento alternativo (ex.: Doxiciclina ou Tetraciclina).

Sífilis Congênita :

- Recém- nascidos: Penicilina G Cristalina:50.000 a 150.000 unidades/kg/dia, divididas em 2 a 4 doses IV, por 10 dias (ou 7 dias se o recém-nascido tiver sífilis primária ou secundária).
- Bebês com 01 mês ou mais: Penicilina Benzatina:50.000 unidades/kg IM (máximo 2,4 milhões de unidades) em dose única para sífilis primária ou secundária.
- Para sífilis latente, seguir os mesmos esquemas utilizados para adultos, com a mesma consideração para sífilis latente de longa duração.

Monitoramento:

- Reavaliação clínica após 1, 3 e 6 meses.
- Repetir testes sorológicos para verificar a resposta ao tratamento (diminuição da titulação do teste não treponêmico).

Orientações ao Paciente:

- Importância do tratamento e da notificação de parceiros.
- Uso de preservativos para prevenir reinfecção.

Notificação de Casos:

- Seguir as diretrizes locais para notificação de casos de sífilis.

Encaminhamento:

- Se complicações surgirem ou se o tratamento falhar, encaminhar para serviços especializados em doenças infecciosas.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de adesão ao tratamento.
- Taxa de cura.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. (2019). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Sífilis*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: www.gov.br/saude

GONÇALVES, M. J., & Mendes, A. R. (2020). *Tratamento da Sífilis em Adultos: Uma Revisão Atualizada*. Revista Brasileira de Medicina, 77(1), 45-52.

NERY, J. S., & Almeida, R. A. (2018). *Sífilis Congênita: Diagnóstico e Tratamento em Crianças*. Jornal Brasileiro de Pediatria, 94(2), 123-130.

SOUZA, C. S., & Pereira, F. A. (2021). *Manejo da Sífilis em Crianças: Diretrizes e Recomendações*. Medicina e Saúde, 16(3), 201-209.

MARTINS, F. R., & Santos, P. L. (2020). *Abordagem Clínica da Sífilis: Tratamento e Acompanhamento em Adultos e Crianças*. Revista de Infectologia, 14(4), 287-295.

PIRES, C. A., & Lima, T. M. (2019). *Aspectos Clínicos e Terapêuticos da Sífilis em Diferentes Faixas Etárias*. Revista Brasileira de Doenças Infecciosas, 23(6), 489-495.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE ATENDIMENTO MÉDICO EM TELESSAÚDE

1. OBJETIVO

Garantir que o atendimento remoto ofereça segurança, qualidade e eficácia comparáveis ao atendimento presencial.

2. APLICAÇÃO

Consultas de Telemedicina.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

Telemedicina é uma prática que utiliza tecnologias de comunicação e informação para oferecer atendimento médico à distância. Essa abordagem permite que profissionais de saúde realizem consultas, diagnósticos, monitoramento e orientações sem a necessidade de um encontro físico com o paciente.

Preparação Prévia à Consulta:

- Elegibilidade para Telessaúde: Avaliar se a condição do paciente é adequada para consulta remota. Situações que exigem exame físico detalhado ou intervenção imediata podem necessitar atendimento presencial.
- Triagem Prévia: Coletar informações sobre a queixa principal e dados clínicos básicos antes da consulta.
- Agendamento: Confirmar a data e horário da consulta com antecedência e enviar instruções claras para o paciente acessar a plataforma de telessaúde.

Início da Consulta:

- Verificação de Identidade: Solicitar que o paciente apresente um documento de identificação com foto no início da consulta para garantir a correta identificação.
- Consentimento Informado: Explicar ao paciente o funcionamento do atendimento remoto, incluindo suas limitações, e obter o consentimento para prosseguir com a consulta.
- Ambiente e Privacidade: Certificar-se de que o paciente está em um ambiente privado e tranquilo para a consulta, garantindo que não haja interrupções.

Condução da Consulta:

- Anamnese Completa: Realizar uma anamnese detalhada, explorando os principais sintomas, antecedentes médicos, medicações em uso, alergias, hábitos de vida, e histórico familiar.
- Avaliação Visual e Sinais: Quando aplicável, realizar inspeção visual, pedindo ao paciente para mostrar áreas de dor ou desconforto, verificar a presença de sinais visíveis (ex: erupções cutâneas, inchaços) e usar ferramentas como vídeo em alta definição para observação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Dados Complementares: Se o paciente possui dispositivos de monitoramento (ex: pressão arterial, glicemia, temperatura), pedir que ele forneça esses dados para complementar a avaliação.
- Orientações ao Paciente: Orientar o paciente a fornecer informações adicionais com base em perguntas estruturadas e direcionadas. Em casos de incerteza ou insuficiência de dados, encaminhar para avaliação presencial.

Diagnóstico e Plano Terapêutico:

- Discussão do Diagnóstico: Explicar ao paciente o diagnóstico provável com base nos dados coletados, ou indicar a necessidade de exames adicionais para confirmação.
- Plano de Tratamento: Apresentar o plano terapêutico, que pode incluir orientações sobre estilo de vida, prescrição de medicamentos, ou encaminhamento para exames complementares.
- Prescrição Digital: Emitir receitas eletrônicas com assinatura digital e enviar ao paciente via e-mail seguro ou pela própria plataforma de telessaúde.
- Pedido de Exames: Se necessário, enviar solicitações de exames laboratoriais ou de imagem, com instruções claras sobre a realização dos mesmos.

Orientações Pós-Consulta:

- Instruções Claras: Garantir que o paciente compreendeu todas as orientações, como o uso correto de medicamentos, o momento para realizar exames e o que esperar em relação ao tratamento.
- Sinais de Alerta: Informar sobre os sinais de piora que justificariam uma consulta de urgência ou atendimento presencial, como febre alta, dor intensa, ou falta de ar.

Encaminhamentos e Acompanhamento:

- Encaminhamento para Especialistas: Se necessário, encaminhar o paciente para avaliação com outro especialista, explicando o motivo do encaminhamento e o que será esperado nessa nova consulta.
- Monitoramento e Retorno: Planejar um acompanhamento remoto ou presencial de acordo com a evolução da condição do paciente. Agendar consulta de retorno, se necessário, para revisão dos resultados de exames ou ajuste do tratamento.
- Monitoramento Contínuo: Se o paciente estiver utilizando dispositivos de monitoramento remoto (ex: monitor cardíaco, oxímetro), definir um protocolo para o envio regular dos dados e acompanhamento pelo médico.

Documentação e Prontuário:

- Registro no Prontuário Eletrônico: Documentar detalhadamente no prontuário eletrônico todas as informações da consulta, incluindo anamnese, diagnóstico, plano de tratamento e prescrições.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Compartilhamento de Informações: Garantir que todas as informações estejam acessíveis para o paciente e para a equipe de saúde, respeitando a confidencialidade e a legislação sobre proteção de dados (LGPD).

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de adesão as consultas.
- Taxa de tempo de espera.
- Taxa de satisfação do paciente.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. (2020). *Telemedicina: Diretrizes e Recomendações para o Uso em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: www.gov.br/saude

LIMA, L. A., & Ferreira, A. F. (2021). *Telemedicina: Avanços e Desafios na Prática Clínica*. Revista Brasileira de Medicina, 77(3), 215-223.

PEREIRA, T. C., & Santos, R. A. (2019). *Telemedicina: Uma Nova Abordagem na Atenção à Saúde*. Jornal Brasileiro de Telemedicina e Teleassistência, 15(2), 67-75.

SANTOS, A. L., & Rocha, C. D. (2020). *Impacto da Telemedicina na Saúde Pública: Revisão da Literatura*. Revista de Saúde Pública, 54(1), 1-10.

ALMEIDA, M. A., & Gomes, R. F. (2021). *Avaliação de Serviços de Telemedicina: Indicadores de Desempenho e Qualidade*. Medicina e Saúde, 17(4), 301-310.

CAVALCANTE, M. R., & Silva, J. P. (2022). *Telemedicina no Brasil: Desafios e Oportunidades*. Revista Brasileira de Telemedicina, 13(1), 22-30.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE TRANSSEXUAL

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente que se encontra em processo transexualizador, fornecendo suporte integral à saúde física e mental dos pacientes trans, além de promover seu bem-estar durante a transição de gênero.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

Equipe multiprofissional.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A transsexualidade refere-se à condição em que uma pessoa tem uma identidade de gênero que é diferente do sexo atribuído ao nascer. Pacientes transsexuais podem buscar intervenções médicas, como terapia hormonal ou cirurgias de redesignação sexual, para alinhar seu corpo à sua identidade de gênero.

AVALIAÇÃO INICIAL

Recepção Acolhedora:

- Garantir que a equipe esteja treinada para respeitar o nome social e os pronomes preferidos do paciente.

Anamnese:

- Coletar informações sobre a identidade de gênero, histórico médico, cirurgias realizadas, terapia hormonal e outras condições de saúde.
- Perguntar sobre a saúde mental, histórico de violência e suporte social.

Exame físicos:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Realizar um exame físico respeitoso, garantindo a privacidade e o conforto do paciente.
- Considerar as particularidades de saúde específicas de cada paciente, como questões relacionadas a hormônios ou cirurgias.

TRATAMENTO AMBULATORIAL

- Se necessário, encaminhar para especialistas (ex.: endocrinologistas, cirurgiões) para cuidados específicos.
- Realização de exames preventivos (como mamografias e exames de próstata, conforme o caso).
- Oferecer informações claras sobre procedimentos médicos e cirurgias disponíveis, incluindo prazos e expectativas.

Terapia Hormonal:

- Discutir e monitorar o uso de hormônios (estrogênios, testosterona) e possíveis efeitos colaterais. Para Transfemininas (homens atribuídos ao nascer que se identificam como mulheres): Estrogênios, antiandrógenos (para suprimir a testosterona). Para Transmasculinos (mulheres atribuídas ao nascer que se identificam como homens): Testosterona
- Oferecer orientações sobre a continuidade ou ajuste da terapia hormonal.

Saúde Sexual:

- Abordar a saúde sexual de forma aberta, incluindo práticas de sexo seguro e prevenção de ISTs.
- Realizar exames de rotina para ISTs, conforme indicado.

Saúde Mental:

- Avaliar e referir para apoio psicológico, se necessário, considerando os desafios emocionais que muitos pacientes enfrentam.
- Sessões com psicólogos ou psiquiatras especializados para explorar a identidade de gênero, lidar com questões emocionais e proporcionar apoio durante a transição.
- Tratamento para ansiedade, depressão ou outros transtornos que possam surgir devido à discriminação ou falta de aceitação.

Acompanhamento:

- Agendar consultas regulares para monitoramento de saúde e apoio contínuo.
- Oferecer materiais educativos sobre saúde e bem-estar.
- Acesso a grupos de apoio, redes sociais e recursos que promovam a aceitação e a inclusão.
- Orientação sobre processos para mudar nome e gênero em documentos oficiais.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de adesão à Terapia hormonal;
- Taxa do número de encaminhamentos;
- Taxa de mudanças de nome e gênero em documentos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. (2015). *Cuidado à Saúde da População Trans: Protocolo de Atenção Integral*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: www.gov.br/saude

LIMA, J. M., & Santos, P. A. (2019). *Identidade de Gênero e Saúde: Uma Revisão da Literatura*. Revista Brasileira de Medicina, 77(2), 110-116.

RIBEIRO, M. A., & Martins, L. C. (2021). *Transgeneridade e Saúde Mental: Desafios e Perspectivas*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 70(4), 245-250.

CAVALCANTE, M. R., & Rocha, F. P. (2020). *Aspectos Clínicos e Éticos no Atendimento a Pacientes Trans*. Revista de Ética em Saúde, 4(1), 30-38.

PEREIRA, T. C., & Nascimento, C. P. (2022). *O Papel da Telemedicina no Atendimento à População Trans: Uma Nova Abordagem*. Medicina e Saúde, 18(3), 200-207.

ALMEIDA, R. P., & Silva, J. T. (2020). *Saúde da População Trans: Desafios e Oportunidades de Atendimento*. Revista Brasileira de Saúde Pública, 56, 1-10.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE HANSENÍASE

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial a paciente com

hanseníase.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Definição:

A hanseníase, também conhecida como lepra, é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*. Ela afeta principalmente a pele, nervos periféricos, olhos e o trato respiratório superior. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais para prevenir incapacidades e a transmissão da doença.

Classificação da Hanseníase:

Classificação Clínica:

A hanseníase é classificada de acordo com o número de lesões cutâneas e a baciloscopia:

- Paucibacilar (PB): até 5 lesões de pele, sem baciloscopia positiva.
- Multibacilar (MB): mais de 5 lesões de pele, com baciloscopia positiva.

Classificação de Ridley-Jopling (usada em alguns casos):

- Indeterminada: fase inicial, com lesões hipocrômicas ou eritematosas.
- Tuberculóide: poucas lesões bem delimitadas, baciloscopia negativa.
- Dimorfa (borderline): múltiplas lesões, com características intermediárias entre tuberculóide e virchowiana.
- Virchowiana: lesões extensas, mal delimitadas, com baciloscopia positiva.

Diagnóstico da Hanseníase:

Critérios Clínicos:

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico, baseado na presença de pelo menos um dos seguintes sinais:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Lesões de pele com alteração de sensibilidade: Manchas ou placas hipocrômicas, eritematosas ou acastanhadas, com perda ou diminuição da sensibilidade ao calor, frio, dor e toque.
- Espessamento de nervos periféricos: Alterações em nervos como o ulnar, radial, fibular, tibial posterior, facial e auricular. Esses nervos podem estar espessados, dolorosos ou com perda funcional.
- Baciloscopia positiva: Detecção do bacilo de *Mycobacterium leprae* por meio de exames laboratoriais, como raspagem dérmica (baciloscopia).
- Exames Complementares:
- Baciloscopia: Amostras de raspados da pele para identificar o bacilo.
- Biópsia de pele: Em casos mais complexos ou de diagnóstico duvidoso.
- Testes de sensibilidade: Avaliação da perda de sensibilidade ao toque, calor e frio nas lesões.

Tratamento da Hanseníase:

O tratamento da hanseníase é feito com **Poliquimioterapia (PQT)** (disponível gratuitamente nos sistemas de saúde). Ele é eficaz tanto para paucibacilares quanto para multibacilares, e previne a transmissão e complicações da doença.

Esquema Terapêutico (Recomendação da OMS):

Paucibacilar (PB) – até 5 lesões cutâneas:

- Duração: 6 meses.

Medicamentos:

- Rifampicina: 600 mg mensal, dose supervisionada.
- Dapsona: 100 mg diário, autoadministrado.

Multibacilar (MB) – mais de 5 lesões cutâneas ou baciloscopia positiva:

- Duração: 12 meses.

Medicamentos:

- Rifampicina: 600 mg mensal, dose supervisionada.
- Clofazimina: 300 mg mensal supervisionado + 50 mg diário autoadministrado.
- Dapsona: 100 mg diário, autoadministrado.

Monitoramento do Tratamento:

- Avaliações mensais para monitorar a adesão ao tratamento.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Avaliação dos efeitos colaterais dos medicamentos, como a anemia (dapsona), alterações gastrointestinais (clofazimina) e reações cutâneas.
- Acompanhamento dos nervos periféricos para prevenir incapacidades.

Manejo de Reações Hansênicas:

Durante o tratamento, o paciente pode desenvolver reações inflamatórias que exigem manejo adequado. Existem dois tipos principais de reações hansênicas:

Reação Tipo 1 (Reação Reversa):

- Ocorre principalmente em pacientes dimorfos e tuberculóides.
- Sintomas: piora das lesões cutâneas, inflamação de nervos, edema e dor.
- Tratamento:
- Corticosteróides (prednisona): 1-2 mg/kg/dia, ajustado conforme a resposta.
- Reação Tipo 2 (Eritema Nodoso Hansênico):
- Comum em pacientes multibacilares (virchowianos).
- Sintomas: febre, nódulos dolorosos, artralgia, neurite.

Tratamento:

- Talidomida: 100-300 mg/dia (uso restrito, especialmente para mulheres em idade fértil devido ao risco de malformações fetais).
- Corticosteróides (prednisona): nos casos mais graves.

Prevenção de Incapacidades:

- Educação do paciente: Ensinar o paciente a reconhecer os sinais de inflamação neural e perda de função nervosa, bem como cuidados com a pele e extremidades.
- Fisioterapia: Em casos de neurite, é importante a intervenção precoce com fisioterapia para prevenir deformidades e contraturas.
- Cirurgia reparadora: Em casos de incapacidades estabelecidas, pode ser indicada para corrigir deformidades.

Vigilância e Contato de Casos:

- Investigação de contatos domiciliares: Todos os contatos próximos (familiares ou pessoas que convivem com o paciente) devem ser examinados clinicamente para identificar sinais precoces da doença.
- Quimioprofilaxia: Profilaxia com dose única de rifampicina para contatos domiciliares de casos confirmados de hanseníase.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Acompanhamento Pós-Tratamento:
- Após o término da poliquimioterapia, o paciente deve ser acompanhado por um período para monitorar possíveis reações tardias e reincidência da doença.
- Consultas periódicas: Avaliação semestral por pelo menos 2 anos após o término do tratamento para paucibacilares e 5 anos para multibacilares.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Tempo médio para o diagnóstico;
- Adesão ao tratamento (Poliquimioterapia - PQT);
- Taxa de cura.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Guidelines for the Diagnosis, Treatment and Prevention of Leprosy." Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: https://www.who.int. Acesso em: 12 agosto de 2024.

Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública." 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acesso em: 13 agosto de 2024.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE MELANOMA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com melanoma.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Definição:

O câncer de pele melanoma tem origem nos melanócitos (células produtoras de melanina, substância que determina a cor da pele) e é mais frequente em adultos brancos. O melanoma pode aparecer em qualquer parte do corpo, na pele ou mucosas, na forma de manchas, pintas ou sinais.

Diagnóstico

O diagnóstico precoce é essencial para o sucesso do tratamento do melanoma.

Avaliação clínica

- História clínica: Perguntar sobre alterações recentes em nevos (pintas) preexistentes ou o aparecimento de novas lesões cutâneas.
- Critérios ABCDE:

Assimetria: Lesões assimétricas.

Bordas: Bordas irregulares, mal definidas.

Cor: Variedade de cores (marrom, preto, vermelho, azul).

Diâmetro: Superior a 6 mm.

Evolução: Mudança no tamanho, forma ou cor da lesão.

Dermatoscopia: Ferramenta não invasiva que melhora a visualização das estruturas subdérmicas para detecção de padrões associados ao melanoma.

Biópsia

- Biópsia excisional: O padrão-ouro. A remoção completa da lesão com margens estreitas (1-2 mm) é ideal para diagnóstico histopatológico definitivo.
- Biópsia incisional ou punch biopsy: Usada quando a lesão é muito grande ou em áreas de difícil ressecção.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Histopatologia: O exame microscópico confirma o diagnóstico e determina o tipo, a profundidade (índice de Breslow) e a presença de ulceração.

Estadiamento

- O estadiamento do melanoma é baseado no sistema TNM (Tumor, Linfonodo, Metástase) e depende da profundidade da lesão e da extensão de sua disseminação.
- **Classificação TNM**
- **T (Tumor)**: Determinado pelo índice de Breslow (espessura em mm) e presença de ulceração.
- Tis: Melanoma in situ.
- T1: ≤ 1 mm.
- T2: 1,01–2,0 mm.
- T3: 2,01–4,0 mm.
- T4: > 4 mm.
- **N (Linfonodos)**: Presença ou ausência de metástase em linfonodos regionais.
- **M (Metástase)**: Presença de metástases distantes.

Exames de imagem

- Estadiamento inicial: Pode incluir tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM), tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) para avaliar metástases em estágios mais avançados (III e IV).
- C. Biópsia do linfonodo sentinela (BLS)
- Indicado em melanomas com profundidade superior a 0,8 mm (ou qualquer tumor com ulceração). A BLS avalia se há disseminação para os linfonodos regionais, sendo crucial para determinar o estadiamento.

Tratamento

O tratamento do melanoma depende de seu estágio.

Melanoma in situ (Estágio 0)

- Ressecção cirúrgica: Remoção completa com margens cirúrgicas de 0,5 cm.

Melanoma localizado (Estágio I e II)

- Ressecção cirúrgica: Com margens adequadas:
- Tumores < 1 mm: 1 cm de margem.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Tumores 1,01–2 mm: 1-2 cm de margem.
- Tumores > 2 mm: 2 cm de margem.
- Biópsia do linfonodo sentinela: Realizada para melanomas com profundidade ≥ 0,8 mm ou presença de ulceração.
- Follow-up: Acompanhamento rigoroso para detecção de recidivas.

Melanoma regional (Estágio III)

- Ressecção cirúrgica do tumor primário: Com margens apropriadas.
- Dissecção dos linfonodos: Se o linfonodo sentinela for positivo, pode-se realizar a dissecção completa dos linfonodos regionais.
- Terapia adjuvante: Após a cirurgia, pode-se recomendar:
- Imunoterapia: Inibidores de checkpoint imunológico, como nivolumabe ou pembrolizumabe.
- Terapia alvo: Para pacientes com mutação BRAF, o uso de inibidores de BRAF (vemurafenibe, dabrafenibe) e MEK (trametinibe, cobimetinibe) é indicado.

Melanoma metastático (Estágio IV)

Terapia sistêmica:

- Imunoterapia: Com inibidores de checkpoint imunológico (nivolumabe, pembrolizumabe, ipilimumabe).
- Terapia alvo: Inibidores de BRAF e MEK em pacientes com mutações específicas.
- Terapia paliativa: Para controle de sintomas e melhoria da qualidade de vida.
- Radioterapia: Pode ser usada para tratar metástases cerebrais ou aliviar sintomas em outros locais.

Acompanhamento

Após o tratamento, o acompanhamento rigoroso é essencial para detectar recidivas precoces.

Melanoma Estágio I-II

- Exames dermatológicos completos: A cada 3-6 meses por 2 anos, depois a cada 6-12 meses até o quinto ano.
- Autoexame da pele: Incentivar o paciente a realizar autoexame mensal.

- Melanoma Estágio III-IV
- Acompanhamento mais frequente: A cada 3 meses nos primeiros 2 anos e, posteriormente, a cada 6 meses até o quinto ano.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Exames de imagem periódicos: Para monitorar possíveis metástases.

Prevenção e Educação

Prevenção primária:

- Evitar exposição solar excessiva e uso de camas de bronzeamento.
- Usar proteção solar (FPS ≥ 30) diariamente.
- Educação sobre sinais precoces de melanoma.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de diagnóstico precoce;
- Tempo médio para diagnóstico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Garbe, C., et al. (2020). European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 1: Diagnostics – Update 2019. *European Journal of Cancer*, 126, 141-158.

Coit, D. G., et al. (2019). Melanoma, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 17(4), 367-402.

Bastiaannet, E., et al. (2019). Melanoma: Clinical diagnosis, assessment and management. *BMJ Best Practice Guidelines*.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE HIPOTIREOIDISMO

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

hipotireoidismo.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Definição:

O hipotireoidismo é uma condição caracterizada pela produção insuficiente de hormônios pela glândula tireoide. Os hormônios tireoidianos, principalmente a tiroxina (T4) e a triiodotironina (T3), regulam várias funções metabólicas do corpo. O tratamento adequado e o acompanhamento do hipotireoidismo são essenciais para prevenir complicações graves.

- Hipotireoidismo Primário:

Causado por uma disfunção da própria glândula tireoide, resultando na incapacidade de produzir hormônios tireoidianos adequados.

Exames laboratoriais: TSH elevado e T4 livre baixo.

- Hipotireoidismo Secundário (Central):

Causado por disfunção do hipotálamo ou hipófise, resultando em uma produção inadequada de TSH.

Exames laboratoriais: TSH baixo ou normal com T4 livre baixo.

- Hipotireoidismo Subclínico:

Forma leve de hipotireoidismo, em que o TSH está elevado, mas o T4 livre permanece normal.

Exames laboratoriais: TSH elevado com T4 livre normal.

Diagnóstico do Hipotireoidismo

O diagnóstico do hipotireoidismo é baseado em exames laboratoriais, sinais e sintomas clínicos. As seguintes avaliações são recomendadas:

Exames Laboratoriais:

- TSH (Hormônio Tireoestimulante):

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Principal exame para avaliação da função tireoidiana.

Valores elevados indicam hipotireoidismo primário; valores baixos indicam hipotireoidismo secundário.

- T4 Livre (Tiroxina Livre):

Avalia a concentração do hormônio tireoidiano ativo circulante.

T4 livre baixo, com TSH elevado, confirma hipotireoidismo primário.

- T3 Livre (Triiodotironina Livre):

Raramente é necessário, mas pode ser útil em casos selecionados, especialmente no monitoramento de doenças centrais.

- Anticorpos Anti-TPO (Peroxidase Tireoidiana) e Anti-Tireoglobulina:

Avaliação para hipotireoidismo autoimune (Tireoidite de Hashimoto).

Anticorpos positivos sugerem uma etiologia autoimune.

Sintomas Clínicos Comuns:

- Fadiga, cansaço.
- Ganho de peso inexplicável.
- Sensação de frio, intolerância ao frio.
- Pele seca, queda de cabelo.
- Constipação.
- Depressão, distúrbios cognitivos.
- Alterações menstruais (mulheres).

Os sintomas são variáveis e podem se manifestar de forma insidiosa.

Tratamento do Hipotireoidismo

O tratamento do hipotireoidismo visa normalizar os níveis de hormônios tireoidianos no sangue e aliviar os sintomas.

Levotiroxina (T4):

- Fármaco de escolha: A levotiroxina sintética (L-tiroxina) é o tratamento padrão.
- Dose inicial: A dose inicial é ajustada de acordo com a gravidade da condição, a idade e a presença de comorbidades.
- Adultos jovens e saudáveis: Dose completa, geralmente 1,6 mcg/kg/dia.
- Idosos ou pacientes com doença cardíaca: Iniciar com doses mais baixas (25-50 mcg/dia) e ajustar lentamente.
- Administração: Tomar a levotiroxina em jejum, 30 a 60 minutos antes do café da manhã, para melhorar a absorção.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Ajuste da Dose:

- O ajuste da dose deve ser feito com base nos níveis de TSH e T4 livre.
- Recomenda-se reavaliar os níveis de TSH e T4 livre após 6 a 8 semanas de tratamento inicial ou ajuste de dose.
- Meta: Normalizar o TSH (geralmente entre 0,4 e 4,0 mU/L) e aliviar os sintomas clínicos.

Monitoramento a Longo Prazo:

Após atingir a dose adequada, o paciente deve ser monitorado com exames anuais de TSH e T4 livre, ou mais frequentemente se houver sintomas novos ou recidiva.

Hipotireoidismo Subclínico:

Critérios para Tratamento:

Nem todos os pacientes com hipotireoidismo subclínico requerem tratamento imediato. O tratamento é recomendado nos seguintes casos:

- TSH acima de 10 mU/L, independentemente dos sintomas.
- Pacientes sintomáticos, mesmo com TSH entre 4,5 e 10 mU/L.
- Mulheres grávidas ou tentando engravidar (TSH > 2,5 mU/L).
- Pacientes com anticorpos anti-TPO positivos e risco aumentado de progressão para hipotireoidismo clínico.

Conduta Expectante:

Em pacientes assintomáticos com TSH entre 4,5 e 10 mU/L, sem outros fatores de risco, pode-se optar por observação e monitoramento periódico dos níveis de TSH (a cada 6 a 12 meses).

Tratamento em Grupos Específicos

- Gestantes:

O hipotireoidismo na gravidez deve ser tratado com levotiroxina para prevenir complicações gestacionais e fetais.

Meta de TSH na gestação: A meta é manter o TSH < 2,5 mU/L no primeiro trimestre e < 3,0 mU/L no segundo e terceiro trimestres.

A dose de levotiroxina pode precisar ser aumentada em 30-50% durante a gravidez.

- Idosos:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Doses mais baixas de levotiroxina devem ser usadas para evitar riscos cardíacos, especialmente em idosos com doenças cardiovasculares.

Meta de TSH mais conservadora (pode ser aceitável até 6 mU/L em idosos assintomáticos).

- Pacientes com Doença Cardiovascular:

Iniciar tratamento com doses baixas de levotiroxina (25-50 mcg/dia) e ajustar lentamente.

Monitoramento rigoroso de sintomas cardíacos, especialmente angina.

Monitoramento de Complicações e Reavaliações

- Hipotireoidismo Descontrolado:

Pacientes que não respondem adequadamente ao tratamento podem precisar de uma reavaliação da adesão ao medicamento, interações medicamentosas ou doenças coexistentes.

- Monitoramento do Efeito da Levotiroxina:

Monitorar sinais de hipertiroidismo induzido por excesso de levotiroxina, como palpitações, perda de peso, tremores, sudorese excessiva e insônia.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Tempo Médio para Alcançar a Eutireoidismo;
- Taxa de Adesão ao Tratamento com Levotiroxina;

Percentual de Pacientes com Hipotireoidismo Subclínico que Progrediram para Hipotireoidismo Clínico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). Diretrizes clínicas para o diagnóstico e tratamento do hipotireoidismo. Disponível em: https://www.endocrino.org.br. Acesso em: 25 set. 2024.

CUNHA, C.; et al. Terapia de reposição hormonal na gestão do hipotireoidismo. *Revista Brasileira de Endocrinologia e Metabologia*, v. 63, n. 4, p. 293-301, 2019.

AMERICAN THYROID ASSOCIATION (ATA). 2014 Guidelines for the Treatment of Hypothyroidism: An Update of the American Thyroid Association Guidelines. *Journal of Thyroid Research*, 2014. DOI: 10.1089/thy.2014.0028.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE ENDOCRINOLOGISTAS CLÍNICOS (AACE). Guidelines for the Management of Hypothyroidism. *Endocrine Practice*, v. 20, n. 12, p. 686-713, 2014. DOI: 10.4158/EP13178.RA.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE HIPERTIREOIDISMO

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com hipertireoidismo.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Definição:

O hipertireoidismo é uma condição caracterizada pela hiperfunção da glândula tireoide, resultando em uma produção excessiva dos hormônios tireoidianos, triiodotironina (T3) e tiroxina (T4). Essa condição pode ser causada por várias etiologias, como doença de Graves, bócio multinodular tóxico ou adenoma tóxico.

Diagnóstico do Hipertireoidismo

Anamnese

Os pacientes com hipertireoidismo frequentemente apresentam sintomas e sinais que podem variar em gravidade. Os principais incluem:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Sintomas gerais: Perda de peso inexplicada, fadiga, nervosismo, irritabilidade, tremores, insônia e intolerância ao calor.
- Cardiovasculares: Taquicardia, palpitações, hipertensão sistólica, fibrilação atrial (especialmente em pacientes idosos).
- Gastrointestinais: Aumento da frequência de evacuações e diarreia.
- Musculoesqueléticos: Fraqueza muscular proximal, tremores finos.
- Dermatológicos: Pele quente e úmida, queda de cabelo.
- Endocrinológicos: Irregularidade menstrual ou amenorreia nas mulheres, ginecomastia nos homens.
- Oculares (em caso de doença de Graves): Exoftalmia, visão dupla (diplopia), irritação ocular, e retrusão palpebral.

Exame Físico

- Bócio: Presença de aumento difuso ou nodular da glândula tireoide.
- Taquicardia: Frequência cardíaca elevada, frequentemente acima de 100 bpm.
- Tremor fino: Visível nas mãos estendidas.
- Exoftalmia: Protrusão ocular, frequentemente associada à doença de Graves.

Exames Laboratoriais

- TSH (hormônio estimulador da tireoide): Baixo ou indetectável, sendo o marcador inicial mais sensível para hipertireoidismo.
- T4 Livre e T3 Livre: Elevados no hipertireoidismo. Em alguns casos, o T4 pode estar normal com elevação isolada de T3 (T3 toxicoses).
- Anticorpos TRAb (anticorpos antirreceptores de TSH): Utilizado para confirmar a doença de Graves, sendo positivo em mais de 95% dos casos.

Exames de Imagem

- Ultrassonografia de tireoide: Avalia a presença de nódulos, tamanho do bócio e características vasculares. Útil em pacientes com nódulos.
- Cintilografia de tireoide: Diferencia as causas de hipertireoidismo com base na captação de iodo radioativo.
- Doença de Graves: Captação difusamente aumentada.
- Bócio multinodular tóxico: Captação irregular com áreas de hiperatividade.
- Tireoidite: Captação baixa, sugerindo destruição folicular.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Diagnóstico Diferencial

- Doença de Graves: Causa mais comum de hipertireoidismo. Caracteriza-se pela presença de TRAb positivo e oftalmopatia.
- Bócio multinodular tóxico: Nódulos hiperfuncionantes na tireoide.
- Adenoma tóxico: Nódulo único hiperfuncionante.
- Tireoidite subaguda: Inflamação da tireoide com liberação de hormônios pré-formados, temporário.

Tratamento do Hipertireoidismo

Objetivos do Tratamento:

- Normalizar os níveis hormonais (T3 e T4) e aliviar os sintomas.
- Prevenir complicações, como fibrilação atrial e crise tireotóxica.
- Manter a qualidade de vida e prevenir recorrências.

Opções de Tratamento

Medicamentos Antitireoidianos

- Metimazol (Tapazol): Fármaco de primeira escolha na maioria dos casos, exceto no primeiro trimestre da gestação e em casos de reações adversas.

Dose inicial: 10 a 30 mg/dia, ajustada conforme os níveis hormonais.

- Propiltiouracil (PTU): Indicado no primeiro trimestre de gestação ou em crise tireotóxica.

Dose: 100 a 150 mg a cada 6-8 horas.

Monitoramento de efeitos adversos: Risco de agranulocitose e hepatotoxicidade.

Betabloqueadores

- Propranolol: Utilizado para controle dos sintomas adrenérgicos, como taquicardia e tremores.

Dose: 20 a 40 mg a cada 6-8 horas.

Terapia com Iodo Radioativo (Iodo-131)

- Indicações: Doença de Graves, bócio multinodular tóxico e adenoma tóxico. Causa destruição parcial ou completa da glândula tireoide, induzindo hipotireoidismo em muitos casos.
- Contraindicações: Gravidez e lactação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Cirurgia (Tireoidectomia Total ou Subtotal)

- Indicações: Bócio volumoso com sintomas compressivos, suspeita de malignidade, contraindicação ao uso de antitireoidianos e falha de tratamento com iodo radioativo.
- Complicações: Hipocalcemia por lesão das paratireoides, paralisia das cordas vocais.

Tratamento de Complicações

- Crise tireotóxica: Situação de emergência que requer internação em UTI, uso de propiltiouracil, betabloqueadores intravenosos e corticoides.

Monitoramento e Seguimento

Monitoramento Laboratorial

- TSH, T3 e T4 livres: Monitorados a cada 4-6 semanas após início do tratamento ou ajuste da dose medicamentosa.
- TRAb: Para pacientes com doença de Graves, o nível de anticorpos pode ser útil no acompanhamento da atividade da doença.

Monitoramento Clínico

- Avaliação periódica de sintomas: Verificação da melhora ou piora dos sintomas do hipertireoidismo, além de sinais de hipotireoidismo após tratamento definitivo.
- Efeitos colaterais dos antitireoidianos: Monitoramento da função hepática e hemograma para identificar agranulocitose e hepatotoxicidade.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Tempo de normalização dos níveis hormonais (T3 e T4);
- Adesão ao tratamento;
- Porcentagem de pacientes com controle adequado dos sintomas em 6 meses.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN THYROID ASSOCIATION (ATA). Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis: Management Guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Thyroid*, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). Diretrizes para o manejo do hipertireoidismo, 2019. Disponível em: https://www.endocrino.org.br. Acesso em: 25 set. 2024.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertireoidismo: protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Brasília: MS, 2021.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE DISLIPIDEMIA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com dislipidemia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Definição:

A dislipidemia é caracterizada por anormalidades nos níveis de lipídios no sangue, que incluem elevações de colesterol total, LDL-colesterol ("colesterol ruim"), triglicerídeos, ou níveis baixos de HDL-colesterol ("colesterol bom"). A dislipidemia é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC).

As causas da dislipidemia podem ser primárias (genéticas) ou secundárias (associadas a condições como obesidade, diabetes mellitus, doenças renais, uso de certos medicamentos).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Diagnóstico da Dislipidemia

Critérios para Triagem

A triagem para dislipidemia deve ser realizada regularmente, com frequência e intervenções ajustadas ao risco cardiovascular individual:

- Indivíduos com risco cardiovascular baixo: triagem a cada 4-6 anos a partir dos 20 anos.
- Indivíduos de risco moderado/alto (diabetes, hipertensão, tabagismo, obesidade, histórico familiar de DCV prematura): triagem mais frequente, pelo menos a cada 1-2 anos.

Avaliação Clínica

- Anamnese detalhada: Identificação de fatores de risco cardiovascular (história familiar de DCV, tabagismo, diabetes, hipertensão, sedentarismo).
- Exame físico: Avaliação de sinais de aterosclerose, xantomas cutâneos (sugestivos de hipercolesterolemia familiar), cálculo do índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal.

Exames Laboratoriais

O diagnóstico da dislipidemia é feito por meio do perfil lipídico em jejum, que inclui:

- Colesterol total: Desejável <200 mg/dL.
- LDL-colesterol:
- Risco baixo/moderado: Meta <100 mg/dL.
- Alto risco (doença cardiovascular prévia, diabetes): Meta <70 mg/dL.
- Risco muito alto (pacientes com eventos cardiovasculares recorrentes): Meta <55 mg/dL.
- HDL-colesterol:

Homens: Desejável >40 mg/dL.

Mulheres: Desejável >50 mg/dL.

- Triglicerídeos: Ideal <150 mg/dL. Hipertrigliceridemia severa (>500 mg/dL) requer intervenção urgente para prevenir pancreatite.

Avaliação de Risco Cardiovascular Global

Utilizar escores de risco, como Escore de Risco de Framingham ou SCORE, que calculam o risco de eventos cardiovasculares a 10 anos com base nos níveis lipídicos e outros fatores de risco.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Diagnóstico Diferencial

Investigar causas secundárias de dislipidemia, como:

- Diabetes mellitus
- Hipotireoidismo
- Síndrome nefrótica
- Doenças hepáticas crônicas
- Uso de medicamentos: Corticoides, antirretrovirais, antipsicóticos atípicos.

Tratamento da Dislipidemia

Objetivos do Tratamento

- Reduzir o risco de eventos cardiovasculares.
- Normalizar os níveis lipídicos, especialmente LDL.
- Promover mudanças no estilo de vida para reduzir outros fatores de risco, como obesidade e tabagismo.

Intervenções Não Medicamentosas

Modificação da Dieta

- Redução de gordura saturada e trans: Limitar carnes vermelhas e alimentos processados.
- Ingestão de ácidos graxos insaturados: Priorizar gorduras monoinsaturadas e poli-insaturadas (ex.: azeite, peixe, nozes).
- Aumento de fibras solúveis: Incluir aveia, frutas e legumes.
- Redução de carboidratos refinados: Evitar açúcares simples e alimentos ultraprocessados.
- Dieta mediterrânea: Focada no consumo de peixes, azeite de oliva, legumes, grãos integrais e frutas, comprovada por reduzir o risco cardiovascular.

Atividade Física

- Atividade física regular: Pelo menos 150 minutos por semana de exercício aeróbico moderado (caminhada, natação, ciclismo).
- Treinamento de resistência: Pode ser associado à redução de LDL e aumento de HDL.

Controle do Peso

- Perda de peso: Fundamental para pacientes com sobrepeso ou obesidade. Redução de 5-10% do peso corporal pode melhorar significativamente o perfil lipídico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Cessação do Tabagismo

- Intervenções de cessação do tabagismo: Reduzem os riscos cardiovasculares e aumentam o HDL.

Tratamento Medicamentoso

Estatinas

Medicamentos de primeira linha para reduzir o LDL-colesterol e o risco cardiovascular. Exemplo:

- Atorvastatina: Dose inicial de 10-80 mg/dia.
- Rosuvastatina: Dose de 5-40 mg/dia.
- Simvastatina: Dose de 20-40 mg/dia.

Indicações principais:

- LDL elevado, especialmente em pacientes de risco cardiovascular alto.
- DCV estabelecida (prevenção secundária).
- Diabetes mellitus em pacientes com mais de 40 anos.

Efeitos adversos:

Mialgias, elevação de enzimas hepáticas (ALT/AST), e raramente, rabdomiólise.

Ezetimiba

Inibidor da absorção de colesterol no intestino, utilizada em combinação com estatinas quando o alvo de LDL não é atingido.

Dose: 10 mg/dia.

Fibratos

Eficazes no tratamento **da hipertrigliceridemia,** especialmente quando os triglicerídeos estão >500 mg/dL.

Fenofibrato: Dose de 145 mg/dia.

Gemfibrozila: 600 mg 2 vezes ao dia.

Inibidores de PCSK9

Evolocumabe e Alirocumabe são anticorpos monoclonais que reduzem drasticamente o LDL-colesterol, usados em pacientes com hipercolesterolemia familiar ou intolerância a estatinas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Administração subcutânea a cada 2 semanas ou mensalmente.

Suplementos de Ômega-3

Utilizados para hipertrigliceridemia. Dose recomendada: 2-4 g de EPA/DHA por dia.

Monitoramento e Seguimento

Exames Laboratoriais

- Perfil lipídico: Monitorado 4-12 semanas após o início da terapia medicamentosa ou mudanças de dose, e depois a cada 6-12 meses.
- Função hepática e CK: Avaliados antes do início das estatinas e periodicamente para monitorar efeitos colaterais.

Acompanhamento Clínico

Avaliação da adesão ao tratamento e às mudanças no estilo de vida.

Avaliação de efeitos adversos: Principalmente mialgias e elevação de transaminases com o uso de estatinas.

Ajuste do Tratamento

Caso as metas lipídicas não sejam atingidas, pode ser necessário aumentar a dose de estatinas ou adicionar ezetimiba/inibidores de PCSK9.

Metas Terapêuticas

As metas são baseadas no risco cardiovascular global:

Pacientes com Risco Cardiovascular Baixo a Moderado

- LDL-colesterol: <100 mg/dL.
- Triglicerídeos: <150 mg/dL.
- HDL-colesterol: >40 mg/dL (homens) e >50 mg/dL (mulheres).

Pacientes com Risco Cardiovascular Alto (Diabetes, Doença Cardiovascular Prévia)

- LDL-colesterol: <70 mg/dL. Em pacientes com risco muito alto, a meta pode ser <55 mg/dL.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de adesão ao tratamento farmacológico;
- Taxa de complicações cardiovasculares (infarto, AVC) em pacientes com dislipidemia tratada;
- Monitoramento de efeitos adversos das medicações, como mialgias, elevação de enzimas hepáticas e rabdomiólise.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes brasileiras de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.saude.gov.br. Acesso em: 25 set. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 101, n. 4, p. 1-22, 2013. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br. Acesso em: 25 set. 2024.

GRUNDY, S. M. et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: Executive Summary. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 73, n. 24, p. 3168-3209, 2019. DOI: 10.1016/j.jacc.2018.11.002.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE SINDROME METABÓLICA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com síndrome metabólica.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Definição:

A síndrome metabólica é caracterizada por um conjunto de fatores de risco metabólicos que ocorrem em um mesmo indivíduo, aumentando o risco de doenças cardiovasculares e diabetes. Ela é definida pela presença de, pelo menos, três dos seguintes critérios:

- Obesidade abdominal;
- Níveis elevados de triglicerídeos;
- Baixos níveis de HDL-colesterol;
- Pressão arterial elevada;
- Glicemia de jejum elevada ou resistência à insulina.

Diagnóstico da Síndrome Metabólica

Critérios Diagnósticos (Segundo NCEP ATP III - adaptado pela IDF - International Diabetes Federation)

Para o diagnóstico de síndrome metabólica, três ou mais dos seguintes critérios devem estar presentes:

Obesidade abdominal:

Circunferência abdominal:

- Homens: ≥ 94 cm.
- Mulheres: ≥ 80 cm.

Triglicerídeos: ≥ 150 mg/dL ou uso de tratamento para hipertrigliceridemia.

HDL-colesterol:

- Homens: < 40 mg/dL.
- Mulheres: < 50 mg/dL.

Pressão arterial: ≥ 130/85 mmHg ou uso de tratamento para hipertensão.

Glicemia de jejum: ≥ 100 mg/dL ou uso de medicação para hiperglicemia ou diabetes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Avaliação Clínica

- História clínica: Avaliar fatores de risco como tabagismo, histórico familiar de diabetes e doenças cardiovasculares, hábitos alimentares, atividade física, e uso de medicamentos.
- Medir circunferência abdominal, pressão arterial e índice de massa corporal (IMC).
- Exames laboratoriais: Perfil lipídico completo, glicemia de jejum, e eventualmente, hemoglobina glicada (HbA1c).

Avaliação de Risco Cardiovascular

- Utilizar escores de risco, como o Escore de Framingham ou o SCORE, para estimar o risco de eventos cardiovasculares.

Tratamento da Síndrome Metabólica

O tratamento da síndrome metabólica visa controlar cada fator de risco e reduzir o risco global de diabetes e doenças cardiovasculares. A abordagem inclui mudanças no estilo de vida e, quando necessário, tratamento medicamentoso.

Mudanças no Estilo de Vida

Intervenção Dietética

- Redução do consumo calórico: Em pacientes com obesidade, o objetivo é perder 5-10% do peso corporal em um período de 6-12 meses.
- Dieta rica em fibras e pobre em gorduras saturadas e trans: Incluir alimentos integrais, frutas, vegetais e gorduras saudáveis.
- Dieta mediterrânea: Demonstrada para reduzir o risco de doenças cardiovasculares, com ênfase em peixes, azeite de oliva, legumes, e grãos integrais.

Aumento da Atividade Física

- Pelo menos 150 minutos de atividade física moderada por semana, como caminhada, natação ou ciclismo.
- Treinamento de resistência: Também recomendado para melhorar a sensibilidade à insulina e ajudar na perda de peso.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Cessação do Tabagismo

- Implementar estratégias e programas para parar de fumar, considerando a importância da cessação do tabagismo no manejo da síndrome metabólica.

Tratamento Medicamentoso

O tratamento medicamentoso deve ser individualizado, dependendo dos fatores de risco predominantes.

Controle da Glicemia

Metformina: É o medicamento de escolha para pacientes com glicemia elevada ou resistência à insulina.

Dose inicial: 500 mg 1-2 vezes ao dia, podendo ser aumentada gradualmente.

Inibidores de SGLT-2 ou agonistas de GLP-1: Utilizados para o manejo de pacientes com diabetes tipo 2 e risco cardiovascular elevado.

Controle da Pressão Arterial

Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA): São os medicamentos de primeira linha, principalmente em pacientes com diabetes ou proteinúria.

Exemplo: Losartana 50 mg/dia, Ramipril 5 mg/dia.

Diuréticos tiazídicos: Podem ser utilizados como segunda linha de tratamento ou em combinação com outros anti-hipertensivos.

Controle dos Lipídios

Estatinas: Indicadas para o manejo da dislipidemia em pacientes com síndrome metabólica.

Exemplo: Atorvastatina 10-40 mg/dia.

Fibratos: Utilizados em casos de hipertrigliceridemia grave (>500 mg/dL).

Exemplo: Fenofibrato 145 mg/dia.

Perda de Peso Farmacológica

Orlistat: Inibidor da absorção de gorduras, pode ser utilizado como auxiliar na perda de peso em pacientes com obesidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Terapia Antiplaquetária

Em pacientes de alto risco cardiovascular, o uso de AAS em baixas doses (100 mg/dia) pode ser considerado para prevenção secundária de eventos cardiovasculares.

Monitoramento e Seguimento

Exames Laboratoriais

- Perfil lipídico e glicemia de jejum: Devem ser monitorados a cada 3-6 meses até que os alvos terapêuticos sejam atingidos, e depois a cada 6-12 meses.
- Função renal e hepática: Avaliação periódica, especialmente em pacientes em uso de estatinas ou IECA/BRA.

Acompanhamento Clínico

- Avaliação da adesão ao tratamento: Reforço das mudanças no estilo de vida e monitoramento de efeitos adversos dos medicamentos.
- Acompanhamento da pressão arterial e peso corporal: Medições regulares, incluindo cálculo de IMC e circunferência abdominal.

Metas Terapêuticas

- Controle do Peso
- Redução de 5-10% do peso corporal em pacientes com sobrepeso ou obesidade.

Controle Lipídico

- LDL-colesterol: <100 mg/dL em pacientes de risco moderado e <70 mg/dL em pacientes de alto risco cardiovascular.
- HDL-colesterol: >40 mg/dL para homens e >50 mg/dL para mulheres.
- Triglicerídeos: <150 mg/dL.

Controle da Glicemia

- Glicemia de jejum: <100 mg/dL.
- Hemoglobina glicada (HbA1c): <7% em pacientes com diabetes.

Controle da Pressão Arterial

- Pressão arterial: <130/85 mmHg.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Complicações da Síndrome Metabólica

As principais complicações da síndrome metabólica incluem:

- Doença cardiovascular: Infarto do miocárdio, AVC, insuficiência cardíaca.
- Diabetes mellitus tipo 2.
- Doença renal crônica.
- Esteatose hepática não alcoólica.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de adesão ao tratamento;
- Taxa de redução da Hemoglobina Glicada (HbA1c);
- Taxa de controle do IMC (Índice de Massa Corporal).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://www.saude.gov.br. Acesso em: 25 set. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). Diretrizes Brasileiras de Síndrome Metabólica. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, v. 52, n. 1, p. 1-14, 2018.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO DE DOENÇA DE CROHN

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com doença de crohn.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Definição:

A Doença de Crohn é uma doença inflamatória do trato gastrointestinal. Ela afeta predominantemente a parte inferior do intestino delgado (íleo) e intestino grosso (cólon), mas pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal.

A doença de Crohn é crônica e provocada por desregulação do sistema imunológico, ou seja, do sistema de defesa do organismo.

Sintomas

A doença de Crohn habitualmente causa diarréia, cólica abdominal, frequentemente febre e, às vezes, sangramento retal. Também podem ocorrer perda de apetite e perda de peso subseqüente. A diarréia pode se desenvolver lentamente ou começar de maneira súbita, podendo haver também dores articulares e lesões na pele. Na Doença de Crohn a dor abdominal e a diarréia freqüentemente surgem após as refeições. São comuns dores nas juntas, falta de apetite, perda de peso e febre. Outros sintomas precoces da doença de Crohn são lesões da região anal, incluindo hemorróidas, fissuras, fístulas e abscessos.

Diagnóstico Detalhado da Doença de Crohn

O diagnóstico da Doença de Crohn exige uma abordagem multifatorial que inclui a análise clínica, exames laboratoriais e de imagem, além de exames endoscópicos e histológicos. O objetivo é confirmar a presença de inflamação intestinal e diferenciar a Doença de Crohn de outras doenças

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

inflamatórias intestinais, como a colite ulcerativa.

Avaliação Clínica

- Histórico médico: A investigação começa com o histórico detalhado do paciente, focando em sintomas comuns da doença de Crohn, como diarreia crônica (geralmente não sanguinolenta), dor abdominal (frequentemente no quadrante inferior direito), febre, fadiga e perda de peso inexplicável.
- Manifestações extraintestinais: É fundamental investigar sintomas fora do sistema digestivo, como artrite, eritema nodoso, aftas orais e uveíte, que são manifestações extraintestinais associadas à Doença de Crohn.

Exames Laboratoriais

Os exames laboratoriais ajudam a avaliar a inflamação, desnutrição e complicações, bem como diferenciar a Doença de Crohn de outras condições gastrointestinais.

- Hemograma completo: Verifica anemia (normocítica ou microcítica) e leucocitose.
- Proteína C-reativa (PCR) e velocidade de hemossedimentação (VHS): Indicadores de inflamação sistêmica que ajudam a monitorar a atividade da doença.
- Albumina sérica: Pode estar baixa devido à inflamação crônica e desnutrição.
- Calprotectina fecal: Um marcador fecal que indica inflamação no trato gastrointestinal e auxilia na diferenciação entre doenças inflamatórias intestinais e síndrome do intestino irritável (SII).

Exames Endoscópicos

A colonoscopia é o exame padrão-ouro para diagnosticar a Doença de Crohn, permitindo a visualização direta do intestino e a coleta de biópsias.

- **Colonoscopia com biópsia**: Confirma a inflamação transmural típica da Doença de Crohn, além de identificar lesões características, como úlceras aftoides, fissuras e estenoses. Amostras de biópsia são essenciais para a avaliação histopatológica.
- **Endoscopia digestiva alta (EDA)**: Realizada quando há suspeita de envolvimento da parte superior do trato GI (esôfago, estômago, duodeno).

Exames de Imagem

A imagem ajuda a avaliar a extensão e a localização da inflamação, além de identificar complicações, como abscessos e fístulas.

- Enterotomografia Computadorizada (Entero-TC) ou Enteroressonância Magnética (Entero-

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

RM): Métodos de imagem preferidos para avaliar o intestino delgado. Eles são úteis para detectar espessamento da parede intestinal, estenoses, abscessos intra-abdominais e fístulas.

- Ultrassonografia abdominal: Pode ser usada para identificar espessamento da parede intestinal e abscessos, sendo uma opção mais barata e não invasiva para o acompanhamento de complicações.

Tratamento Detalhado da Doença de Crohn

O tratamento da Doença de Crohn tem como objetivo controlar a inflamação, induzir a remissão e manter a remissão a longo prazo, além de tratar complicações associadas.

Tratamento Medicamentoso

A escolha do tratamento depende da localização da doença, sua gravidade e a resposta anterior do paciente aos medicamentos.

Indução da Remissão

A fase de indução da remissão é crítica para controlar a inflamação ativa e aliviar os sintomas.

- Corticosteroides (prednisona, budesonida):

Indicação: Utilizados em pacientes com doença moderada a grave. A prednisona é usada para pacientes com envolvimento extensivo, enquanto a budesonida é preferida para pacientes com envolvimento ileocecal.

Objetivo: Rápido controle da inflamação, com redução gradual para evitar efeitos colaterais de longo prazo.

- Aminossalicilatos (mesalazina, sulfassalazina):

Indicação: Úteis em casos de doença leve a moderada, particularmente quando a inflamação está limitada ao cólon.

Eficácia: Moderada na indução de remissão, mas são frequentemente usados como terapia adjuvante.

- Imunossupressores (azatioprina, mercaptopurina, metotrexato):

Indicação: Pacientes que falharam em responder aos corticosteroides ou que necessitam de tratamento de longo prazo. Podem ser usados em combinação com corticosteroides para reduzir o tempo de exposição aos esteroides.

Eficácia: São medicamentos de ação lenta e levam várias semanas para começar a fazer efeito.

Terapias Biológicas (anticorpos monoclonais):

- Anti-TNF (infliximabe, adalimumabe): Indicados para doença grave e refratária ou em

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

pacientes com fístulas perianais. São eficazes na indução e manutenção da remissão.

- Anti-integrinas (vedolizumabe) e Anti-interleucinas (ustecinumabe): Usados quando os anti-TNF falham ou quando o paciente tem contraindicações.

Manutenção da Remissão

Uma vez que a remissão seja alcançada, o objetivo é manter o paciente livre de sintomas e prevenir a recorrência da inflamação.

- Imunossupressores (azatioprina, mercaptopurina):

Indicação: Usados em longo prazo para manter a remissão.

- Terapias biológicas: Os pacientes que responderam bem à terapia biológica para indução devem continuar o tratamento de manutenção com anti-TNF ou anti-integrinas.
- **Evitar uso prolongado de corticosteroides**:

O objetivo é evitar os efeitos colaterais crônicos dos esteroides, como osteoporose, diabetes e catarata.

Tratamento Cirúrgico

A cirurgia é necessária em até 70% dos pacientes com Doença de Crohn em algum momento de sua vida, muitas vezes devido a complicações ou falha no tratamento medicamentoso.

- Ressecção intestinal: Procedimento cirúrgico para remover a porção afetada do intestino em casos de estenose grave, perfuração ou hemorragia.
- Tratamento de fístulas: Fístulas internas e externas podem necessitar de intervenção cirúrgica para drenagem ou ressecção.
- Colectomia: Em pacientes com envolvimento extenso do cólon, pode ser necessária a remoção parcial ou total do cólon.

Acompanhamento e Monitoramento Detalhado

O acompanhamento de pacientes com Doença de Crohn deve ser contínuo para garantir o controle da inflamação, detectar precocemente complicações e ajustar o tratamento conforme necessário.

Consultas Regulares

As consultas de acompanhamento devem ser realizadas a cada 3 a 6 meses ou conforme a gravidade da doença.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Avaliação clínica: Sintomas gastrointestinais (frequência de diarreia, dor abdominal), manifestações extraintestinais e estado nutricional.
- Monitoramento laboratorial: Marcadores inflamatórios (PCR, calprotectina fecal), hemograma completo e exames de função hepática.

Exames Periódicos

- Colonoscopia: Repetida periodicamente para avaliar a cicatrização da mucosa e o risco de displasia e câncer colorretal.
- Entero-TC ou Entero-RM: Útil para avaliar complicações como estenoses ou fístulas em pacientes com doença de Crohn no intestino delgado.

Suporte Nutricional

- Pacientes com Doença de Crohn frequentemente apresentam deficiências nutricionais devido à má absorção. Suplementos de vitamina B12, ferro, ácido fólico, cálcio e vitamina D podem ser necessários.
- Nutrição enteral ou parenteral pode ser necessária em pacientes com doença grave, especialmente em casos de obstrução ou ressecção extensa.

Complicações

Complicações Intestinais

- Estenoses: Estreitamento do intestino, que pode causar obstrução.
- Fístulas: Conexões anormais entre partes do intestino ou entre o intestino e outros órgãos.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de Recorrência;
- Taxa de Remissão Clínica;
- Taxa de Complicações.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença Inflamatória Intestinal. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://www.health.gov.br/

ECCO - European Crohn's and Colitis Organisation. Guidelines on the Management of Crohn's Disease. Journal of Crohn's and Colitis, v. 11, n. 1, p. 3-25, 2017. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjw168.

HANAUER, S. B.; SANDBORN, W. J. Management of Crohn's Disease in Adults. The American Journal of Gastroenterology, v. 106, n. 4, p. 465-481, 2011. DOI: 10.1038/ajg.2010.493.

KAPLAN, G. G. The Global Burden of Inflammatory Bowel Disease: From 2015 to 2025. Gastroenterology, v. 152, n. 5, p. 1230-1240, 2016. DOI: 10.1056/NEJMoa1200494.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE CIRROSE HEPÁTICA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com cirrose hepática.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Definição:

Silenciosa na maioria das vezes, a cirrose hepática é uma doença crônica que causa cicatrizes no fígado, prejudicando seu funcionamento. Resultado de processos inflamatórios, a cirrose hepática é caracterizada pela substituição progressiva do tecido normal por tecido cicatricial (fibrose) não funcional. É uma condição crônica e assintomática.

A cirrose altera a arquitetura do fígado devido à presença de nódulos que envolvem as células remanescentes.

Assim, a cirrose é o estágio final de várias doenças hepáticas crônicas e pode levar a complicações graves, incluindo hepatocarcinoma e falência hepática.

Etiologia

A cirrose pode ser causada por diversos fatores, incluindo:

Doenças Hepáticas Crônicas:

- Hepatite Viral: Hepatite B e C são causas comuns.
- Doenças Metabólicas: Hemocromatose, doença de Wilson, e deficiência de alfa-1 antitripsina.
- Esteatose Hepática: Esteato-hepatite não alcoólica (NASH) e esteato-hepatite alcoólica.
- Consumo de Álcool: O consumo crônico de álcool é uma causa significativa de cirrose.
- Doenças Autoimunes: Hepatite autoimune e cirrose biliar primária.
- Medicações: Exposição a medicamentos hepatotóxicos ou substâncias químicas.

Classificação da Cirrose Hepática

A cirrose pode ser classificada com base em diferentes critérios:

Classificação de Child-Pugh

Usada para determinar a gravidade da cirrose e a necessidade de transplante hepático, avaliando:

- Icterícia;
- Níveis de albumina;
- Tempo de protrombina;
- Ascite;
- Estado de encefalopatia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Classificação MELD (Model for End-Stage Liver Disease)

Utilizada para priorizar pacientes em lista de transplante, considerando:

- Bilirrubina total;
- Creatinina;
- INR.

Diagnóstico da Cirrose Hepática

Avaliação Clínica

- Anamnese Detalhada: Fatores de risco, histórico familiar, hábitos de vida e histórico de doenças hepáticas.
- Exame Físico: Exame minucioso para identificar sinais de complicações (ex.: ascite, esplenomegalia).

Exames Laboratoriais

- Painel Hepático Completo: Transaminases, bilirrubinas, albumina, enzimas hepáticas.
- Teste de Coagulação: Avaliação da função hepática em relação à coagulação sanguínea.
- Sorologias: Testes para hepatite viral, autoanticorpos, e outros marcadores.

Exames de Imagem

- Ultrassonografia: Avaliação inicial e acompanhamento.
- Tomografia Computadorizada/Ressonância Magnética: Para avaliar a estrutura hepática e identificar lesões.

Biópsia Hepática

Indicada em casos de dúvida diagnóstica, ajuda a determinar a causa da cirrose e a gravidade da fibrose.

Manejo da Cirrose Hepática

Tratamento da Causa Subjacente

- Abstinência de Álcool: Programa de reabilitação e suporte psicológico para pacientes com cirrose alcoólica.
- Tratamento de Hepatite Viral: Terapia antiviral conforme os guidelines.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Manejo de Doenças Metabólicas: Como a flebotomia em hemocromatose.

Manejo das Complicações

- Ascite:

Restrição Dietética: Redução da ingestão de sódio e aumento de proteínas conforme a condição do paciente.

Diuréticos: Monitorar a função renal e o equilíbrio eletrolítico.

Paracentese: Procedimento para aliviar sintomas e realizar análise do líquido ascítico.

- Encefalopatia Hepática:

Lactulose: Para reduzir a absorção de amônia. A dose é ajustada para produzir 2-3 evacuações diárias.

Rifaximina: Usado como terapia adjuvante para reduzir episódios de encefalopatia.

- Varizes Esogástricas:

Profilaxia Primária: Uso de betabloqueadores como propranolol para reduzir o risco de sangramentos.

Ligadura Endoscópica: Para tratamento de varizes já sangradas.

- Hepatocarcinoma:

Rastreamento Regular: Ultrassonografia e dosagem de alfa-fetoproteína a cada 6 meses.

Tratamento: Dependendo do estágio, pode incluir ressecção cirúrgica, ablação ou transplante.

Suporte Nutricional

- Consultas com Nutricionista: Para avaliação e implementação de uma dieta equilibrada, focando na manutenção do estado nutricional.
- Suplementação: Com vitaminas e minerais conforme necessários.

Estilo de Vida e Educação do Paciente

- Estilo de Vida:

Abstinência de álcool: Fundamental para a prevenção da progressão da doença.

Dieta equilibrada: Baixo teor de sódio, ingestão adequada de proteínas (conforme a condição), frutas e vegetais.

Exercícios: Atividade física regular, de acordo com a capacidade do paciente.

- Educação do Paciente:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Importância do Seguimento: Enfatizar a adesão a consultas de acompanhamento.

Reconhecimento de Sinais de Alerta: Informar sobre sinais de complicações que exigem atendimento médico imediato.

Acompanhamento e Monitoramento

- Consultas Regulares

Frequência: Consultas a cada 3-6 meses, dependendo da gravidade e das complicações.

Monitoramento Laboratorial

- Testes de Função Hepática: Monitorar alterações nos níveis de transaminases e bilirrubinas.
- Contagem de Plaquetas: Para monitorar a progressão da cirrose.

Exames de Imagem

- Ultrassonografia: A cada 6-12 meses, para monitoramento da morfologia hepática.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de Remissão de Complicação;
- Taxa de Sobrevida em 1 e 5 Anos;
- Taxa de Transplante Hepático.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.health.gov.br/

ECCO - European Crohn's and Colitis Organisation. Guidelines on the Management of Chronic Liver Disease. Journal of Crohn's and Colitis, v. 15, n. 6, p. 746-760, 2021. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjaa063.

KASPER, D. L.; et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 20ª ed. New York: McGraw-Hill, 2018.

SHIRATORI, Y.; et al. Management of Hepatocellular Carcinoma in Patients with Cirrhosis: A Review. Journal of Gastroenterology and Hepatology, v. 30, n. 2, p. 261-268, 2015. DOI: 10.1111/jgh.12747.

KAPLAN, G. G. The Global Burden of Inflammatory Bowel Disease: From 2015 to 2025. Gastroenterology, v. 152, n. 5, p. 1230-1240, 2016. DOI: 10.1056/NEJMoa1200494.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO PARA SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL (SII)

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com síndrome do intestino irritável.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Definição:

A síndrome do intestino irritável é um distúrbio que se caracteriza por episódios de desconforto abdominal, dor, diarreia e prisão de ventre. É uma condição crônica que afeta a qualidade de vida dos pacientes.

Sintomas

Os sintomas da síndrome do intestino irritável são cólica, desconforto abdominal, diarreia, prisão de ventre e gases. As dores melhoram após evacuar e pioram com a ingestão de determinados alimentos ou mesmo diante de episódios estressantes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Causas

Não há uma causa estabelecida para a síndrome do intestino irritável. O quadro pode estar relacionado com estresse, infecções, processos inflamatórios e questões psicológicas.

Diagnóstico

- Anamnese Detalhada

História Clínica: Coleta de informações sobre os sintomas, duração, frequência e intensidade da dor abdominal, episódios de diarreia e constipação.

História Familiar: Investigar antecedentes de doenças gastrointestinais na família.

- Exame Físico

Avaliação do abdômen e sinais de desconforto abdominal, distensão ou massa palpável.

Critérios de Diagnóstico

Critérios de Roma IV: Para o diagnóstico de SII, os pacientes devem apresentar dor abdominal recorrente, em média, pelo menos um dia por semana nos últimos três meses, associada a dois ou mais dos seguintes critérios:

- Relacionada à defecação.
- Associada a uma alteração na frequência das fezes.
- Associada a uma alteração na forma (aparência) das fezes.

Exames Laboratoriais e de Imagem

- Exames de Sangue: Hemograma, função hepática, função renal, e marcadores inflamatórios, se necessário.
- Exame de Fezes: Para descartar infecções ou doenças inflamatórias.
- Endoscopia: Se houver suspeita de doença orgânica (ex.: sangramento, anemia, idade avançada).

Classificação da SII

A SII pode ser classificada em três subtipos, com base nas características das fezes:

- SII com Predomínio de Diarreia (SII-D);
- SII com Predomínio de Constipação (SII-C);
- SII Mista (SII-M).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Manejo da Síndrome do Intestino Irritável

Orientações Dietéticas

- Dietas de Eliminação: Considerar dietas como a baixa em FODMAPs (fermentáveis oligosacarídeos, dissacarídeos, monossacarídeos e poliálcoois).
- Fibras: Aumentar a ingestão de fibras (principalmente solúveis) para melhorar a constipação ou regular a função intestinal.
- Hidratação: Incentivar a ingestão adequada de líquidos.

Modificações no Estilo de Vida

- Exercício Físico: Incentivar a prática regular de atividade física.
- Gerenciamento do Estresse: Técnicas de relaxamento, meditação e terapia cognitivo-comportamental podem ser benéficas.

Tratamento Medicamentoso

- Antiespasmódicos: Para alívio da dor abdominal (ex.: brometo de otilônio).
- Laxantes: Para pacientes com SII-C, se necessário (ex.: polietilenoglicol).
- Antidiarreicos: Para pacientes com SII-D, se necessário (ex.: loperamida).
- Probioticos: Podem ser considerados para melhorar a microbiota intestinal.

Acompanhamento e Avaliação

- Consulta Regular: Avaliações periódicas para monitorar sintomas, efeitos do tratamento e a qualidade de vida do paciente.
- Reavaliação: Ajustes nas intervenções baseados na resposta ao tratamento e na evolução dos sintomas.

Educação do Paciente

- Informar sobre a SII: Explicar que é uma condição crônica que pode ser gerenciada.
- Técnicas de Autocuidado: Incentivar os pacientes a manter um diário alimentar para identificar gatilhos alimentares e padrões de sintomas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de Resposta ao Tratamento;
- Taxa de adesão ao tratamento;
- Frequência de Recorrência de Sintomas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Síndrome do Intestino Irritável. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://www.health.gov.br/

LACY, B. E.; et al. Rome IV Criteria for Diagnosing Irritable Bowel Syndrome: A Review. The American Journal of Gastroenterology, v. 113, n. 2, p. 303-312, 2018. DOI: 10.1038/ajg.2017.485.

CARR, N. J.; et al. Irritable Bowel Syndrome: New Diagnostic and Therapeutic Strategies. Clinical Gastroenterology and Hepatology, v. 16, n. 5, p. 657-667, 2018. DOI: 10.1016/j.cgh.2017.09.013.

BOWEN, D. J.; et al. Management of Irritable Bowel Syndrome: A Review of Evidence and Guidelines. The British Journal of General Practice, v. 68, n. 675, p. 240-241, 2018. DOI: 10.3399/bjgp18X695221.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO PARA GASTRITE

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com gastrite.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Definição:

A gastrite é uma inflamação do revestimento interno do estômago. Pode ser aguda, quando aparece de repente e dura pouco, ou crônica, quando se instala aos poucos e leva muito tempo para ser controlada.

Causas:

- Uso prolongado de medicamentos como aspirina ou anti-inflamatórios;
- Consumo de álcool;
- Hábito de fumar;
- Infecção pela bactéria *Helicobacter pylori*;
- Gastrite autoimune – ocorre quando o sistema imune produz anticorpos que agridem e destroem as células gástricas do próprio organismo.

Sintomas:

- Dor de estômago intensa;
- Azia;
- Indigestão;
- Sensação de estufamento;
- Perda de apetite;
- Náusea e vômito;
- Presença de sangue nas fezes e no vômito.

Diagnóstico

- Anamnese Detalhada

História Clínica: Coleta de informações sobre os sintomas (dor abdominal, náuseas, vômitos), duração e fatores agravantes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

História de Medicamentos: Investigação do uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), álcool e outros medicamentos que possam irritar a mucosa gástrica.

História de Infecções: Perguntas sobre história familiar de infecções por Helicobacter pylori (H. pylori) ou úlceras.

- Exame Físico

Avaliação abdominal para verificar sinais de dor, distensão ou sensibilidade.

- Exames Laboratoriais e de Imagem
- Exames de Sangue: Hemograma, dosagem de gastrina, e teste para a presença de H. pylori (soro, antígeno nas fezes ou teste respiratório).
- Endoscopia Digestiva Alta: Para visualização direta da mucosa gástrica, se houver suspeita de gastrite grave ou úlceras.
- Biópsia: Se necessário, para descartar malignidade ou avaliar a presença de H. pylori.

Classificação da Gastrite

A gastrite pode ser classificada de várias maneiras, sendo as principais:

- Gastrite Aguda: Inflamação súbita, frequentemente causada por irritantes como álcool, medicamentos ou infecções.
- Gastrite Crônica: Inflamação persistente, podendo ser autoimune ou causada por H. pylori.

Manejo da Gastrite

Tratamento Farmacológico

- Inibidores da Bomba de Prótons (IBPs): (ex.: omeprazol, esomeprazol) para reduzir a secreção ácida e promover a cicatrização da mucosa.
- Antibióticos: Se a gastrite for causada por H. pylori, geralmente uma combinação de dois antibióticos (ex.: amoxicilina e claritromicina) é utilizada.
- Antiinflamatórios: Se a gastrite for associada ao uso de AINEs, pode ser necessário substituir ou interromper o uso e considerar o uso de medicamentos gastroprotetores.
- Antiacídicos e Anti-Histamínicos H2: Podem ser usados para aliviar os sintomas.

Orientações Dietéticas

- Evitar Alimentos Irritantes: Reduzir ou evitar álcool, cafeína, alimentos condimentados e fritos.
- Dieta Balanceada: Incluir frutas, vegetais e alimentos ricos em fibras.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Frequência das Refeições: Refeições menores e mais frequentes para evitar a sobrecarga gástrica.

4.3. Modificações no Estilo de Vida

- Cessação do Tabagismo: O tabaco pode irritar a mucosa gástrica e aumentar a produção de ácido.
- Gerenciamento do Estresse: Técnicas de relaxamento e exercícios físicos regulares podem ajudar.

4.4. Acompanhamento e Avaliação

- Consulta Regular: Avaliações periódicas para monitorar a resposta ao tratamento e a evolução dos sintomas.
- Reavaliação: Ajustes no tratamento conforme necessário e reavaliação da presença de H. pylori após tratamento.

Educação do Paciente

- Informar sobre a Gastrite: Explicar as causas, sintomas e opções de tratamento.
- Técnicas de Autocuidado: Incentivar os pacientes a manter um diário alimentar e de sintomas para identificar gatilhos.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de Erradicação de H. pylori;
- Taxa de Complicações;
- Taxa de Adesão ao Tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doenças Gástricas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://www.saude.gov.br.

FELDMAN, M.; FRIEDMAN, L. S.; BRANDT, L. J. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 11th ed. Philadelphia: Elsevier, 2020.

LADAS, S. D.; et al. European guidelines for the management of gastritis and peptic ulcer disease. Digestive Diseases and Sciences, v. 65, p. 340-356, 2018. DOI: 10.1007/s10620-018-4981-2.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO PARA ANTICONCEPCIONAL HORMONAL

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com desejo contracepção hormonal.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Definição:

O uso de anticoncepcionais hormonais é amplamente adotado para evitar a gravidez e pode ser utilizado para tratar condições como irregularidades menstruais, endometriose e síndrome dos ovários policísticos (SOP). A escolha do método deve considerar a saúde geral da paciente, histórico médico e preferência pessoal.

Indicações

Os anticoncepcionais hormonais são indicados para:

- Prevenção de gravidez.
- Regulação do ciclo menstrual.
- Controle dos sintomas da síndrome pré-menstrual (SPM).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Tratamento de acne e hirsutismo.
- Tratamento de endometriose e dismenorreia.
- Prevenção de doenças relacionadas ao ovário (ex.: cistos ovarianos funcionais).

Contraindicações

Antes de prescrever anticoncepcionais hormonais, é importante avaliar as contraindicações absolutas e relativas:

Contraindicações Absolutas

- História de tromboembolismo venoso (TEV).
- Doença cardiovascular ou hipertensão não controlada.
- Doenças hepáticas graves.
- Câncer de mama atual ou história de câncer de mama.
- Tabagismo em mulheres com mais de 35 anos.
- Enxaqueca com aura.

Contraindicações Relativas

- Diabetes mellitus com complicações.
- Hipertensão arterial controlada.
- Obesidade.
- Histórico familiar de doenças tromboembólicas.
- Amamentação (dependendo do método hormonal).

Tipos de Anticoncepcionais Hormonais

Anticoncepcional Oral Combinado (AOC)

- Composto por estrogênio e progestágeno.
- Tomado diariamente, geralmente em ciclos de 21 ou 28 dias.

Anticoncepcional Oral de Progestágeno (Minipílula)

- Apenas progestágeno.
- Utilizado por mulheres que não podem tomar estrogênio (ex.: amamentação, histórico de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

TEV).

Anticoncepcional Injetável

- **Injetável Mensal**: Contém estrogênio e progestágeno.
- **Injetável Trimestral**: Apenas progestágeno.

Implante Subdérmico

- Pequeno bastão colocado sob a pele, liberando progestágeno continuamente por até 3 anos.

Dispositivo Intrauterino (DIU) Hormonal

- Libera levonorgestrel diretamente no útero, proporcionando proteção por até 5 anos.

Adesivo Transdérmico

- Colocado na pele e trocado semanalmente, libera estrogênio e progestágeno.

Anel Vaginal

- Introduzido na vagina, libera hormônios durante três semanas, seguido por uma semana de pausa.

Avaliação Inicial da Paciente

Antes da prescrição, é fundamental uma avaliação clínica completa:

- **Histórico Clínico**: Doenças prévias, histórico familiar de trombose, uso de medicamentos, enxaqueca.
- **Exame Físico**: Medição de pressão arterial, índice de massa corporal (IMC), palpação abdominal.
- **Exames Complementares**: Podem incluir hemograma, perfil lipídico e função hepática, conforme necessário.

Acompanhamento e Monitoramento

Primeira Consulta Após a Prescrição

- Recomenda-se uma consulta de acompanhamento 1 a 3 meses após o início do uso para monitorar possíveis efeitos colaterais e ajustar o método, se necessário.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Efeitos Colaterais Comuns

- Alterações menstruais (sangramento de escape, amenorreia).
- Náuseas, dor de cabeça, sensibilidade nas mamas.
- Ganho de peso e alterações de humor.
- Acne e aumento da oleosidade da pele (dependendo do método).

Monitoramento Anual

- Medir pressão arterial e realizar exame clínico geral.
- Avaliar a adesão ao método e satisfação da paciente.
- Verificar se há necessidade de mudar ou interromper o método devido a efeitos colaterais ou novas contraindicações.

Benefícios e Riscos

Benefícios

- Alta eficácia contraceptiva (>99% com uso correto).
- Regulação do ciclo menstrual e redução da dismenorreia.
- Melhora de acne e sintomas da SOP.
- Redução do risco de câncer de ovário e endométrio.

Riscos

- Aumento do risco de trombose venosa profunda (especialmente em fumantes e mulheres acima de 35 anos).
- Possíveis efeitos colaterais hormonais (ex.: ganho de peso, cefaleia).
- Alterações no humor e libido.

Educação do Paciente

- Informar sobre o uso correto do método (horário, esquecimento, início de uso).
- Discutir a possibilidade de efeitos colaterais e como manejá-los.
- Informar sobre a necessidade de acompanhamento regular e exames periódicos.
- Esclarecer que métodos hormonais não protegem contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de Adesão ao Método;
- Incidência de Efeitos Colaterais Significativos;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Taxa de Gravidez Não Planejada.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Planejamento Familiar. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://www.saude.gov.br.

ACOG Practice Bulletin No. 206: Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. Obstetrics & Gynecology, v. 133, p. e215-e232, 2019. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003072.

WHO. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5th ed. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/.

COOPER, D. B.; MAZZUCCO, M. Hormonal Contraception. StatPearls [Internet], 2021.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência no rastreamento de câncer de mama.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DEFINIÇÃO

O câncer é um grave problema de saúde pública a nível mundial tendo sua incidência e mortalidade sofrido aumento gradativo ao longo do tempo. De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2030 serão diagnosticados 22 milhões de novos casos da doença em todo mundo.

Essa situação é particularmente preocupante entre os países da África, Ásia, América Central e América do Sul que juntos são responsáveis por mais de 60% dos casos e 70% das mortes por neoplasias1.

O câncer de mama é a neoplasia que mais acomete as mulheres em todo mundo. No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer José de Alencar (INCA) são esperados, para 2015, 57.120 novos casos da doença. Apesar de ser considerada de bom prognóstico, as taxas de mortalidade, em nosso país, continuam elevadas o que pode ser associado a diagnósticos realizados em estágios avançados dessa neoplasia.

Critérios de Inclusão

Todas as mulheres de risco habitual e risco elevado para câncer de mama.

Risco Habitual

O rastreamento na população de risco habitual é realizado em pacientes sem história familiar, em parentes de primeiro grau para câncer de mama ou ovário ou biópsias prévias com atipia. Neste contexto, o rastreamento deve ser realizado seguindo as recomendações abaixo:

FAIXA ETÁRIA	ESTRATÉGIA DE RASTREAMENTO
Idade igual ou inferior a 49 anos	Exame clínico das mamas anual na atençãoprimária
50 a 69 anos	Exame clínico das mamas anual e mamografia bienal solicitada pela atenção primária
Idade igual ou superior a 70 anos	Exame clínico das mamas anual na atençãoprimária

Tabela 39 – Faixa Etária/Estratégia de Rastreamento

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Risco Elevado

RISCO	CARACTERÍSTICA DO USUÁRIO	RASTREAMENTO
Usuárias de risco elevado	Mulheres com história familiar de câncer de mama em **um** parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou em qualquer idade de câncer de ovário ou câncer de mama bilateral[6]; História familiar de câncer de mama masculino[6].	Exame clínico da mama + Mamografia anual a partir dos 35 anos de idade na atençãoprimária.
Usuárias de risco muito elevado	Mulheres com história pessoal de câncer de mama prévio ou neoplasia lobular *in situ*, hiperplasia ductal ou lobular atípica[8]; Mulheres que fizeram radioterapia torácica na infância ou adulta jovem (antes dos 30 anos)[8]; Mulheres sabidamente portadoras da mutação dos BRCA 1 ou BRCA 2 ou ainda portadores da Síndromes de Li-Fraumeni ou Cowden[8]; Mulheres com história familiar de câncer de mama **em dois** ou mais **parentes de primeiro grau** na pré-menopausa e ou risco superior a 20% durante a vida por modelos de risco BRCAPRO* ou TYRER CUZICK**[8]. * BRCAPRO – www.cyrillicsoftware.com ** TyrerCuzick –www.ems-trials.org/riskevaluator	Encaminhamento para rastreamento com médico mastologista

Tabela 40 – Risco/Característica do Usuário

Critérios de Exclusão

Mulheres abaixo de 10 anos (início da idade fértil)

Conduta

Todas as usuárias, mesmo aquelas fora de faixa etária alvo para o programa de rastreamento (50 a 69 anos) que comparecerem a consulta com médico ou com o enfermeiro, deverão ter suas mamas examinadas como parte da atenção integral que o serviço deve oferecer ao usuário. As mamografias de rastreamento são aquelas realizadas em pacientes sem queixas clínicas com o objetivo de diagnosticar o câncer antes que o mesmo apresente sintomas e, assim, proporcionar diagnóstico na fase pré-clínica da doença promovendo a diminuição nas taxas de mortalidade e aumento de sobrevida. Os exames de rastreamento devem ser solicitados por médicos ou enfermeiros em todos os níveis de atenção à saúde. Durante os exames clínicos de rastreamento, se o enfermeiro detectar alguma alteração no exame físico, deve encaminhar a usuária para o médico da equipe ou ginecologista que é o responsável por realizar o diagnóstico. Pacientes que apresentam queixas relacionadas a patologias mamárias, mas não se enquadram no cenário de rastreamento, devem ser avaliadas pelo médico da equipe. A mamografia realizada em pacientes com queixas ou alterações do exame clínico é chamada de mamografia diagnóstica e deverá ser solicitada apenas por profissional médico, para elucidação do diagnóstico da alteração clínica apresentada. É importante ressaltar que as mamografias com a finalidade diagnóstica podem ser solicitadas em qualquer faixa etária.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Exame clínico da mama (realizar sempre que a paciente for submetida ao exame ginecológico)

Uma rotina de exame deve ser sistematizada sendo importante examinar as mamas por completo, avaliando-se superiormente até a clavícula, inferiormente até o limite inferior da topografia das costelas, medialmente até o esterno e, lateralmente, até alinha axilar média. O exame clínico das mamas é construído pela inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação da mama e das cadeias ganglionares da axila e fossas supra e infra-claviculares e expressão.

- Inspeção estática: realizada com a mulher sentada com braços pendentes ao lado do corpo. Observar alterações no contorno da mama e ulcerações. As mamas devem ser comparadas observando assimetrias, diferenças na cor da pele, textura e padrão da circulação venosa;
- Inspeção dinâmica: pedir para que a mulher levante e abaixe os braços lentamente e contraia os músculos peitorais (comprimir as palmas das mãos uma contra outra diante do tórax);
- Palpação: com a paciente ainda sentada deve-se palpar cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares. Com a paciente deitada em decúbito dorsal, mãos sob a cabeça, deve-se realizar a palpação das mamas. Realizar movimentos circulares com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos;
- Expressão: comprimir suavemente a região areolar e observar se há saída de alguma secreção.

As alterações do exame clínico das mamas sugestivas de câncer de mama são:

- Qualquer nódulo mamário (a descrição de nódulos deve incluir informações quanto ao seu tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização);
- Alteração unilateral na pele da mama, como eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, distorções ou ulcerações do mamilo;
- Descarga papilar sanguinolenta, aquosa ou serossanguínea unilateral e espontânea. Secreções poliductais, bilaterais e que saem apenas com a expressão mamilar são associadas a condições benignas.
- Homens com massa unilateral de consistência firme com ou sem distorção de mamilo ou associada ou não a mudanças na pele

Autoexame da mama

A orientação para que a mulher realize sistematicamente o autoexame da mama não é recomendada, pois ensaios clínicos não demonstraram a redução da mortalidade e há um aumento acentuado do número de biópsias com resultados benignos.

Recomenda-se que os profissionais de saúde estimulem a mulher a ter uma política de alerta, que seja orientada sobre as mudanças habituais da mama e quais são os principais sinais da

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

doença. A palpação ocasional da mama pode ser realizada sempre que a mulher se sentir confortável, porém, sem recomendação específica.

Os sinais de alerta são:

- Nódulo ou espessamento que pareçam diferentes do tecido das mamas;
- Mudança no contorno das mamas (retração, abaulamento);
- Mudanças no mamilo (retração e desvio);
- Secreção espontânea pelo mamilo, principalmente se for unilateral.

Caso a mulher observe algum sinal de alerta, esta deve ser orientada a procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DE MAMOGRAGIA (BI-RADS)

BI-RADS	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
0	Exame incompleto	Avaliação médica. Solicitar ultra-sonografia ou outro exame de imagem sugerido pelo exame.
1	Exame negativo	Manter rotina de rastreamento conforme risco.
2	Exame com achado tipicamente benigno	Manter rotina de rastreamento conforme risco.
3	Exame com achado provavelmente benigno	Avaliação médica. Encaminhamento à ginecologia ou mastologia.
4	Exame com achado suspeito	Encaminhamento imediato à mastologia.
5	Exame com achado altamente suspeito	Encaminhamento imediato à mastologia.
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	Encaminhamento imediato à mastologia.

Tabela 41 – Interpretação dos Resultados de Mamografia (Bi-Rads)

Conduta Preventiva

Evidências mostram que o risco de câncer de mama pode ser reduzido com:

- Amamentação: há diminuição de cerca de 4,3% do risco relativo para câncer de mama a cada 12 meses de lactação;
- Maior paridade e a primeira gravidez antes dos 30 anos: também está relacionada à redução do risco;
- Prevenção de obesidade pós-menopausa, sedentarismo e consumo de álcool;
- Uso criterioso na utilização de terapia de reposição hormonal;
- Não ingestão de álcool;
- A relação entre uma alimentação saudável, atividade física e gordura corporal adequada: estima-se ser possível prevenir 28% dos casos de câncer de mama.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Tempo de atendimento inicial;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. Tipos de câncer: mama. Acessado em: 23 abr. 2014. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama.
2. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. Controle do câncer de mama. Acessado em 23 abr. 2014. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE MASTALGIA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com mastalgia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A dor nas mamas, sintoma comum predominante em mulheres na menacma, é associada majoritariamente a alterações benignas, podendo ser classificada em três categorias: cíclica, acíclica e extramamária.

FISIOPATOLOGIA

As alterações da mama se dão por meio das variações dos ciclos da vida feminina, que são:

- Entre 15-25 anos de idade, quando há a formação dos lóbulos e do estroma, resultando em hipertrofia das glândulas e associando-se a fibroadenomas, por exemplo;
- Entre 25-40 anos de idade, os efeitos cíclicos hormonais resultam em alteração das glândulas e do estroma, levando, por exemplo, às mastalgias cíclicas;
- Entre 35-55 anos, levando à involução de estruturas como ductos e lóbulos, com alterações ductais e macrocistos, por exemplo.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

Quadro clínico: Dor, aumento de sensibilidade e ingurgitamento mamário.

Na anamnese, devem-se questionar os itens a seguir, a fim de caracterizar o tipo de mastalgia e identificar possíveis fatores causais:

- Localização;
- Tipo;
- Duração;
- Intensidade;
- Alteração de hábitos alimentares, ganho de peso;
- Relação com atividades cotidianas;
- Início recente de atividade física;
- Uso de novos medicamentos.

Mastalgia cíclica: Quando a dor ocorre na fase lútea tardia, ou seja, na semana anterior à menstruação. É frequentemente bilateral e mais grave no quadrante superior lateral das mamas. Esse quadro relacionado com o período menstrual chama-se **mastodinia**.

Mastalgia acíclica: A dor não tem relação com o ciclo menstrual, podendo ser constante ou intermitente, mais provavelmente unilateral e variável em sua localização na mama. Devem-se considerar outras patologias, como:

- Ectasia ductal;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Mastite;
- Adenose esclerosante;
- Esteatonecrose;
- Terapia de reposição hormonal;
- Cistos mamários;
- Hidradenite supurativa;
- Neoplasia.

Dor extramamária: Dor com origem na região torácica. Um dos principais diagnósticos diferenciais é a síndrome de Tietze, que é o epônimo para costocondrite. Estão entre as suas causas:

- Neuralgia intercostal;
- Contratura muscular;
- Colecistite;
- Angina.

FATORES DE RISCO

- Tabagismo;
- Ingestão de cafeína ou metilxantinas;
- Retenção hídrica;
- Estresse;
- Mamas volumosas;
- Dieta rica em gordura;
- Uso de medicações como hormônios, antidepressivos e anti-hipertensivos.

Exame Físico

O ponto-chave no exame de uma mulher com dor na mama é procurar sinais sugestivos de malignidade, como massa, ausência de mobilidade da massa, alterações na pele ou secreção mamilar sanguinolenta ou em água de rocha.
Idealmente, o exame deve ser realizado após a menstruação, devendo a mama ser examinada à procura de sinais de inflamação ou infecção, o que sugeriria mastite.

Excluída a mastite, deve-se:

- Examinar os quatro quadrantes mamários, áreas subareolares, axilas e supraclaviculares

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

e infraclaviculares, com a mulher deitada e sentada, com as mãos nos quadris e, depois, acima da cabeça;

Verificar a presença de:

- Alterações cutâneas;
- Assimetria;
- Posição alterada dos mamilos;
- Cicatrizes;
- Retração da pele e alterações na cor;
- Ondulações;
- Edema ou eritema;
- Ulceração ou crosta do mamilo;
- Avaliar se há linfonodos aumentados e palpáveis;
- Delimitar e documentar as massas mamárias;
- Pesquisar a presença de descarga papilar;
- Identificar zonas de sensibilidade aumentada relacionadas com áreas de dor.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A mastalgia é um sintoma associado a alterações benignas da mama, no entanto esse sintoma pode ser causa de extrema angústia para a mulher devido ao temor do câncer de mama. Dessa forma, o maior objetivo na abordagem diagnóstica dessa condição é excluir qualquer relação com quadro de câncer de mama.

Assim, mesmo que se trate de um caso de mastalgia cíclica em mulher fora da idade alvo para rastreamento de câncer de mama e com exame físico normal, é recomendável a solicitação de exames de imagem para tranquilização da paciente. Para a maioria das pacientes, a certeza de que não há neoplasia maligna mamária é suficiente para a resolução do quadro.

A escolha da modalidade de imagem se baseia na idade:

✓ **Mulheres < 30 anos de idade:** Devem ser submetidas ao ultrassom, pois é mais preciso que a mamografia para essa faixa etária. A mamografia é adicionada se houver anormalidade na ultrassonografia ou fatores de risco que justifiquem a exposição à radiação (ex.: histórico familiar de câncer de mama na pré-menopausa);

✓ **Mulheres entre 30-39 anos de idade:** Também devem ser submetidas à ultrassonografia. Mamografia uni ou bilateral pode ser realizada, porque, nessa faixa etária, alguns pequenos cânceres são encontrados na mamografia, mas não na ultrassonografia;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- ✓ **Mulheres ≥ 40 anos de idade:** Devem ser submetidas a mamografia e ultrassonografia.
- ✓ Critérios Diagnósticos

O diagnóstico se inicia com a exclusão do câncer de mama.

Diagnóstico Diferencial

- ✓ Tumoração na mama, fibroadenoma;
- ✓ Síndrome de Tietze;
- ✓ Angina;
- ✓ Cisto mamário;
- ✓ Ectasia ductal;
- ✓ Mastite;
- ✓ Câncer de mama inflamatório;
- ✓ Hidradenite supurativa;
- ✓ Gestação;
- ✓ Doença de Mondor;
- ✓ Trauma.

ACOMPANHAMENTO

Realizar a abordagem terapêutica sugerida e sempre reavaliar a paciente em torno de 2-3 meses para excluir ou tratar a dor recorrente/ persistente. Orientações gerais sobre atividade física são sempre bem-vindas.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O primeiro passo da conduta é orientar a paciente e esclarecer sobre a benignidade do quadro. Se a mastalgia for incapacitante, alterando a qualidade de vida da paciente, deve-se pensar na terapêutica medicamentosa.

Apoio para as mamas: O uso de sutiã ou top bem ajustado para melhor apoiar a mama é amplamente recomendado.

Compressas: Algumas mulheres obtêm alívio com a aplicação de compressas de gelo e massagem suave. Para aquelas que amamentam, recomendam-se compressas de gelo durante a fase obstrutiva.

Medicamentos: O Paracetamol ou um anti-inflamatório não esteroidal (AINE), ou ambos, podem ser usados para aliviar a dor na mama. AINEs tópicos também são úteis. Estudos randomizados demonstraram melhora significativa em pacientes tratadas com Diclofenaco em gel.

Terapias de segunda linha: O tratamento, por 6 meses, com uma das terapias de segunda linha (Tamoxifeno ou Danazol) pode ser necessário para pacientes que ainda apresentem dor

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

debilitante na mama, apesar da terapia de primeira linha:

- **Tamoxifeno:** É efetivo nas doses de 20 mg/dia e 10 mg/dia, e os efeitos colaterais são significativamente reduzidos na dose mais baixa. Quando usado *off label* para tratar mastalgia grave, o Tamoxifeno é administrado na dose de 10 mg 1x/dia por 3 meses, no entanto está associado a sintomas semelhantes aos da menopausa, como ondas de calor, secura vaginal, dor nas articulações e câimbras nas pernas;
- **Danazol:** Trata-se um andrógeno, sendo o único medicamento aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento de mastalgia grave. Em geral, administram-se 200 mg 1x/dia. O uso de Danazol é limitado por seus efeitos androgênicos;
- Tamoxifeno, Danazol, Bromocriptina são as terapêuticas comprovadas com boa resposta na mastalgia, enquanto as isoflavonas, o ácido gamalinoleico, a vitamina E e o iodo são controversos na literatura.

Não existe indicação de tratamento cirúrgico para mastalgia.

A terapia hormonal na pós-menopausa que provoca dor intolerável na mama deve ser diminuída ou interrompida.

Não está claro se os contraceptivos orais causam ou aliviam mastalgia cíclica. Diminuir a dose de estrogênio em um regime contraceptivo oral pode ser eficaz no controle da dor na mama.

A Bromocriptina é um agonista da dopamina que inibe a liberação de prolactina. Embora a Bromocriptina seja efetiva no alívio da dor em comparação com o placebo, é menos eficaz que o Danazol, e até 80% das mulheres desenvolvem efeitos colaterais, como cefaleia e tontura, por isso não é mais recomendado.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Tempo de atendimento inicial;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Di Florio-Alexander RM, Slanetz PJ, Moy L, et al. ACR Appropriateness Criteria® Breast Pain. J Am Coll Radiol. 2018; 15(11S):S263-75.

Holbrook AI. Breast Pain, A Common grievance: guidance to radiologists. AJR Am J Roentgenol. 2020; 214(2):259-64.

Cornell LF, Sandhu NP, Pruthi S, et al. Current management and treatment options for breast pain. Mayo Clin Proc. 2020; 95(3):574-80.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE DOENÇA DE ALZHEIMER

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com Alzheimer

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

É caracterizada como declínio cognitivo, que envolve um ou mais domínios da cognição (memória, aprendizado, função executiva, linguagem etc.). Esse déficit deve ocorrer, notadamente, em relação ao status prévio e deve ser grave o bastante para interferir na função diária e na independência do paciente.

Os déficits cognitivos e funcionais são progressivos e associados a alterações comportamentais que influenciam não apenas a vida do próprio indivíduo, como também a do ciclo familiar no qual ele está inserido.

FISIOPATOLOGIA

A doença de Alzheimer (DA) pode ser incluída em um subgrupo conhecido como neurodegenerativo, que é específico de demências que afetam primariamente o neurônio.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

De modo simplificado, a patologia da doença envolve mecanismos extra e intracelulares.

No meio extracelular: Ocorre acúmulo de proteína beta-amiloide. A proteína precursora amiloide não é degradada de maneira adequada, formando a proteína beta-amiloide que se acumula no meio extracelular, dando origem às chamadas placas neuríticas/placas senis.

No meio intracelular: Ocorre acúmulo excessivo de proteína TAU fosforilada, que passa a não mais exercer adequadamente a sua função: estruturar o microesqueleto celular. O acúmulo da proteína TAU fosforilada no meio intracelular forma os emaranhados neurofibrilares. Com isso, ocorre morte celular programada de células neurais específicas, como a população de células piramidais do hipocampo.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

Epidemiologia: É fundamental entender que a DA aumenta sua incidência de acordo com a idade. Por isso, a incidência em indivíduos na faixa etária entre 65 e 70 anos é de 5/1.000. Por sua vez, entre indivíduos com idade superior a 85 anos, a incidência se aproxima a 60-80/1.000. Outro meio interessante de entender o impacto da DA na sociedade é perceber que esta é responsável por 60-80% de todos os casos de demência diagnosticados.

Quadro clínico:

Diante de um paciente com quadro demencial, a primeira etapa é considerar os motivos de queixa de memória em idosos e etiologias reversíveis:

- ✓ Envelhecimento normal;
- ✓ Depressão;
- ✓ Doença sistêmica;
- ✓ Efeito colateral de medicação;
- ✓ Deficiência cognitiva leve;
- ✓ Hipotireoidismo;
- ✓ Carência de vitamina B12.

O comprometimento da memória é o sintoma inicial mais comum da demência da DA. Em pacientes com a forma típica da doença, déficits em outros domínios cognitivos podem aparecer com, ou após, o desenvolvimento do comprometimento da memória;

Memória episódica declarativa: O subtipo da memória primariamente afetado.

Podemos caracterizá-la como a memória responsável por lembrar fatos e datas;

Ainda é possível subdividi-la em:

Memória imediata: É aquela que usamos para repetir algo que aconteceu imediatamente antes (ex.: um número de telefone que acabou de ser escutado);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Memória para fatos recentes: É aquela que usamos para lembrar algo que ocorreu há algum tempo (ex.: lembrar uma pequena sequência numérica, após um período de distração). Como essa janela de tempo pode ser variável, é possível explicar como alguns fatos antigos (como aqueles que ocorreram há dias ou meses) não podem mais ser recordados no paciente com DA, justamente porque ele perde a capacidade de consolidação dos fatos recentes.

A disfunção executiva e o comprometimento visuoespacial estão frequentemente presentes no início, enquanto déficits na linguagem e sintomas comportamentais geralmente se manifestam mais tarde no curso da doença. Esses déficits se desenvolvem e progridem de forma insidiosa;

Há disfunção executiva, caracterizada pela incapacidade de resolver problemas que antes eram facilmente solucionados. Além disso, a capacidade de percepção da doença é afetada nos pacientes com DA. Assim, eles passam a não mais perceber a doença (uma condição conhecida como anosognosia: perda de consciência);

Com a evolução da doença, os sintomas passam a acometer outros domínios cognitivos, tornando a distinção entre os tipos de demência mais difícil. Sintomas como alucinações e ilusões tornam-se comuns com o tempo;

Mais raros, os déficits de linguagem, as anormalidades visuoespaciais ou mesmo as funções executivas podem ser prejudicados, como o sintoma inicial mais proeminente nas formas atípicas;

Outros sintomas: Apraxia, disfunção olfatória e distúrbios do sono.

Curso clínico: A DA progride inexoravelmente. O progresso da doença pode ser medido com escalas de estado mental, como o miniexame do estado mental (MMSE), a avaliação cognitiva de Montreal (MoCA) e a escala de classificação de demência clínica.

Embora o curso clínico medido por tais escalas não seja necessariamente linear, vários estudos descobriram que os pacientes diminuem de 3-3,5 pontos, em média, no MMSE a cada ano, com uma minoria (< 10%) apresentando declínio mais rápido e progressivo de 5-6 pontos no MMSE anual.

FATORES DE RISCO

- O fator de risco mais importante para o desenvolvimento da doença é a idade;
- A presença de alelo APOE4, o baixo nível educacional, uma história familiar de DA e fatores de risco cardiovasculares também aumentam a chance de desenvolvimento da doença;
- Estima-se que dois terços das pessoas diagnosticadas com DA são mulheres.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico de DA na prática depende dos critérios clínicos descritos abaixo.

Deve-se suspeitar de DA em idosos com início insidioso de declínio progressivo da memória e, pelo menos, outro domínio cognitivo que leve ao comprometimento das atividades da vida diária.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Exame de rastreio: A MoCA é uma excelente ferramenta de triagem. Junto, deve ser realizada uma anamnese detalhada, analisando-se início dos sintomas, tempo de evolução da doença e domínio cognitivo afetado. Além disso, uma **avaliação neuropsicológica** e um **exame de neuroimagem** são fundamentais para o diagnóstico adequado.

Ressonância magnética de encéfalo: É o exame de imagem de escolha, primeiramente por excluir outras patologias, como hematomas subdurais, neoplasias e hidrocefalias; e segundo porque pode fornecer achados específicos como atrofia da região hipocampal ou atrofia do lobo temporal medial.

Outras técnicas menos utilizadas rotineiramente incluem SPECT/PET, que evidenciam hipoperfusão/hipometabolismo temporoparietal.

Biomarcadores: A utilização de biomarcadores pode trazer maior confiabilidade ao diagnóstico, principalmente em situações em que há dúvidas, como em pacientes com início sintomático precoce. **Os achados são:** Redução liquórica do Aß42 e aumento da proteína TAU fosforilada.

O teste genético não é recomendado na avaliação de rotina de pacientes com DA.

Critérios Diagnósticos

A confirmação é realizada apenas com achados patológicos. Entretanto, um diagnóstico de DA provável pode ser estabelecido por:

- Comprometimento cognitivo estabelecido pela anamnese do paciente e por um informante experiente, e exame objetivo do estado mental à beira do leito ou teste neuropsicológico;
- Interferência na capacidade de funcionar nas atividades habituais;
- Início insidioso;
- Progressão gradual (declínio cognitivo de um nível anterior de funcionamento e desempenho);
- Sintomas iniciais: não necessitam ser relacionados com a memória;
- Ausência de outro diagnóstico que interfira na cognição (não explicado por transtorno psiquiátrico importante);
- Comprometimento cognitivo envolvendo, no mínimo, dois dos seguintes domínios:
    - Capacidade prejudicada de adquirir e lembrar de novas informações;
    - Raciocínio prejudicado, execução de tarefas complexas, mau julgamento;
    - Habilidades visuoespaciais prejudicadas;
    - Funções de linguagem prejudicadas;
    - Alterações na personalidade ou comportamento.

Biomarcadores, ressonância magnética de encéfalo e estudos funcionais (SPECT/PET) aumentam a certeza diagnóstica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Diagnóstico Diferencial

Os distúrbios mais comuns considerados no diagnóstico diferencial da DA são demência vascular e outras demências neurodegenerativas. As duas demências neurodegenerativas mais comuns após a DA são:

- Demência por corpúsculos de Lewy (DLB);
- Demência frontotemporal (DFT).

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Tratamento Não Farmacológico

O tratamento da DA vai muito além das medidas medicamentosas. Uma boa abordagem familiar com explicações sobre a doença, evolução dos sintomas e tratamentos disponíveis é fundamental.

A maioria da população já ouviu falar da doença, e é possível que um estigma sobre o nome "doença de Alzheimer" aflija a todos os familiares.

Além disso, cuidadores geralmente sofrem com muito estresse, portanto é importante que o médico avalie a rede de apoio social do paciente.

Torna-se fundamental o papel do médico de realizar um acolhimento emocional, explicando o curso clínico esperado da doença e as possibilidades terapêuticas, e de ser o elo em um atendimento clínico integrado, que pode envolver também fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, profissionais de educação física, fonoaudiólogos e nutricionistas.

Tratamento Farmacológico

Duas classes de medicações são aprovadas para uso clínico: os inibidores da acetilcolinesterase e o antagonista do receptor NMDA (Memantina).

Os inibidores da acetilcolinesterase são compostos por três medicamentos: Donepezila, Rivastigmina e Galantamina. Todos têm como principal efeito colateral sintomas gastrointestinais e bradicardia.

A Memantina é indicada em combinação com um inibidor da colinesterase em pacientes com DA avançada.

O Aducanumabe, um anticorpo monoclonal contra a beta-amiloide, foi aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) recentemente, indicado para uso em pacientes com DA leve. Ele está associado ao risco de anormalidades na imagem por ressonância magnética, incluindo edema e micro-hemorragia, exigindo monitoramento por RNM durante o tratamento. Não disponível no Brasil.

A Vitamina E (alfa-tocoferol) e a Selegilina (um inibidor da monoamina-oxidase) foram estudadas na DA devido às suas propriedades antioxidantes, e os resultados de ensaios randomizados foram mistos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Globalmente, os dados disponíveis sugerem que a Vitamina E, numa dose de 2.000 unidades internacionais por dia, confere um benefício modesto no atraso da progressão funcional em pacientes com DA leve a moderada, sem qualquer efeito mensurável no desempenho cognitivo. No entanto, não há vantagem no uso da selegilina, uma vez que tem mais efeitos colaterais e maior custo.

Tratamento de Sintomas Comportamentais

É muito comum na prática médica nos depararmos com pacientes com DA que apresentem sintomas psiquiátricos, como agitação, alucinação e depressão. Novamente, as medidas não farmacológicas são cruciais, a saber:

- Ambiente calmo, familiar;
- Sinais de orientação, como marcas/placas nas portas dos quartos;
- Iluminação adequada do ambiente, que ajuda a evitar falhas de orientação.

Comportamento agressivo pode ser conduzido com linguagem calma, clara e direta, no sentido de distrair o paciente.

Além disso, medicações podem ajudar no controle de sintomas de agitação. Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ex.: Citalopram, Sertralina) podem ajudar no controle desses sintomas, principalmente quando associados à depressão.

Em determinadas situações, pode ser necessário o uso de medicações neurolépticas para controle de sintomas comportamentais/agressividade. Nesse caso, os neurolépticos atípicos devem ser usados como referência, sempre levando em conta o aumento do risco cardiovascular e o possível aumento de mortalidade dessas medicações, quando usadas em adultos idosos com demência. Neurolépticos típicos (Haloperidol) produzem efeitos extrapiramidais com maior frequência.

Visão da Psiquiatria

As alterações histopatológicas da doença se iniciam anos antes de seu aparecimento clínico. Por isso, é importante ficar atento e iniciar intervenções precoces que permitem manter os níveis cognitivos e funcionais do paciente pelo maior tempo possível.

Alguns casos de comprometimento cognitivo leve (CCL) podem evoluir para DA, sendo importante acompanhar essa população.

A maioria dos pacientes com DA manifesta, pelo menos, um sintoma neuropsiquiátrico. Tais alterações podem ser agrupadas em quatro categorias:

- **Psicose:** Transtornos do sono, delírios e alucinações;
- **Hiperatividade:** Euforia, desinibição, agressividade, comportamento bizarro;
- **Apatia:** Transtorno alimentar ou comportamento apático;
- **Afetividade:** Ansiedade e/ou depressão (que pode ser comorbidade ou ser o primeiro sintoma, precedendo os demais até em anos, além de acelerar o declínio cognitivo).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Outra importante escala que pode ser usada para diagnóstico e classificação da gravidade dos pacientes de tempos em tempos é a **CDR** (*clinical dementia rating*), um instrumento semiestruturado, mas que pode auxiliar na decisão de iniciar, associar ou interromper algumas medicações.

O tratamento não consegue parar o desenvolvimento da doença, algo que precisa ficar claro principalmente para os cuidadores e familiares.

Na **doença leve a moderada,** é possível usar inibidores da acetilcolinesterase, que apresentam benefícios modestos, reduzindo a velocidade de declínio. Essa classe também ajuda em alguns sintomas comportamentais e agitação. Os inibidores da acetilcolinesterase parecem também promover benefícios nos estágios graves, mas alguns optam por suspendê-los nesta etapa. É necessário garantir que o paciente não esteja usando medicação anticolinérgica (ex.: Difenidramina, Oxibutinina e antidepressivos tricíclicos).

Atividades como palavras-cruzadas e outros desafios mentais também são recomendadas.

Nos **casos moderados a graves,** pode ser adicionada a Memantina.

Os **sintomas psicóticos e a agitação** poderiam melhorar com:

- Antipsicóticos atípicos, apesar do risco já descrito. Pesar risco x benefício;
- Trazodona ou Melatonina, no caso de dificuldade para dormir;
- Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (Citalopram) para os sintomas depressivos;
- Estabilizador do humor (ex.: Ácido valproico) para sintomas disruptivos (ex.: episódios de raiva).

Algumas drogas hipnóticas (como Zolpidem ou Zopiclona) parecem aumentar o risco de quedas.

Atividade física e prática de exercício regulares parecem ter impacto positivo sobre a prevenção e até mesmo sobre o desenvolvimento da doença.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Tempo de atendimento inicial;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alzheimer's Association. 2017 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement. 2017; 13:325-73.

Rabinovici GD. Late-onset Alzheimer disease. Continuum (Minneap Minn). 2019; 25(1):14-33.

Mendez MF. Early-onset Alzheimer disease and Its variants. Continuum (Minneap Minn). 2019; 25(1):34-51.

APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Apostolova LG. Alzheimer disease. Continuum (Minneap Minn). 2016; 22(2):419-34.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE PRÉ-ECLÂMPSIA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com pré eclâmpsia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

DEFINIÇÃO

A pré-eclâmpsia e a hipertensão na gestação são intercorrências clínicas frequentes que precisam ser investigadas minuciosamente.

A pré-eclâmpsia é definida como a presença inédita de hipertensão com proteinúria ou lesão de órgãos alvo (rins, cérebro e fígado) que ocorre após 20 semanas de gestação, enquanto a hipertensão crônica caracteriza-se por ser diagnosticada antes da gestação ou até a 20ª semana da gravidez atual.

Mais prevalentes em primigestas, as síndromes hipertensivas complicam 6-10% das gestações e são classificadas como doenças multissistêmicas, podendo cursar com disfunções hepática, renal e neurológica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FISIOPATOLOGIA

A primeira é a placentação defeituosa com a invasão superficial do citotrofoblasto. Ocorrem duas ondas de invasões trofoblásticas, a primeira em torno de 8-10 semanas e a segunda entre 16-18 semanas de gestação.

Na pré-eclâmpsia, ocorre ausência da migração da segunda onda trofoblástica, evoluindo, assim, para perfusão uteroplacentária comprometida, disfunção endotelial, hipóxia e isquemia placentária, com consequências futuras para mãe e feto.

Em casos de pré-eclâmpsia com menos de 20 semanas, atentar para a associação/causa com mola hidatiforme.

Em casos de aparecimento de pré-eclâmpsia após 2 dias ou até 6 semanas do parto, considera-se pré-eclâmpsia tardia.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Hipertensão gestacional: Elevação da pressão arterial (≥ 140 x 90 mmHg) iniciada após 20 semanas de gestação na ausência de critérios diagnósticos para pré-eclâmpsia. É um diagnóstico provisório que pode mudar para hipertensão crônica se a pressão arterial permanecer elevada além das 12 semanas pós-parto. Se a pressão arterial normalizar após 12 semanas, o diagnóstico é hipertensão transitória da gravidez.

Pré-eclâmpsia (PE): É a hipertensão (≥ 140 x 90 mmHg) associada à proteinúria de início recente (> 300 mg/24 horas) após 20 semanas de gestação. Se não houver proteinúria, o diagnóstico requer um ou mais sinais ou sintomas de disfunção de órgãos-alvo:

Trombocitopenia (< 100.000 plaquetas/microlitro);
Função hepática alterada (transaminases hepáticas séricas elevadas até duas vezes a concentração normal);
Dor persistente no quadrante superior direito ou dor epigástrica que não responde à medicação;
Nova insuficiência renal (creatinina sérica elevada > 1,1 mg/dL ou duplicação da creatinina sérica em paciente sem outra doença renal);
Oligúria: diurese < 500 mL/24 horas;
Edema pulmonar;
Fotopsia (flashes de luz) e/ou escotomas (áreas escuras no campo visual);
Dor de cabeça intensa ou que persiste e progride apesar da terapia analgésica;
Alteração do estado mental.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CLASSIFICAÇÃO

Início precoce, se ocorrer antes de 34 semanas de gestação, ou início tardio, se ocorrer em 34 semanas ou mais;

A pré-eclâmpsia também é classificada quanto à presença ou à ausência de sinais de gravidade;

PE sem sinais de gravidade: ≥ 140 x 90 mmHg e proteinúria ≥ 300 mg/24 horas;

PE com sinais de gravidade: Pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg (em duas ocasiões com pelo menos 4 horas de intervalo) e/ou um dos seguintes sinais e sintomas:

Oligúria < 500 mL/24 horas;
Trombocitopenia < 100.000/mm3;
Dor epigástrica;
Edema pulmonar ou cianose;
Creatinina sérica > 1,1 mg/dL;
Concentração sérica de transaminase > 2 vezes o limite superior da faixa normal;
Cefaleia intensa, fotopsia, cegueira cortical, vasoespasmo da retina e/ou escotomas cintilantes.
Eclâmpsia: Convulsão em mulheres com pré-eclâmpsia sem outra causa identificável. A eclâmpsia pode ocorrer durante os períodos pré-parto, parto ou pós-parto. Mais de 90% dos casos ocorrem com 28 semanas de gestação ou posteriormente.

Hipertensão arterial crônica: Antecede a gravidez, está presente antes de 20 semanas gestacionais ou persiste por mais de 12 semanas após o parto.
Pré-eclâmpsia sobreposta: Gestantes portadoras de hipertensão crônica com sinais clínicos e/ou laboratoriais de pré-eclâmpsia.
Observação: Proteinúria de 300 mg/24 horas equivale a 1+ de proteína no EAS.

FATORES DE RISCO

- Nuliparidade;
- História familiar (principalmente mãe e irmãs);
- Idade > 40 anos ou < 18 anos;
- Pré-eclâmpsia em gestação prévia;
- Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m^2);
- Hipertensão crônica;
- PA ≥ 130 x 80 na primeira consulta de pré-natal;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Doença renal crônica;
- Gestação múltipla;
- Diabetes;
- Doença autoimune (ex.: síndrome do anticorpo antifosfolipídeo , lúpus eritematoso sistêmico);
- Fertilização in vitro;
- Doença vascular prévia;
- Etnia negra;
- Portadoras de HIV;
- Hidropsia fetal;
- Apneia obstrutiva do sono;
- Nível sérico de chumbo elevado;
- Alteração no índice de pulsatilidade uterina e marcadores angiogênicos (PLGF e SFLT-1);
- Na maioria dos casos, a doença aparece na segunda metade da gestação.

Marcadores de gravidade:

- Cefaleia;
- Turvação visual (visão turva, cegueira temporária ou escotomas);
- Dor abdominal/ epigastralgia;
- Náuseas e/ou vômitos;
- Confusão mental;
- Anemia hemolítica microangiopática (critério para síndrome HELLP);
- Plaquetopenia < 100.000;
- LDH ≥ 600 (critério para síndrome HELLP);
- Aumento das enzimas hepáticas: TGO ≥ 70 unidades/L (critério para síndrome HELLP).

Complicações maternas:

- Acidente vascular encefálico (AVE);
- Descolamento prematuro de placenta;
- Hematoma hepático com possibilidade de ruptura;
- Falência hepática;
- Falência cardíaca;
- Coagulação vascular disseminada;
- Falência renal.
- Complicações fetais:
- Crescimento fetal restrito;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Oligoidrâmnio;
- Prematuridade;
- Morte neonatal;
- Alterações da viabilidade visualizadas ao exame Doppler: aumento da resistência da artéria umbilical e diminuição da resistência da artéria cerebral média, podendo evoluir para centralização fetal.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Pré-eclâmpsia

Pico hipertensivo ≥ 140 x 90 mmHg em duas aferições em um intervalo de 4 horas e proteinúria após 20 semanas de gestação. Na ausência de proteinúria, o diagnóstico ainda pode ser feito se a hipertensão de início recente for acompanhada por sinais ou sintomas de disfunção de órgãos alvo;

Em caso de gravidade, o critério é estabelecido com os valores de PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg (em duas ocasiões com pelo menos 4 horas de intervalo) associados ou não a sinais e sintomas de disfunção de órgãos alvo;

Proteinúria ≥ 300 mg em 24 horas ou relação proteína/creatinina ≥ 0,3;

Sinais laboratoriais de disfunção orgânica: contagem plaquetária < 100.000, creatinina sérica > 1,1 ou valor de creatinina duas vezes maior que o basal e valor de enzimas hepáticas duas vezes maior que o basal;

Sinais clínicos de disfunção orgânica:

Fotopsia (enxergar flashes de luz) e/ou escotomas (áreas escuras no campo visual);

Dor de cabeça intensa ou que persiste e progride apesar da terapia analgésica;

Estado mental alterado;

Dor abdominal persistente no quadrante superior direito;

Dor epigástrica que não responde à medicação e não justificada por um diagnóstico alternativo.

Síndrome HELLP

Contagem plaquetária < 100.000;

AST duas vezes maior que o basal;

Bilirrubina total ≥ 1,2 mg/dL;

Esquizócitos no esfregaço do sangue periférico;

Anemia grave não relacionada com a hemorragia;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Baixos níveis de haptoglobina sérica (≤ 25 mg/dL);

Lactato desidrogenase (LDH) ≥ 600.

Acompanhamento

Rastreio: No primeiro e segundo trimestres, pode-se avaliar o índice de pulsatilidade das artérias uterinas para estimar o risco de desenvolvimento de PE de acordo com o resultado (IP médio > P95), além de realizar dosagem de PAPP-A, PLGF e SFLT-1 (fatores de crescimento angiogênico).
Observação: Não há evidências de que esses marcadores devem ser utilizados de forma rotineira em virtude das limitações na sensibilidade e dos custos de sua incorporação.
A ACOG e a OMS recomendam que a predição da pré-eclâmpsia seja baseada na história clínica da paciente:
Aferir pressão arterial em todas as consultas durante a gestação;
Realizar teste para proteinúria em mulheres com hipertensão no início do pré-natal para estabelecer uma linha de base. A proteinúria altera o diagnóstico para pré-eclâmpsia ao longo da gestação.
Avaliação fetal: Avaliação com ultrassonografia (USG) obstétrica com dopplerfluxometria a cada três semanas ou mensalmente. Em caso de alteração, deve-se avaliar o intervalo entre os exames.
A USG é indicada para avaliar o volume de líquido amniótico e estimar o peso fetal em razão do aumento do risco de oligoidrâmnio e da restrição do crescimento fetal.
Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade ou hipertensão leve: Se não houver indicação de parto com menos de 37 semanas de gestação, sugere-se conduta expectante com monitoramento materno e fetal. Para mulheres além de 37 semanas de gestação, é sugerido parto em vez de observação contínua.

Recomenda-se a dosagem laboratorial de:

- Contagem plaquetária;
- Creatinina sérica;
- Proteinúria de 24 horas;
- Hematócrito;
- Hematoscopia;
- Ureia;
- Ácido úrico;
- Proteínas totais e frações;
- Enzimas hepáticas;
- Bilirrubinas totais e frações.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Pré-eclâmpsia

Hipertensão essencial prévia: Ao iniciar o pré-natal de uma paciente com doença hipertensiva preexistente, deve-se investigar a presença de lesão de órgão alvo e solicitar:

- Proteinúria;
- Creatinina sérica;
- TGO/TGP;
- Hemograma;
- Eletrocardiograma (ECG) ou ecocardiograma.

Suspende-se o tratamento vigente na ausência de lesão em órgão alvo.

O tratamento da hipertensão arterial prévia deve ser instituído se PA ≥ 160 x 110 mmHg e se não houver lesão de órgão alvo. Caso contrário, o *cutoff* é PA ≥ 150 x 100 mmHg. O objetivo do tratamento é manter PAS de 120-150 mmHg e PAD de 80-100 mmHg.

Hipertensão gestacional: Quando houver aumento pressórico durante a gestação, deve-se investigar pré-eclâmpsia (> 20 semanas) com os mesmos exames citados anteriormente.

Tratamento anti-hipertensivo: Casos com indicação de terapia medicamentosa têm como primeira linha de tratamento:

- Metildopa: 750-2.000 mg/dia divididos de 2-4x/dia;
- Clonidina: 0,2-0,6 mg/dia dividido de 2-3x/dia;
- Nifedipino *retard*: 20-120 mg/dia divididos de 1-3x/dia;
- Anlodipino: 5-20 mg/dia divididos de 1-2x/dia;
- Hidralazina:* 50-150 mg/dia divididos de 1-3x/dia;
- Metoprolol:* 100-200 mg/dia divididos de 1-2x/dia;
- Carvedilol:* 12,5-50 mg/dia divididos de 1-2x/dia.

*Recomenda-se o uso dessas medicações como terceiro fármaco para associação de medicamentos para controle pressórico ou no caso de impossibilidade de uso dos fármacos de primeira escolha. Os betabloqueadores de maior experie ̂ncia clínica são o Labetalol e o Pindolol, entretanto o primeiro não está liberado para uso no Brasil e o segundo foi recentemente retirado do mercado.

Na fase puerperal, podem-se usar como opção Captopril (50-150 mg/dia) ou outros inibidores da ECA.

Em mulheres com hipertensão crônica, os medicamentos anti-hipertensivos devem ser continuados ou o regime pré-gestacional ser retomado após o parto, considerando-se a segurança na amamentação. Prefere-se, porém, não introduzir diuréticos no puerpério, pois

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

pode haver redução do volume vascular e comprometimento da amamentação.

Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade: Não há indicação de tratamento medicamentoso na pré-eclâmpsia, salvo condições de prematuridade extrema. Os estudos apontam que o tratamento medicamentoso com viabilidade fetal já estabelecida não altera o curso e a evolução da doença, não sendo, portanto, indicado.

Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade: Controle clínico até 32/34 semanas. Depois, está indicada interrupção. A internação da paciente, a administração de corticoide visando ao amadurecimento do pulmão fetal, o controle pressórico e a estabilização do quadro antes da interrupção são obrigatórios. Hidralazina é a primeira escolha de anti-hipertensivo.

Síndrome HELLP: Avaliar o quadro clínico da paciente. Após estabilização do quadro, deve-se indicar a interrupção da gestação. Avaliar internação em CTI.

Pré-eclâmpsia sobreposta: Deve ser conduzida como pré-eclâmpsia, independentemente da hipertensão preexistente

Eclâmpsia

Internação hospitalar: Internação da paciente em unidade intensiva. Proteção da paciente para evitar traumas durante eventuais novas crises convulsivas.

Avaliação laboratorial:

- Hemograma completo;
- Coagulograma completo;
- LDH;
- Creatinina sérica;
- Proteinúria de 24 horas;
- Ureia;
- Creatinina;
- Ácido úrico;
- Proteínas totais e frações;
- Enzimas hepáticas;
- Bilirrubinas totais e frações.

Avaliação clínica: Principalmente da pressão arterial. Avaliar anti-hipertensivo (Hidralazina, bloqueador do canal de cálcio) e sulfato de magnésio. Interrupção da gestação após estabilização do quadro. Avaliar sulfato de magnésio de 24-48 horas após o parto. Existem outros fármacos anti-hipertensivos, como bloqueadores do canal de cálcio (ex.: Nifedipino), que são usados como segunda opção no tratamento da crise aguda.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Parto

Paciente com fator de risco para desenvolver pré-eclâmpsia (mas que não desenvolveu): A partir de 39 semanas;

- Hipertensão crônica sem medicações: A partir de 39 semanas;
- Hipertensão crônica controlada com medicações: A partir de 38 semanas;
- Hipertensão crônica de difícil controle: A partir de 36-37 semanas;
- Hipertensão gestacional: A partir de 37 semanas;
- Pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade: A partir de 37 semanas;
- Pré-eclâmpsia com critérios de gravidade: A partir de 34 semanas;
- Síndrome HELLP/ eclâmpsia: Imediatamente após estabilização clínica.

Pós-parto

- A pré-eclâmpsia e a eclâmpsia apresentam, em geral, melhora após o parto.
- É importante continuar avaliando a curva pressórica no pós-parto imediato até 42 dias. Muitas vezes, a paciente mantém o esquema anti-hipertensivo de que fez uso durante a internação para, posteriormente, reduzir ou continuar os fármacos. Mais uma vez, é importante avaliar cada caso individualmente.
- Nesse período, o uso de AINE precisa ser evitado, uma vez que cursa com piora da hipertensão por reduzir a produção de prostaglandina, promovendo consequente diminuição da vasodilatação e aumento da retenção de sódio. Desse modo, a analgesia deve ser realizada preferencialmente com opioides.
- A mortalidade materna pode alcançar 20%. É a principal causa de morte materna no Brasil ocasionada principalmente por hemorragia cerebral (60%).

As morbidades associadas à pré-eclâmpsia e à eclâmpsia que podem determinar a morte incluem:

- Insuficiência renal;
- AVE;
- Insuficiência cardíaca;
- Edema agudo de pulmão;
- Coagulopatia;
- Insuficiência hepática.

Todas as pacientes que apresentaram pré-eclâmpsia devem receber orientação quanto aos potenciais riscos de desenvolverem doenças cardiovasculares e renais.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Tempo de atendimento inicial;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins – Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2019; 133(1):e26-e50.

August P. Management of hypertension in pregnant and postpartum women. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on June 9, 2022).

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Comissão nacional de pré-eclâmpsia. Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. São Paulo: FEBRASGO, 2017.

Rezende J, Montenegro CA. Obstetrícia Fundamental. 12a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 1a ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO DE DIABETES GESTACIONAL

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com diabetes gestacional.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Médicos

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Defeito de secreção e/ou ação de insulina, resultando em hiperglicemia. O diabetes mellitus gestacional (DMG) é a intolerância aos carboidratos que se inicia na gestação e não preenche critérios diagnósticos para diabetes mellitus fora da gestação.

Após o parto e o puerpério, pode permanecer e necessitar de investigação.

Aproximadamente 1% das mulheres em idade reprodutiva tem diabetes mellitus tipos 1 ou 2 prévia. Aproximadamente 5% desenvolverão diabetes gestacional. Sua incidência tem aumentado pela pandemia de obesidade na população mundial.

Pode ser classificada como diabetes tipo 1, tipo 2 e gestacional (DMG):

Tipo 1: Deficiência completa de insulina, através de um processo autoimune contra as ilhotas pancreáticas;

Tipo 2: Combinação entre a resistência insulínica e a inadequada resposta compensatória de secreção à insulina;

DMG: Desenvolve-se durante a gestação em mulheres cuja função pancreática é insuficiente para superar a resistência à insulina associada ao estado gestacional.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Apresentação Clínica

Anamnese

Fatores de risco:

Antecedentes de óbito fetal/neonatal;

DMG em gestação prévia;

Idade materna avançada;

Obesidade ou ganho excessivo de peso durante a gestação (IMC > 25 kg/m²);

História familiar de diabetes em parente de primeiro grau;

Polidramnia;

Macrossomia fetal (> 4 kg);

Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez em vigência;

Duas ou mais perdas gestacionais prévias;

Presença de condições associadas à resistência à insulina: acantose nigricans, obesidade central, hipertrigliceridemia, hipertensão arterial sistêmica, síndrome de ovários policisticos.

Alterações Fisiológicas durante o Período Gestacional

Ocorre tendência à hipoglicemia e, em consequência, há queda na necessidade de uso de insulina no primeiro trimestre, dada a maior passagem de glicose para o feto;

É importante atentar para quadros de êmeses, hiperêmese e náuseas nesta fase da gestação, que colaboram para um agravo nos quadros de hipoglicemia, principalmente em pacientes diabéticas prévias;

O hormônio lactogênio placentário humano tem como característica ser contrainsulínico (assim como o hormônio do crescimento, o hormônio liberador de corticotropina e a progesterona). Começa a ser produzido no segundo trimestre, promovendo a substituição do estado hipoglicêmico do primeiro trimestre por um perfil de resistência insulínica, sendo um processo fisiológico da gestação. A fisiopatologia do diabetes gestacional ocorre neste momento, quando o pâncreas não consegue contornar este estado hiperinsulínico;

O terceiro trimestre fisiológico com boa função placentária cursa com aumento nas doses de insulinoterapia. Em caso de diminuição da dose, suspeitar de insuficiência placentária;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Na fase puerperal, não há mais a principal ação do hormônio contrainsulínico (hormônio lactogênio placentário), em razão da ausência da placenta. Entretanto, deve-se orientar a paciente a procurar investigação de seu status glicêmico, pois quase 30% dessas diabéticas gestacionais se tornam diabéticas tipo 2. Mudanças no estilo de vida devem ser sugeridas. A retestagem seis semanas após o parto deve ser orientada.

Abordagem Diagnóstica

O protocolo mais usado e preconizado é o da ADA (2019), sendo este o rastreio universal, que deve ser realizado desde a primeira consulta pré-natal.

Se Idade Gestacional < 20 Semanas

Realizar glicemia sérica de jejum :

Se < 92 mg/dL, realizar teste oral de tolerância à glicose (TOTG) entre 24-28 semanas;

Se ≥ 126 mg/dL, confirma-se diabetes mellitus diagnosticado durante a gestação;

Se entre 92-125 mg/dL, confirma-se diabetes mellitus gestacional.

Se Idade Gestacional > 20 Semanas

Realizar TOTG entre 24-28 semanas ou imediatamente após 28 semanas. Valores de referência:

Jejum: 92-125 mg/dL;

1 hora: 180 mg/dL;

2 horas: 153-199 mg/dL.

Na presença de glicemia alterada, é confirmado diabetes mellitus gestacional.

Na presença de glicemia ≥ 126 mg/dL em jejum, ou ≥ 200 mg/dL na segunda hora, é confirmado diabetes mellitus diagnosticado durante a gestação.

Abordagem Terapêutica

Objetivo: Euglicemia.

Após o diagnóstico de diabetes gestacional, deve-se iniciar dieta e investigar se há necessidade de insulinoterapia adicional.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Dieta: Sempre iniciar com dieta e exercício físico. Retornar em 15 dias para reavaliação, seguir a terapêutica com investigação adicional. Dieta composta de 40-50% de carboidratos, 15-20% de proteínas e 30-40% de gordura, divididas ao longo do dia.

Insulinoterapia: Indicação formal para as pacientes que já faziam uso antes de gestar, pacientes que usavam antidiabético oral, diabetes gestacional sem controle apenas com dieta:

A ACOG utiliza os parâmetros para controle ideal com os valores de: Jejum > 95 mg/dL, e/ou após 1 hora > 140 mg/dL, e/ou 2 horas pós-prandial > 120 mg/dL para indicar insulinoterapia;

Manejo da dose com insulina NPH: 0,2-0,7 unidade/kg dividida em ⅔ pela manhã em jejum e ⅓ à noite antes do jantar. Pode ser associada à ação de insulinoterapia de ação rápida e/ou intermediária;

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

Percentual de Adesão ao Tratamento e Acompanhamento de Diabetes Gestacional

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Montenegro CAB, Braga A, Rezende Filho J. Diabetes melito. In: Rezende obstetrícia fundamental. 12a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Diabetes mellitus: rotinas assistenciais da maternidade-escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. [Internet]. UFRJ. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ. (Acesso em 12 de maio, 2022).

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

Secretaria Municipal de Saúde (RJ). Diabetes mellitus. 1a ed. Rio de Janeiro: SMS; 2016.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE ASTIGMATISMO

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com astigmatismo.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Médicos

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Definição: Defeito óptico resultante de uma curvatura desigual gerada da córnea ou mais raramente do cristalino ou de outras estruturas oculares. Os raios luminosos de diferentes meridianos não podem ser focados no mesmo ponto da retina.

Fisiopatologia

A principal causa de astigmatismo é a corneana, em que os meridianos da córnea têm curvaturas diferentes. Geralmente existe um componente genético envolvido.

Apresentação Clínica

Anamnese e Exame Físico

Os sintomas variam de acordo com a atividade do paciente e o tipo de astigmatismo;
A diminuição da visão é mais comum nos astigmatismos mais altos, principalmente quando compostos e oblíquos;
Alguns pacientes podem ter desconforto visual para perto, associado à dificuldade acomodativa para perto;
Cefaleia frontal e temporal, e lacrimejamento podem ocorrer.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Abordagem Diagnóstica

Exame oftalmológico completo, incluindo acuidade visual sem e com refração;

Topografia corneana pode ser necessária para classificar o astigmatismo e descartar os astigmatismos irregulares.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

Tempo Médio de Espera para Atendimento Ambulatorial

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves AA. Refração. 4a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

Read SA, Collins MJ, Carney LG. A review of astigmatism and its possible genesis. Clin Exp Optom. 2007; 90(1):5-19.

Alpins N, Ong JK, Stamatelatos G. New method of quantifying corneal topographic astigmatism that corresponds with manifest refractive cylinder. J Cataract Refract Surg. 2012; 38(11):1978-88.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE MIOPIA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente miopia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3. RESPONSABILIDADE

Médicos

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Definição: Distúrbio da refração em que um objeto no infinito, sem efeito da acomodação, é focalizado na frente da retina (no vítreo), gerando uma imagem desfocada.

Fisiopatologia

O poder de refração do olho pode ser muito grande em relação ao seu diâmetro (por modificações da curvatura corneana ou alterações do cristalino) ou o diâmetro anteroposterior pode ser grande em relação ao poder de refração (caso haja um aumento relativo ou de fato absoluto por alongamento do olho).

Geralmente, a miopia está associada a fatores genéticos, mas ela também pode ser desenvolvida ou agravada por excesso do uso da visão de perto na infância.

Apresentação Clínica

Anamnese

- Embaçamento visual para longe;
- Boa visão para perto;

Fatores de risco: História familiar, prematuridade, esforço visual para perto e esoforia.

Classificação

As miopias se dividem em primárias e secundárias:

As formas primárias se subdividem em fisiológicas, intermediárias, patológicas e por curvatura:

- ✓ Pacientes com miopia abaixo de -3,00 dioptrias (D) são portadores de miopia fisiológica;
- ✓ Entre -3,00 e -5,00 D apresentam tanto miopia fisiológica como intermediária;
- ✓ Entre -5,00 e -8,00 D possuem miopia intermediária ou patológica;
- ✓ Miopia superior a -8,00 D são portadores, invariavelmente, de miopia patológica.
- ✓ As formas secundárias decorrem de alterações estruturais no globo ocular (como as secundárias ao alongamento do globo, glaucoma congênito, por exemplo).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Associações

Sistêmicas: Alguns exemplos:

- ✓ Síndrome de Down;
- ✓ Síndrome de Marfan;
- ✓ Homocistinúria;
- ✓ Síndrome de Ehlers-Danlos;
- ✓ Síndrome de Stickler;
- ✓ Síndrome de Pierre-Robin;
- ✓ Síndrome de Prader-Willi;
- ✓ Síndrome de Noonan.

Oculares:

- ✓ Catarata congênita;
- ✓ Opacidades da córnea;
- ✓ Ptose;
- ✓ Distrofias da coroide e retina (retinose pigmentar, distrofia de cones, cegueira noturna congênita estacionária, coroideremia, atrofia girata);
- ✓ *Ectopia lentis*;
- ✓ Persistência de fibras de mielina;
- ✓ Retinopatia da prematuridade;
- ✓ Albinismo.

Abordagem Diagnóstica

- ✓ Exame oftalmológico completo, incluindo acuidade visual sem correção, com correção e exame de refração;
- ✓ Pode ser necessária a biometria para avaliação do comprimento axial, em casos de miopia elevada;
- ✓ Pode ser necessária a topografia corneana para avaliação da curvatura corneana, em alguns casos. É importante descartar a possibilidade de ceratocone.

Acompanhamento

Todo paciente com miopia elevada deve fazer um exame de mapeamento de retina no mínimo anualmente para avaliar possíveis lesões:

- ✓ Roturas de retina;
- ✓ Degenerações periféricas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- ✓ Descolamento de retina regmatogênico;
- ✓ Degeneração miopia.

Abordagem Terapêutica

- ✓ Correção com lentes divergentes (negativas): Óculos, lentes de contato gelatinosas ou lentes de contato rígidas (gás permeáveis);
- ✓ Cirurgia refrativa (PRK ou LASIK), nos casos habilitados;
- ✓ Implante de lente intraocular (LIO) fácica pode ser uma possibilidade em pacientes com alta miopia e impossibilidade de correção total com a cirurgia refrativa corneana.

Controle de Miopia

O objetivo é diminuir a progressão do grau de miopia na infância e adolescência.

Os tratamentos para controle de miopia visam diminuir o grau final de miopia na fase adulta, fazendo com que os pacientes tenham menor grau e menor risco de lesões de retina.

O controle da miopia se divide em controle ambiental, tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.

Em relação ao controle ambiental:

- ✓ Crianças até 2 anos não devem ser submetidas a telas;
- ✓ Crianças de 2 a 5 anos podem usar telas no máximo 1 hora por dia;
- ✓ Crianças de 6 a 10 anos podem usar telas no máximo 1 a 2 horas por dia;
- ✓ De 11 a 18 anos o uso de telas deve ser limitado a 2 a 3 horas por dia;
- ✓ As atividades externas a luz do sol devem ser estimuladas diariamente, pois são protetoras em relação ao crescimento ocular.

Tratamento farmacológico: Colírio de Atropina em baixa dose (0,01-0,05%) (eficácia entre 60-77%).

Ortoceratologia: Lentes de contato noturnas que remodelam a córnea durante o sono fazendo com que o paciente não tenha grau durante o dia. O efeito é reversível, mas elas também diminuem a progressão do grau (eficácia entre 37-56%).

Lentes de contato modificadoras do defocus periférico (eficácia entre 25-79%).

Lentes oftálmicas bifocais ou progressivos (eficácia média de 19%);.

Lentes oftálmicas com defocus periférico (DIMS) (progressão de miopia 52% menor em dioptrias e 62% menor em crescimento do comprimento axial).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A eficácia do tratamento se refere à diminuição da progressão. Ex.: paciente de 6 anos de idade com -1,00 esf, e quando adulto -6.00 esf de miopia. Caso se institua um tratamento com eficácia de 50%, ele teria -3.50 na idade adulta, diminuindo muito os riscos de sequelas da alta miopia.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Percentual de Satisfação dos Pacientes com o Atendimento Ambulatorial

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves AA. Refração. 4a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

Bullimore MA, Ritchey ER, Shah S, et al. The risks and benefits of myopia control. Ophthalmology. 2021; 128(11):1561-1579.

Cooper J, Tkatchenko AV. A review of current concepts of the etiology and treatment of myopia. Eye Contact Lens. 2018; 44(4):231-47.

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE GLAUCOMA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com glaucoma agudo de ângulo fechado.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Médicos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Definição: Oclusão aguda da malha trabecular, levando a obstrução do fluxo de humor aquoso e consequente aumento da pressão intraocular. Associado a maior velocidade de progressão e morbidade visual que o glaucoma de ângulo aberto.

Fisiopatologia

Bloqueio pupilar: A aposição do cristalino e da íris posterior na pupila causa bloqueio do fluxo de humor aquoso da câmara posterior para a câmara anterior, provocando aumento da pressão posterior e obstrução da malha trabecular.

Bloqueio não pupilar: Compressão do ângulo como resultado de configuração anatômica anormal (maior espessura da periferia da íris, sua inserção mais anterior e/ou posicionamento mais anterior dos processos ciliares).

Fechamento secundário do ângulo:

- Membrana neovascular fechando o ângulo por tração (glaucoma neovascular);
- Membrana obstruindo o ângulo (membrana endotelial na síndrome ICE);
- Contato íris-trabecular como resultado de cristalino grande (glaucoma facomórfico), olho pequeno (nanoftalmo) ou fraqueza zonular (ex.: pseudoexfoliação, trauma);
- Induzido por drogas, pelo edema do corpo ciliar e rotação anterior do diafragma íris-cristalino (ex.: Topiramato);
- Tumor de segmento posterior;
- Descolamento de coroide hemorrágico;
- Glaucoma maligno por desvio do aquoso da câmara anterior para posterior.

Apresentação Clínica

Anamnese

Quadro clínico: Dor ocular de forte intensidade, visão borrada, cefaleia frontal, náuseas e vômitos, visão de halos.

Fatores de risco:

- Idade (aumenta em pacientes > 60 anos), exceto aqueles por bloqueio não pupilar (mais jovens);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Sexo feminino;
- Ascendência asiática;
- História familiar positiva (primeira geração tem maior risco);
- Hipermetropia (nos casos de bloqueio pupilar);
- Comprimento axial (tendência a terem câmaras mais rasas): olhos nanoftálmicos têm risco mais aumentado;
- Cristalino volumoso.

Exame Oftalmológico

- Pressão intraocular subitamente muito elevada (> 40 mmHg);
- Redução da acuidade visual;
- Edema microcístico da córnea;
- Hiperemia conjuntival com injeção ciliar;
- Pupila fixa com midríase média;
- Ângulo fechado no olho envolvido e ângulo estreito no outro olho (se for primário);
- Câmara anterior rasa e *flare*;
- Abaulamento periférico da íris.

Abordagem Diagnóstica

Avaliar fatores de risco e eventos precipitantes (ex.: permanência em ambientes pouco iluminados, leitura, uso de colírios midriáticos, estresse, medicações como antagonistas parassimpáticos ou agonistas simpáticos e topiramato).

Biomicroscopia: Procurar precipitados ceráticos, neovascularização ou atrofia de íris, pupila em média midríase e pouco reativa, sinequia posterior, células e *flare* na câmara anterior.

Tonometria: Aferição da pressão intraocular.

Gonioscopia: Avaliação do ângulo iridocorneano.

Fundoscopia: Procurar sinais de oclusão de veia central da retina, hemorragia, alterações do nervo óptico e pulsações arteriais espontâneas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Ultrassonografia modo B ou UBM: Quando existir suspeita de glaucoma secundário.

Diagnóstico Diferencial

- Crise glaucomatociclítica (síndrome de Posner-Schlossman);
- Glaucoma de ângulo aberto inflamatório;
- Inflamação, hemorragia retrobulbar e fístula carotidocavernosa;
- Glaucoma traumático (hemolítico);
- Glaucoma pigmentar;
- Glaucoma pseudoexfoliativo;
- Efusão ciliocoróidea (esclerite posterior, panfotocoagulação retiniana e faixa escleral);
- Uveíte hipertensiva.

Acompanhamento

Indicações de internação:

- Nos casos em que se determina necessidade de medicação parenteral, o que dependerá da gravidade e apresentação;
- Considerar em casos de fechamento secundário de ângulo induzido por Topiramato ou outra sulfonamida, para tratamento com agentes hiperosmóticos EV e esteroides EV naqueles em que a PIO não responde a outros tratamentos.

Abordagem Terapêutica

Depende da etiologia, da gravidade e da duração da crise.

Acuidade visual pior que 20/400: Incluir todas as medicações tópicas para glaucoma não contraindicadas, Acetazolamida VO e, em alguns casos, osmóticos EV.

PIO < 50 mmHg e perda visual menos grave: Agentes parenterais/orais raramente são necessários.

Gonioscopia com compressão: Essencial para saber se o bloqueio é reversível, e, nesses casos, interromper a crise aguda.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Reavaliar PIO e acuidade visual em 1 hora: Se PIO e visão mantidas, repetir as medicações tópicas e administrar Manitol 20% 1-2 g/kg EV em 1 hora ou Glicerina 50% 1,5 g/kg.

Bloqueio pupilar: Se PIO diminuir e ângulo estiver aberto, aguardar córnea ficar clara e câmara sem inflamação para tratamento definitivo. Liberar com Acetato de prednisolona 1%, Acetazolamida 500 mg VO 2x/dia, betabloqueador tópico e/ou alfa-agonista 2x/dia e Pilocarpina 1%-2% 4x/dia (se fácico).

Se a PIO não diminuir após dois cursos de tratamento: Iridotomia periférica com *laser* (YAG) se houver visualização da íris.

Fechamento secundário: Tratar o problema subjacente.

Indicações Cirúrgicas

Glaucoma facomórfico: Facectomia, assim que a PIO estiver controlada.

PIO não diminui após tratamento farmacológico e iridotomia periférica com YAG *laser* ou é impossível realizar iridotomia com *laser*: Iridectomia cirúrgica ou procedimento cirúrgico filtrante.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Percentual de Satisfação dos Pacientes com o Atendimento Ambulatorial.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ehlers JP, Shah CP. Manual de doenças oculares do Wills Eye Hospital - Diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Kanski JJ, Bowling B. Clinical ophthalmology, a systematic approach. 7th ed. Edinburgh: Elsevier Saunders, 2011.

Sociedade Brasileira de Glaucoma. 2º Consenso de Glaucoma Primário de Ângulo Fechado. São Paulo: SBG, 2012.

Weinreb RN, Aung T, Medeiros FA. The pathophysiology and treatment of glaucoma: a review. JAMA. 2014; 311(18):1901-11.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE CATARATA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com catarata.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Médicos

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Definição: Opacificação do cristalino.

Fisiopatologia

A catarata mais comum é a senil (relacionada à idade). Outras causas pré-senis são:

- Diabetes;
- Distrofia miotônica;
- Dermatite atópica;
- Trauma penetrante, concussão e choque elétrico;
- Toxicidade por esteroides, mióticos e antipsicóticos;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Síndrome de pseudoexfoliação;
- Secundária à uveíte anterior crônica;
- Secundária à radiação ionizante;
- Secundária ao tumor (corpo ciliar);
- Secundária ao glaucoma agudo de ângulo fechado;
- Secundária à doença ocular degenerativa (retinite pigmentosa, amaurose congênita de Leber, atrofia girata, Síndrome de Wagner-Stickler);
- Secundária à alta miopia.

Catarata subcapsular posterior: Associada à metaplasia fibrosa do epitélio do cristalino.

Catarata nuclear: Esclerose do núcleo.

Catarata cortical: Envolve o córtex anterior, posterior e equatorial.

Apresentação Clínica

Anamnese

Quadro clínico:

- Borramento ou perda da visão lentamente progressivos, em geral ao longo de meses a anos, afetando um ou ambos os olhos;
- Pode ocorrer ofuscamento e percepção de cores diminuída;
- A catarata nuclear normalmente borra a visão para longe mais do que a visão para perto (alteração miópica);
- A catarata subcapsular posterior está comumente associada ao ofuscamento, dificuldade na leitura e perda visual mais profunda;
- A catarata cortical também pode provocar ofuscamento, mas em muitos casos é assintomática até que alterações centrais se desenvolvam.

Fatores de risco: Inflamação ocular, uso de esteroides, diabetes, trauma ou radiação são fatores de risco para catarata subcapsular posterior.

Exame Oftalmológico

Catarata nuclear: Descoloração amarelada ou marrom do cristalino central.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Catarata subcapsular posterior (SCP): Opacidade em forma de placa sob a cápsula posterior.

Catarata cortical: Opacidades radiais ou tipo raio de roda na periferia que se expandem envolvendo o cristalino anterior e posterior.

Abordagem Diagnóstica

- **Histórico:** Medicações em uso, doenças sistêmicas e história de traumas. Pesquisar história de doença ocular anterior ou visão diminuída antes da catarata;
- Realizar exame ocular completo, incluindo acuidade visual longe e perto, refração, biomicroscopia, tonometria (medida da pressão intraocular) e fundoscopia (descartar outras causas de diminuição da visão). O exame sob lâmpada de fenda com dilatação é necessário para visualizar a catarata adequadamente;
- Fazer ultrassom modo B caso o fundo de olho não possa ser visualizado pela opacidade de meios, para descartar doença detectável do segmento posterior;
- O medidor de acuidade potencial (PAM) ou a interferometria a laser podem ser usados para estimar o potencial visual quando a cirurgia for considerada em um olho com doença do segmento posterior;
- A topografia e a biometria devem ser realizadas para determinar o poder da lente intraocular desejada;
- A microscopia especular está relacionada à predição da saúde da córnea no pós-operatório, que pode ser afetada pela perda de células endoteliais durante o procedimento cirúrgico.

Acompanhamento

A menos que haja complicação decorrente da catarata (ex.: aumento da pressão intraocular), a catarata por si só não exige ação urgente. Os pacientes que recusam a remoção cirúrgica devem ser reexaminados anualmente e com maior frequência se os sintomas piorarem.

Abordagem Terapêutica

- Determinar a etiologia, se a catarata é responsável pela visão diminuída e se a remoção cirúrgica melhoraria a visão;
- A cirurgia de catarata pode ser indicada pelas seguintes razões: melhorar a função visual em pacientes com incapacidade visual sintomática, como tratamento cirúrgico para

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

doença ocular associada (ex.: uveíte, glaucoma facomórfico ou facolítico) ou para facilitar o tratamento de doença ocular (ex.: monitorar ou tratar retinopatia diabética ou glaucoma);

- Corrigir qualquer erro de refração se o paciente se recusar a fazer a cirurgia;
- Cirurgia de facoemulsificação com implante de lente intraocular (é preferida em relação à facectomia extracapsular nos últimos anos. Esta última, porém, ainda é a escolha em alguns poucos casos). O tipo de lente intraocular implantada é escolhido pelo cirurgião de acordo com o caso em questão.

Profilaxia

Nenhum estudo provou como prevenir ou retardar a progressão da catarata, mas a maioria acredita que algumas estratégias podem ajudar, como:

- Parar de fumar;
- Fazer *check-up* em médico generalista, evitando o desenvolvimento e descontrole do diabetes e outras doenças associadas à catarata;
- Dieta rica em frutas e vegetais com grande quantidade de vitaminas, nutrientes e antioxidantes;
- Usar óculos escuros com proteção solar contra raios UVB;
- Reduzir ingestão alcoólica.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Percentual de Satisfação dos Pacientes com o Atendimento Ambulatorial.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ehlers JP, Shah CP. Manual de doenças oculares do Wills Eye Hospital - Diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência. 5a ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

Kanski JJ, Bowling B. Clinical ophthalmology, a systematic approach. 7th ed. Edinburgh: Elsevier Saunders, 2011.

Jain S, Rajshekar, K, Aggarwal A, et al. Effects of cataract surgery and intra-ocular lens implantation on visual function and quality of life in age-related cataract patients: a systematic review protocol. 2019; 8(1):204.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO DE PERDA AUDITIVA

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com perda auditiva.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. RESPONSABILIDADE

Médicos

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Definição: A perda auditiva condutiva ocorre quando há impedimento na condução da onda sonora pelo ouvido externo e/ou médio até chegar à cóclea.

Fisiopatologia

A onda sonora é captada pela orelha externa; no conduto auditivo externo, sofre amplificação e é transmitida para o ouvido médio através da vibração da membrana timpânica. Esta, por sua vez, mobiliza o sistema ossicular (martelo, bigorna e estribo), que é responsável por amplificar o estímulo sonoro e transmiti-lo à cóclea, local onde ocorrerá a transformação da onda sonora em estímulo eletroquímico. Algumas patologias do ouvido médio e/ou externo impedem a correta transmissão do som até a cóclea, caracterizando as perdas auditivas condutivas.

Etiologias e Diagnósticos Diferenciais

- ✓ Microtia/anotia;
- ✓ Atresia de conduto auditivo externo;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- ✓ Queratose obliterante;
- ✓ Cerume impactado;
- ✓ Otite externa aguda (difusa/localizada);
- ✓ Osteoma/exostose de conduto auditivo externo;
- ✓ Otite média aguda;
- ✓ Otite média serosa;
- ✓ Otite média crônica (simples/colesteatomatosa);
- ✓ Pólipos benignos;
- ✓ Tumores glômicos;
- ✓ Otosclerose;
- ✓ Malformação/disjunção de cadeia ossicular;
- ✓ Deiscência de canal semicircular;
- ✓ Trauma de osso temporal;
- ✓ Perfuração da membrana timpânica.

Apresentação Clínica

Anamnese

Quadro clínico: O paciente queixa-se de hipoacusia, que pode ser de instalação súbita ou insidiosa, a depender da causa. A queixa de autofonia costuma estar presente, e os pacientes tendem a falar com baixa intensidade sonora, uma vez que a via óssea está preservada e ele ouve bem sua voz. O relato de zumbido e sons como "*crackles*" ou estalidos são frequentes.

Exame Físico

A inspeção (ectoscopia) e a otoscopia geralmente são suficientes para o diagnóstico etiológico da perda auditiva condutiva (malformações, cerume, otites e perfurações timpânicas). Os testes com diapasão ajudam a caracterizar a perda auditiva condutiva:

- Weber: lateraliza para o lado acometido;
- Rinne: encontra-se negativo na orelha comprometida;
- Schwabach: encontra-se prolongado na orelha afetada.

Abordagem Diagnóstica

Na maioria dos pacientes, a anamnese e o exame físico detalhados são suficientes para identificar o fator etiológico da perda auditiva condutiva. A audiometria é o exame complementar

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

inicial a ser solicitado para confirmar a perda auditiva de padrão condutivo. Nesses pacientes, a via óssea está normal, com "*gap*" aéreo-ósseo > 15 dB e boa discriminação vocal.

A imitanciometria é outra importante ferramenta no diagnóstico diferencial. A seguir, estão descritos os tipos de curvas encontradas e as possíveis patologias associadas:

- **Curva A:** Pode ser encontrada na otosclerose;
- **Curva Ar:** Sugere rigidez do sistema tímpano-ossicular;
- **Curva Ad:** Sugere disjunção do sistema ossicular;
- **Curva B:** Pode sugerir perfuração da membrana timpânica ou secreção ocupando a caixa timpânica;
- **Curva C:** Característica de disfunção da tuba auditiva.

A tomografia computadorizada de mastoides pode ser necessária para investigar causas tumorais, malformações, otites crônicas e otosclerose. Caso esteja disponível, deve-se optar pela tomografia computadorizada de alta resolução, uma vez que será possível obter mais informações sobre a etiologia e programar de maneira mais precisa a abordagem indicada.

Exames de rotina: Audiometria tonal, vocal e imitanciometria.

Critérios Diagnósticos

Audiometria:

- Via aérea pior que a óssea;
- "*Gap*" aéreo-ósseo > 15 dB;
- Via óssea normal;
- Discriminação de 100%;
- "*Gap*" aéreo-ósseo nunca > 60 dB.

Abordagem Terapêutica

O tratamento será guiado pela patologia de base, podendo ser por meio de abordagens simples (remoção de cerume impactado) ou até mesmo por procedimentos cirúrgicos (colocação de tubo de ventilação nas otites serosas, timpanoplastias nas perfurações timpânicas, estapedotomias para a otosclerose e colocação de próteses ancoradas no osso em casos de malformações de orelha). O aparelho de amplificação sonora individual (AASI) pode ser uma opção aos pacientes com perdas auditivas condutivas e que não desejam realizar procedimentos cirúrgicos.

A abordagem precoce deve ser objetivada, especialmente na população pediátrica, reduzindo, assim, os possíveis prejuízos no desenvolvimento da fala e das vias auditivas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

5. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Percentual de Satisfação dos Pacientes com o Atendimento Ambulatorial.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dorigueto RS, Mezzalira R, Serra AP. Semiologia dos órgãos da audição e do equilíbrio. In: Neto SC, et al. Tratado de otorrinolaringologia. 2a ed. São Paulo: Roca, 2011.

Kurc M, Amatuzzi MG. Fisiologia da audição. In: Neto SC, et al. Tratado de otorrinolaringologia. 2a ed. São Paulo: Roca, 2011.

Weber PC, Deschler DG, Kunins L. Etiology of hearing loss in adults. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on Nove

7. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1.1.3.2 Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos.

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA O FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS

Este Manual tem como objetivo apresentar os aspectos fundamentais e as orientações técnicas para operação dos sistemas e aplicativos envolvidos no processamento e captação da produção ambulatorial: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) para a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Além disso, visa oferecer subsídios, nos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria dos serviços de saúde integrantes de sua rede ambulatorial. Atualizado em conformidade com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define um Sistema de Informação de Serviços de Saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997).

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

Ao longo dos anos, o SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

A Alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde, estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Informação da Atenção à Saúde, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

As diretrizes para disponibilização das versões mensais e/ou arquivos de configuração dos sistemas de informação sob a gestão da Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI/ DRAC/SAS/MS), bem como o envio das bases de dados desses sistemas pelos Gestores dos Estados, à base de dados nacional do Sistema Único de Saúde (SUS).

A necessidade de adequar os conceitos e fluxos pertinentes ao envio e reprocessamento dos arquivos que alimentam as Bases de Dados Nacionais do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

Ficam definidos o processamento e envio de arquivos de dados para os bancos de dados nacionais do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), conforme a seguir:

1. Envio de arquivos de dados dentro do cronograma estabelecido.

2. Apresentação retroativa de atendimentos ambulatoriais em competência posterior a do atendimento, respectivamente, respeitando-se o prazo de apresentação para processamento de até 4 competências (a contar a partir do mês de atendimento).

3. Reapresentação de atendimentos ambulatoriais (APAC) e/ou hospitalares, na competência de processamento atual, anteriormente apresentados e rejeitados na base local/nacional, respeitando-se o prazo de envio de até 6 competências (a contar do mês de atendimento).

4. Reprocessamento, anteriormente enviado e carregado na base federal, por outro contendo integralmente os dados da competência em questão, com a finalidade de retificar dados erroneamente processados no SIA/SUS e/ou no SIH/SUS.

No processamento o SIA/SUS aceita as produções com atendimentos realizados na competência de processamento e de no máximo 03 meses anteriores ao mês de processamento, totalizando 4 meses.

As APAC apresentadas e que, por alguma razão, foram bloqueadas ou rejeitadas, poderão ser reapresentadas no prazo de 6 meses, a contar a partir do mês de atendimento.

O envio dos arquivos para o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), por meio do módulo Transmissor, deve obedecer à ordem cronológica de competências. Ou seja, para que seja possível transmitir a competência vigente de processamento é obrigatório estar com as competências anteriores carregadas e aprovadas na base nacional.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Os procedimentos da Tabela SUS devem ser registrados e faturados em concordância com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS.

Atualizar, periodicamente ou sempre que necessário, a listagem de profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento, sua respectiva carga horária, instalações físicas, serviços especializados e suas respectivas classificações, leitos e equipamentos, procedendo aos devidos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde

Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no estabelecimento de saúde, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no estabelecimento, observando, inclusive as Resoluções e Instruções vigentes do Conselho Federal de Medicina

A responsabilidade pela integridade da informação e pela veracidade dos dados encaminhados para Base Nacional do SIA/SUS é extremamente importante.

O encaminhamento das remessas de faturamento ambulatorial à Secretaria de Estado da Saúde conforme cronograma é uma obrigação firmada pela IPGSE.

Sistemas de Base

- Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES): É sistema do cadastro oficial do MS, que possibilita efetuar o cadastramento de todos os estabelecimentos de saúde e profissionais prestadores de serviço ao SUS, ou não. Possibilita identificar os estabelecimentos de saúde nos aspectos de estrutura física, recursos humanos, equipamentos, profissionais e serviços ambulatoriais e hospitalares.

- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP): sistema gerenciado pela CGSI/DRAC/SAS/MS que disponibiliza a tabela de procedimentos do SUS, com todos seus atributos aos estabelecimentos de saúde credenciados ao SUS.

Sistema de Processamento

Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) é o sistema que operacionalizado pelo gestor local que processa toda a informação de produção ambulatorial da Atenção Básica e Especializada realizada pelos prestadores do SUS.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

O SIA é o sistema que permite o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial. As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

O SIA necessita de sistemas para o processamento e geração de informação:

Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP): sistema que gerencia a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e que contém todos os procedimentos, atributos e regras que possibilitam o processamento da produção ambulatorial, através do SIA, assim como a captação do atendimento ambulatorial, através dos aplicativos BPA-Mag e APAC-Mag. Essa tabela é inserida no processamento da produção ambulatorial, por meio da publicação mensal do pacote de tabelas BDSIA que tem que ser atualizada mensalmente nos sistemas e aplicativos.

Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES): sistema que possibilita efetuar o cadastramento de todos os estabelecimentos de saúde e de profissionais prestadores de serviço ao SUS, ou não.

Processamento

A partir da tabela de procedimentos e valores importados do SIGTAP, o SIA executa o tratamento desses dados que são utilizados como entrada para todos os módulos do sistema que usam tais informações.

A partir da informação de produção ambulatorial importada (BPA e APAC) no SIA, o Módulo de Processamento utiliza como base para validação e consistência: o cadastro dos estabelecimentos de saúde; a programação física orçamentária; a tabela de procedimentos do SUS e as críticas simples e cruzadas definidas pelo MS, visando à execução das funções de conferência e consolidação da produção ambulatorial apresentada pelos estabelecimentos de saúde.

O Módulo Cálculo do Valor Bruto efetua as funções que irão gerar os valores brutos de produção de cada estabelecimento de saúde. O cálculo é realizado tendo como base a produção ambulatorial, validada e consistida pelo módulo de processamento, e os valores orçamentários definidos no módulo de orçamento e na tabela de procedimentos do SUS.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

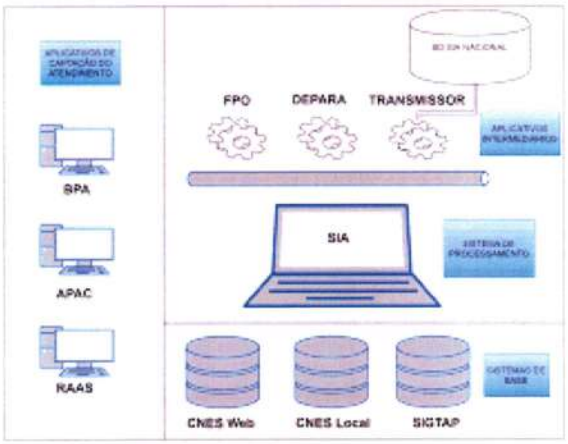


Figura 152 - Sistemas e Aplicativos da produção ambulatorial

Saídas

As remessas de faturamento ambulatorial da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis à Secretaria de Estado da Saúde seguirá conforme cronograma anual estabelecido e disponibilizado previamente pela Coordenação Estadual de Processamento de Informações/Gerência de Controle e Avaliação/Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação para os e-mails: sia.sesgo@gmail.com; aih.sesgo@gmail.com, impreterivelmente.

Após o processamento das informações ambulatoriais, o SIA fornece como produtos de saída, importantes relatórios que são utilizados para diversos fins.

Estes relatórios podem ser classificados em:

1. Relatórios de Acompanhamento da Programação Físico Orçamentária: conjunto de informações necessárias ao acompanhamento da programação física orçamentária visando subsidiar nos processos de controle e avaliação do orçamento determinado para cada estabelecimento de saúde.
2. Relatórios da Produção: conjunto de informações que apontam os lançamentos da produção ambulatorial aprovada ou rejeitada por qualquer tipo de inconsistência apontada pelo sistema.
3. Relatórios Financeiros e para Pagamento: conjunto de informações que apontam os valores brutos referente à produção ambulatorial realizada e aprovada para cada estabelecimento de saúde. Com as entradas e saídas definidas, são enumerados os módulos que

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

executarão as rotinas e processos que irão dar tratamento aos dados, consistindo em, validando-os, agregando-os e permitindo a produção das informações desejadas.

Os principais módulos do SIA englobam em cada um deles, funcionalidades inerentes a sua natureza específica. Dentre os módulos que constitui o sistema, destacam-se: (A) Administração da tabela de procedimentos; (B) Cadastro; (C) Orçamento; (D) Produção; (E) Diferença de pagamento; (F) Calculo do Valor Bruto de Produção.

A integração entre esses módulos é efetuada por meio da geração de um "conjunto de dados" que permitem a comunicação entre os módulos.

Disseminação

As informações processadas no SIA são encaminhadas, pelas secretarias estaduais de saúde ao DATASUS, para alimentar o Banco de Dados Nacional do SIA, cabendo a esse, efetuar a validação desses bancos de dados e realizar a disseminação das informações.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1.1.3.3 Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio.

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

Introdução

Este manual tem como objetivo padronizar as rotinas administrativas do setor de almoxarifado e patrimônio da Policlínica da Região Sudoeste – Quirinópolis, garantindo a eficiência, segurança e conformidade das operações relacionadas à coleta, armazenamento, controle e distribuição de medicamentos e materiais, e cumpre todas a normas exigidas na RDC Nº 430, DE 8 DE OUTUBRO DE 2020, que dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos.

O documento também visa assegurar a correta gestão dos bens patrimoniais, desde a aquisição até o descarte. O documento é uma ferramenta que busca garantir que os procedimentos sejam seguidos de maneira consistente, promovendo a eficiência e qualidade.

ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA O ALMOXARIFADO

Estrutura Organizacional do Almoxarifado

Almoxarife
Auxiliar de almoxarifado
Supervisor de Patrimônio

Responsabilidades

Almoxarife: Assegurar que as políticas e procedimentos de rotatividade de estoque sejam seguidos rigorosamente por toda a equipe. Recebimento e conferência de materiais, armazenamento e controle de estoque, distribuição interna, gestão de documentos, elaboração de relatórios e inventários, cumprimento de normas e procedimentos.

Auxiliar de almoxarife: Realizar a organização, controle e monitoramento dos estoques conforme os procedimentos descritos, garantindo a aplicação correta do método FIFO/FEFO. auxiliar do almoxarife, cumprimento de normas e procedimentos, manutenção da limpeza.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Normas e Procedimentos para Recebimento de Medicamentos e Materiais

Procedimentos de Recebimento

Conferência Inicial com a Ordem de compras

Almoxarifado recebe a ordem de compras enviada pelo setor de compras

Ordem de compra é arquivada até recebimento dos itens.

Comparar os itens descritos na nota fiscal com a ordem de compras para garantir que todos os materiais entregues estão de acordo com o que foi solicitado.

Conferência física dos materiais recebidos

Inspeção de Qualidade: verificar as condições de embalagem, conferência de lote, validade, integridade e temperatura, em caso de conformidade, finalizar o recebimento assinando o canhoto para pagamento, realizar o armazenamento adequado de acordo com cada item, conferindo o código de barras.

Quando existe inconsistência na nota fiscal, o responsável entra em contato com a empresa para solicitar a correção. Nesses casos o material/medicamento fica em um local reservado denominado quarentena até a resolução da pendência.

Caso alguma inconsistência seja observada, realizar o procedimento para devolução de itens com avarias ou inconformidades, comunicando o fornecedor.

Registro de Entrada/Registro no Sistema

Realizar a inserção dos dados dos materiais no sistema de gestão hospitalar. A entrada da nota fiscal deverá ser realizada em até 24 horas.

Inserir as etiquetas com os códigos de barras e rotulagem dos produtos.

Arquivamento de Documentos

Realizar procedimento para armazenamento de notas fiscais e comprovantes de recebimento.

Normas de Armazenamento

Organização do Almoxarifado (Layout),

Realizar o desenho do layout com a divisão das áreas de armazenamento por tipo de material e setorização para facilitar o acesso e a circulação de materiais.

Identificação e Rotulagem

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Procedimento para a rotulagem correta dos materiais, incluindo a identificação clara de prazos de validade.

Usar prateleiras e armários específicos para materiais sensíveis.

Condições de Armazenamento

Realizar controle da temperatura e umidade em áreas específicas do almoxarifado.

Procedimento para o monitoramento contínuo e registro dos dados ambientais em dois momentos no dia e registro na planilha.

CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE DO AMBIENTE

Serviço/Unidade:	Mês/Ano:	ATENÇÃO: Variação aceitável
	TEMPERATURA entre ____ ° e ____ °C	UMIDADE até _____

DIA	MANHÃ						TARDE						NOITE						Observação
	HORA	RESPONSÁVEL	TEMPERATURA			UMID	HORA	RESPONSÁVEL	TEMPERATURA			UMID	HORA	RESPONSÁVEL	TEMPERATURA			UMID	
			MAX	MIN	ATUAL				MAX	MIN	ATUAL				MAX	MIN	ATUAL		
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			

Figura 153 - Controle de Temperatura e Umidade do Ambiente

Assegurar a rotatividade de Estoque (PEPS/FIFO)

Este procedimento tem como objetivo garantir a gestão eficiente dos estoques, evitando perdas por vencimento, obsolescência, ou deterioração dos materiais armazenados, e garantindo que os itens em estoque sejam utilizados dentro do prazo de validade, mantendo a qualidade dos suprimentos disponíveis.

Para assegurar a rotatividade adequada dos itens estocados, o almoxarifado da Policlínica da Região Sudoeste – Quirinópolis deve adotar o método FIFO (First In, First Out) como padrão. Esse método prioriza a utilização dos produtos mais antigos, garantindo que os itens adquiridos primeiro sejam os primeiros a serem utilizados. Em casos específicos, onde a validade ou a natureza dos produtos exija, o método FEFO (First Expired, First Out) será aplicado, priorizando a saída dos itens com prazo de validade mais próximo ao vencimento.

**Atenção especial para os E.P.I.s que possuem C.A.

Procedimento para a remoção e descarte de produtos vencidos.

Estabelecer um procedimento padronizado para a identificação, remoção, e descarte de produtos vencidos no almoxarifado, garantindo a conformidade com as normas de segurança, saúde e meio ambiente, além de prevenir a utilização inadvertida de materiais fora do prazo de validade

Todos os produtos que atingirem a data de validade no almoxarifado devem ser removidos imediatamente das áreas de estoque e descartados de acordo com as regulamentações vigentes, seguindo um processo seguro e ambientalmente responsável. Nenhum produto vencido deve permanecer em áreas de fácil acesso ou ser redistribuído para uso.

Identificação de Produtos Vencidos

- Realizar inspeções semanais nos estoques para verificar as datas de validade dos produtos, identificando aqueles que estão próximos do vencimento ou já vencidos.
- Utilizar o sistema de gestão de estoque para gerar relatórios automáticos que listem os itens com datas de validade expiradas.
- Quando identificado um produto vencido, o responsável deve imediatamente retirar o item da área de armazenamento principal.
- Colocar os produtos vencidos em uma área de quarentena designada para produtos fora do prazo de validade, devidamente sinalizada e separada dos demais materiais.
- Documentar cada produto removido em um registro de produtos vencidos, incluindo a data de vencimento, quantidade, lote, e descrição do item.
- Informar a gestão do almoxarifado sobre a existência de produtos vencidos e solicitar autorização para o descarte.
- Descarte de Produtos: Produtos comuns, não perigosos, devem ser descartados seguindo as orientações de descarte da empresa, como coleta seletiva ou descarte em lixeiras apropriadas.
- Produtos considerados perigosos ou que exigem descarte especial (como materiais químicos ou biológicos) devem ser entregues a empresas licenciadas para esse tipo de manejo, conforme as normas ambientais e de saúde pública.
- Gerar o certificado de descarte, quando aplicável, e arquivá-lo junto ao registro de produtos vencidos para fins de auditoria e conformidade.
- Notificar os setores envolvidos sobre o descarte dos produtos vencidos para assegurar que todos estejam cientes e que nenhum produto seja utilizado por engano.
- Enviar relatórios mensais de descarte para a gestão, detalhando os produtos vencidos, a quantidade, e o método de descarte utilizado, além de quaisquer recomendações para melhorar o controle de estoque e evitar desperdícios futuros.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Controle de Estoque

Realizar verificações periódicas nos estoques para identificar itens próximos ao vencimento e tomar as medidas necessárias, como a priorização do consumo interno ou redistribuição para outras áreas que possam utilizá-los com maior celeridade.

Atualizar constantemente o sistema de gestão de estoque para refletir as saídas e entradas de materiais, garantindo que os dados sejam precisos e atualizados.

Gerar relatórios mensais de rotatividade de estoque, destacando itens com baixa ou alta rotatividade, vencimentos iminentes e possíveis ações corretivas.

Apresentar os relatórios à gestão para avaliação e tomadas de decisões estratégicas relacionadas ao gerenciamento de estoque.

Inventário

O inventário de estoque deve ser realizado periodicamente para assegurar que os registros do sistema de gestão de estoque correspondam à quantidade física disponível no almoxarifado. Isso inclui a contagem física dos itens, a verificação da integridade dos produtos, e a identificação de possíveis desvios ou perdas. O inventário pode ser realizado de forma total trimestralmente e cíclica semanalmente.

- **Inventário Geral (Anual)**

Realizado uma vez por ano, normalmente no final do exercício fiscal, abrangendo todos os itens armazenados no almoxarifado.
Realizar o planejamento prévio, realizar a paralisação temporária das operações do almoxarifado para garantir a precisão na contagem.

- **Inventário Cíclico**

Realizado de forma contínua ao longo do ano, onde grupos de produtos específicos são contados em intervalos regulares.
Permite a identificação de divergências de forma mais ágil e frequente, sem a necessidade de paralisação total das atividades.

- **Inventário Rotativo**

Envolve a contagem de uma parte do estoque a cada dia, semana ou mês, de modo que, ao final de um período determinado, todo o estoque tenha sido inventariado.
Realizar quando a necessidade for identificada.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Procedimentos para Realização do Inventário – Planejamento

- Determinar o tipo de inventário a ser realizado (geral, cíclico ou rotativo).
- Definir a data e o período em que o inventário será executado, comunicando todas as partes envolvidas.
- Assegurar que o sistema de gestão de estoque esteja atualizado antes do início do inventário.
- Organizar o estoque, garantindo que todos os itens estejam devidamente etiquetados e identificados.
- Bloquear temporariamente a entrada e saída de materiais durante o período de inventário para evitar alterações nos saldos durante a contagem.
- Designar equipes responsáveis pela contagem física dos itens, distribuindo as tarefas de acordo com as seções do almoxarifado.
- Utilizar formulários os formulários (ficha de contagem) para registrar as quantidades contadas de cada item, verificando a integridade e validade dos produtos.
- Em casos de inventário cíclico ou rotativo, garantir que a contagem seja concluída dentro do período estabelecido para cada grupo de itens.
- Comparar os dados do inventário físico com os registros do sistema de gestão de estoque.
- Identificar e investigar quaisquer discrepâncias encontradas entre as quantidades físicas e registradas, através do relatório de divergência.
- Ajustar os registros de estoque conforme necessário, documentando as justificativas para correções e informando a gestão.
- Gerar um relatório final detalhando os resultados do inventário, incluindo as quantidades contadas, as discrepâncias encontradas, e as ações corretivas tomadas.
- Analisar os relatórios para identificar padrões de divergência que possam indicar problemas nos processos de gestão de estoque, como perdas, extravios, ou falhas nos registros.

Registro e Relatórios

Controle de Entrada e Saída
Realizar o registro detalhado de todas as movimentações de materiais no almoxarifado.
Gerar relatórios mensais de estoque para análise da gestão e planejamento.

Procedimentos de Distribuição e Entrega Interna

Estabelecer diretrizes claras para a distribuição e entrega interna de materiais no almoxarifado, garantindo que os itens solicitados sejam entregues de forma eficiente, precisa e

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

em conformidade com as necessidades dos departamentos requisitantes, contribuindo para a continuidade das operações e o atendimento das demandas internas da organização.

Os materiais armazenados no almoxarifado devem ser distribuídos e entregues aos departamentos solicitantes de maneira organizada e em tempo hábil. A entrega deve seguir um fluxo de trabalho padronizado para garantir que os itens certos sejam entregues nos locais corretos, evitando atrasos, perdas ou equívocos na distribuição.

Rotina de distribuição

- As solicitações de materiais devem ser feitas pelos departamentos requisitantes através do sistema de gestão de estoque ou por meio de formulários padronizados em caso de contingência, devidamente autorizados pelo responsável do setor.
- Cada solicitação deve conter informações detalhadas, como a descrição do item, quantidade, unidade requisitante, nome do solicitante, e a data desejada para a entrega.
- Ao receber a solicitação, a equipe de almoxarifado deve verificar a disponibilidade do item no estoque.
- Realizar a separação dos materiais solicitados de acordo com as especificações detalhadas, utilizando o método FIFO (First In, First Out) para assegurar a rotatividade do estoque.
- Conferir a quantidade separada, garantindo que corresponda exatamente ao solicitado, minimizando erros durante a entrega.
- Registrar no sistema de gestão de estoque a saída dos materiais, incluindo a quantidade, o código do item, o departamento solicitante e o responsável pela retirada.
- Emitir uma nota de saída ou um documento de entrega interna, que deverá ser assinado pelo responsável da unidade requisitante no ato da entrega.
- Organizar a entrega dos materiais conforme as rotas e horários estabelecidos nos acordos aprovados pela Qualidade, otimizando o tempo e os recursos disponíveis.
- Transportar os materiais de forma segura até o local designado, assegurando que sejam entregues em perfeitas condições.
- No momento da entrega, solicitar a conferência dos itens pelo responsável da unidade requisitante e a assinatura no documento de entrega como comprovante de recebimento.
- Após a entrega, manter um canal aberto para que os departamentos possam reportar qualquer divergência ou problema relacionado ao material entregue.
- Registrar qualquer ocorrência e tomar as medidas corretivas necessárias, como reposição de itens ou ajustes nos processos de distribuição.
- Avaliar periodicamente o processo de entrega interna, buscando melhorias contínuas para garantir maior eficiência e satisfação dos departamentos atendidos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Entrega e Controle de Saída

Realizar registro de saída no sistema de gestão.

Arquivar documentação e registro das entregas realizadas, com a devida assinatura de recebimento.

Planejamento da logística interna para a entrega rápida e eficiente dos materiais.

Treinamento e Desenvolvimento

Será realizado de treinamentos periódicos.

Avaliação de desempenho e reciclagem de conhecimentos.

Indicadores de Desempenho

Monitoramento de KPIs (Key Performance Indicators) para avaliar a eficiência da gestão de estoque e realizar análise de dados e implementação de melhorias contínuas.

- Taxa de Obsolescência: Percentual de itens que se tornaram obsoletos ou vencidos em relação ao total de estoque.
- Tempo Médio de Permanência no Estoque: Tempo médio que os itens permanecem no estoque antes de serem utilizados ou distribuídos.
- Acuracidade do Estoque: Grau de conformidade entre o estoque físico e o registrado no sistema de gestão.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

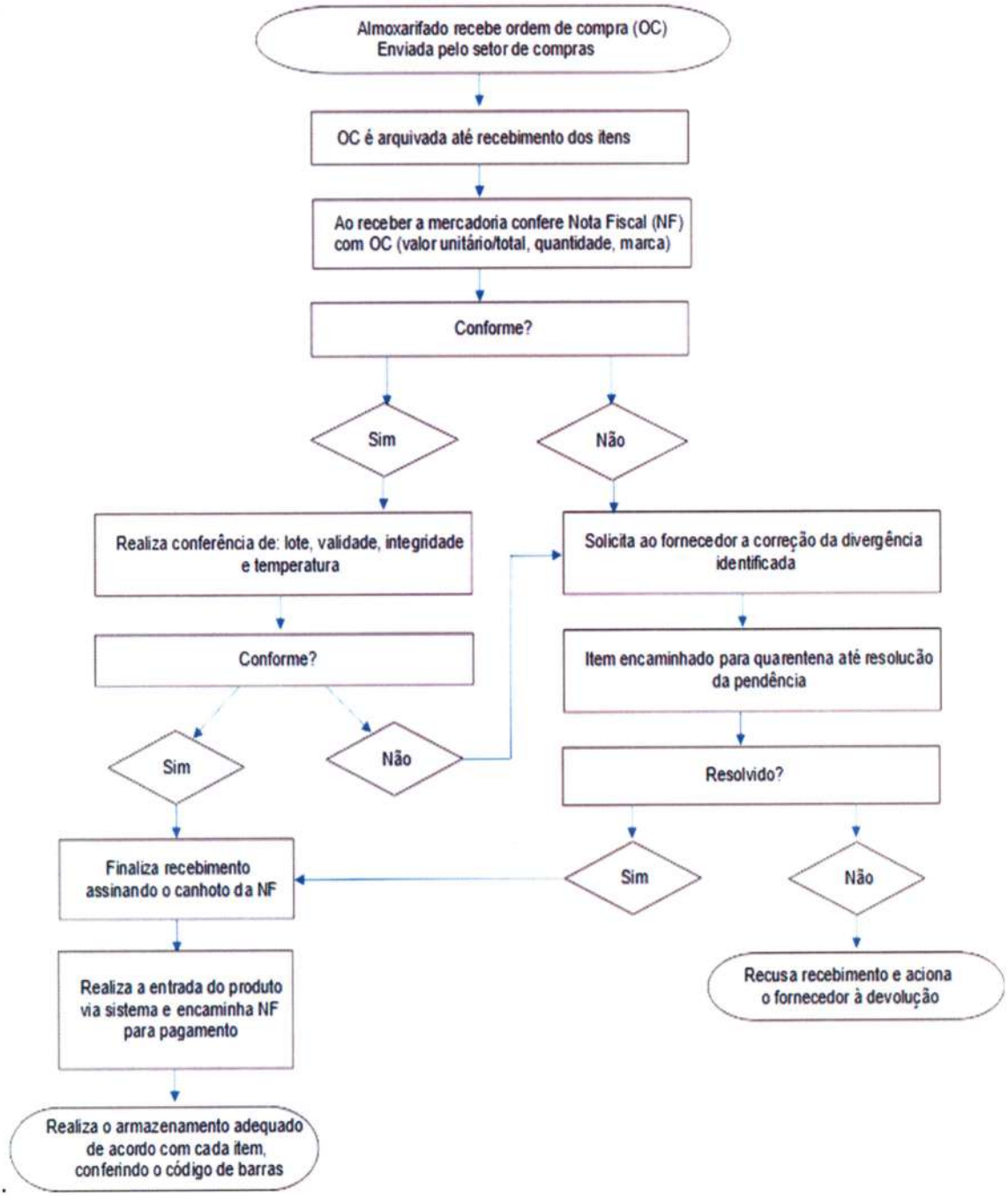


Figura 154 - Fluxograma de Recebimento de Medicamentos e Materiais

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

O controle patrimonial envolve o registro detalhado de todos os bens móveis e imóveis da Policlínica da Região Sudoeste - Quirinópolis, adquiridos com recursos orçamentários ou não, garantindo que cada ativo seja devidamente catalogado e disponível para uso.

A função do controle patrimonial envolve uma série de atividades essenciais que vão desde o recebimento e registro dos bens permanentes, até sua utilização, guarda e conservação. Além disso, inclui a responsabilidade pela distribuição adequada desses bens e, quando necessário, o desfazimento deles. Esse processo cuidadoso garante que cada recurso da instituição seja gerido de maneira eficiente e responsável, contribuindo para o bem-estar e a sustentabilidade da organização.

Estrutura organizacional

Supervisor de Patrimônio

Responsabilidades

Supervisor de Patrimônio: responsável por supervisionar e controlar todos os bens patrimoniais da organização, garantindo sua integridade, conservação e utilização adequada. Isso inclui a identificação, registro, monitoramento e atualização das informações sobre os ativos, além de assegurar que todos os bens estejam devidamente assegurados e que os processos de depreciação e alienação sejam conduzidos de acordo com as normas estabelecidas.

DEFINIÇÕES

Bem Patrimonial

Refere-se a todo item, móvel ou imóvel, adquirido pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, que é registrado e controlado para uso contínuo nas atividades da instituição. Esses bens incluem equipamentos, veículos, imóveis, móveis, e outros ativos permanentes que contribuem para a operação e cumprimento dos objetivos da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

Patrimônio

Patrimônio é o conjunto de todos os bens, direitos e valores de propriedade da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, adquiridos com recursos públicos ou doações, que devem ser geridos com responsabilidade e transparência para assegurar o uso adequado e a preservação desses recursos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Registro Patrimonial

É o processo de catalogação e identificação de todos os bens patrimoniais da Secretaria. Esse registro inclui informações detalhadas como descrição do bem, número de patrimônio, data de aquisição, valor de compra, vida útil estimada, localização, e responsável pelo bem, garantindo a rastreabilidade e controle de cada ativo.

Tombamento

Tombamento é o ato administrativo pelo qual um bem patrimonial é formalmente registrado e identificado no sistema de gestão patrimonial, recebendo um número de tombamento único que o vincula ao patrimônio da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Esse processo assegura que o bem seja oficialmente reconhecido como parte do patrimônio da instituição.

Depreciação

Depreciação é a redução do valor contábil de um bem patrimonial ao longo do tempo, devido ao seu uso, desgaste ou obsolescência. O cálculo da depreciação é fundamental para a correta avaliação dos ativos da Secretaria e para a tomada de decisões sobre a manutenção, substituição ou alienação dos bens.

Desfazimento

Processo de exclusão de um bem do acervo patrimonial do órgão ou da entidade, com a autorização expressa de seu titular, de acordo com a legislação vigente, e por transferência, alienação, doação ou renúncia.

Esse processo deve ser conduzido de acordo com as normas legais e políticas internas, garantindo que a alienação seja feita de maneira transparente e responsável.

Inventário Patrimonial

O inventário patrimonial é a atividade de contagem física e verificação dos bens patrimoniais registrados, realizada periodicamente para assegurar que os registros estejam em conformidade com a realidade. O inventário permite identificar discrepâncias, perdas, ou necessidades de manutenção, garantindo a acuracidade do controle patrimonial.

Desfazimento

É o ato de retirar um bem patrimonial do uso ativo e proceder à sua alienação, quando o bem já não serve ao propósito original, está obsoleto ou danificado além de reparo viável. Este processo deve seguir as normas estabelecidas, incluindo a avaliação do bem e a autorização necessária para o descarte ou transferência

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Controle Patrimonial

Refere-se ao conjunto de procedimentos e atividades destinados a garantir o registro, a manutenção, o monitoramento e a gestão eficiente dos bens patrimoniais da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Esse controle assegura que os bens sejam utilizados de forma responsável, preservando o patrimônio público e garantindo a continuidade das operações.

Normas e Procedimentos Administrativos para Gestão de Bens Patrimoniais

Movimentação interna

- Toda movimentação interna de equipamentos e móveis imobilizados deve ser registrada pelo responsável da respectiva Unidade ou Serviço e comunicada ao Serviço de Patrimônio, utilizando o documento de Transferência Interna de Imobilizado. O formulário de Transferência Interna de Imobilizado (FOR.090) deve ser preenchido pela liderança da unidade ou serviço, autorizado pela Diretoria ou Gerência da área solicitante, e entregue ao Serviço de Patrimônio. Este, por sua vez, abrirá uma ordem de serviço para o setor de manutenção ou para a área de TI solicitando o serviço.
- É importante destacar que somente o Serviço de Patrimônio está autorizado a solicitar a transferência de imobilizados, e isso deve ser feito exclusivamente através do formulário de transferência, devidamente preenchido e assinado.

Manutenção corretiva ou preventiva

- Quando um bem for enviado para manutenção ou reparo corretivo ou preventivo dentro da Policlínica (Engenharia Clínica, Manutenção ou TI), é necessário comunicar o Serviço de Patrimônio por e-mail. A comunicação deve incluir o motivo do envio, o número de patrimônio, o serviço para onde foi enviado (Manutenção, Engenharia ou TI) e a previsão de retorno do bem. Se o acesso ao e-mail for restrito, a chefia imediata deve ser responsável por passar essa informação. Quando o bem retornar ao setor, essa informação também deve ser comunicada ao Serviço de Patrimônio pelo mesmo e-mail.
- O serviço ou unidade responsável pelo bem aciona, conforme necessário, o Serviço de Manutenção, Engenharia Clínica ou TI, que solicita a saída do bem para manutenção externa ao Serviço de Patrimônio, utilizando o formulário FOR.096 - Termo de Saída Temporária de Bens, em 3 (três) vias. O Serviço de Manutenção, Engenharia Clínica ou TI emite também 3 (três) vias do Protocolo de Saída de Equipamentos ou Laudo Técnico, anexando cada via ao Termo de Saída Temporária de Bens.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- O Serviço de Patrimônio arquivará uma via, enquanto as outras duas serão direcionadas ao setor que solicitou a retirada (Engenharia Clínica, Manutenção ou TI) e à Portaria, que fará a conferência do bem e registrará sua saída.
- Quando o bem retornar, o serviço que solicitou a saída (Engenharia Clínica, Manutenção ou TI) deve informar imediatamente ao Serviço de Patrimônio.

Entrada de bem particular

- Para a entrada de bem particular de colaboradores ou profissionais terceirizados, a entrada do bem deve ser aprovada pela coordenação imediata e, em seguida, autorizada pelo Serviço de Patrimônio.
- O responsável pelo bem deve procurar o Serviço de Patrimônio para solicitar a Declaração de Bem Particular (FOR.091), formalizando a propriedade do bem em uso na unidade. Se o responsável pelo bem tiver a nota fiscal, é necessário anexar uma cópia à declaração.
- A declaração é feita em duas vias, contendo todas as especificações do bem, e deve ser assinada tanto pelo Serviço de Patrimônio quanto pelo responsável/solicitante. Uma via fica arquivada no Serviço de Patrimônio, e a outra é entregue ao responsável pelo bem.

Revisão periódica in loco dos bens

- O Serviço de Patrimônio da Policlínica da Região Sudoeste – Quirinópolis realiza a conferência presencial de todos os bens imobilizados, com aviso prévio. Se forem encontrados bens que não pertencem ao serviço ou unidade, é solicitado ao responsável a documentação de transferência. Caso essa documentação não seja apresentada, o líder ou coordenador receberá uma Notificação de Não Conformidade.
- Se algum bem não for localizado, o líder ou coordenador deve apresentar a documentação de transferência; caso essa documentação não esteja disponível, deve-se realizar uma busca pelo bem. Se o bem não for encontrado, o líder ou coordenador será responsabilizado pela perda ou desvio, aguardando as medidas a serem tomadas em conjunto com a diretoria.
- Após resolver todas as divergências, o Serviço de Patrimônio emitirá um novo termo de responsabilidade dos bens, em duas vias ou mais, conforme necessário. Todas as vias devem ser assinadas pelo Serviço de Patrimônio e pelo responsável do serviço ou unidade onde foi realizada a conferência.

Vias do Termo de responsabilidade de Bens:

1ª via: afixada em local visível no serviço/unidade verificado;

2ª via: arquivada no serviço patrimônio;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

De acordo com novas movimentações entre as conferências trimestrais, o serviço patrimônio deverá atualizar em seu controle patrimonial e o formulário de transferência interna de imobilizado corresponde ao novo termo de responsabilidade de bens.

Desfazimento/baixa patrimonial

Pré-requisitos para processo de desfazimento de bens.

Determina o Decreto nº 10.007/21:

Art. 4º Todo órgão ou entidade que identificar em seu acervo patrimonial algum bem que possua indício de condição inservível, que não seja mais do interesse da administração, deverá obrigatoriamente instituir Comissão de Análise e Desfazimento de Bens Inservíveis para a realização de análise, classificação e verificação da melhor forma de desfazimento do bem. Parágrafo único. A Comissão de que trata este artigo será designada pelo titular do órgão ou da entidade, com publicação do respectivo ato na imprensa oficial, e deverá ser composta por, no mínimo, 3 (três) servidores.

Art. 5º A Comissão de Análise e Desfazimento de Bens Inservíveis deverá analisar e classificar o bem que tenha sido considerado inservível de acordo com os parâmetros a seguir: I – ocioso: em condições de uso mas sem utilidade ao órgão ou à entidade; II – obsoleto: que caiu em desuso, por isso considerado arcaico, seja pela sua inutilidade ou pelo desuso; III – recuperável: com defeito e que possua possibilidade de recuperação; IV – antieconômico: com manutenção onerosa ou rendimento precário devido a uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoletismo e não seja economicamente vantajosa sua adequação; e V – irrecuperável: com defeito e sem possibilidade de uso conforme sua destinação.

Art. 6º A Comissão de Análise e Desfazimento de Bens Inservíveis deverá emitir Laudo de Bens Inservíveis com as informações necessárias à identificação e à classificação do bem, conforme a metodologia definida no art. 5º deste Decreto.

Art. 7º Será observada a seguinte ordem para escolha da modalidade de desfazimento de bens: I – transferência; II – alienação; III – doação; e IV – renúncia. § 1º Essa sequência só não deverá ser observada quando houver: I – alguma especificidade para o uso e a disponibilização do bem; II – legislação específica que defina a modalidade de desfazimento adequada; ou III – alguma necessidade especial a ser devidamente justificada pela Comissão de Análise e Desfazimento de Bens Inservíveis. § 2º Nos casos especificados no parágrafo 1º deste artigo, ou similares, é de responsabilidade dos órgãos ou das entidades elaborar todas as normativas necessárias para o desfazimento adequado dos bens.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Tipos de classificação dos bens no desfazimento:

- **Ocioso**

Em condições de uso, mas sem utilidade ao órgão ou à entidade; Bens ociosos podem ser doados para outro órgão ou entidade da Administração Pública Estadual direta.

- **Recuperável**

Com defeito e que possua possibilidade de recuperação; Bens recuperáveis devem ser recuperados e continuar no mesmo órgão.

- **Antieconômico**

Com manutenção onerosa ou rendimento precário devido a uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoletismo e não seja economicamente vantajosa sua adequação;

- **Obsoleto**

Que caiu em desuso, por isso considerado arcaico, seja pela sua inutilidade ou pelo desuso;

- **Irrecuperável**

Com defeito e sem possibilidade de uso conforme sua destinação.

Movimentação, Alienação e outras formas de Desfazimento de Bens Públicos

Após a realização do inventário por uma comissão específica, ou conforme a necessidade, a comissão pode identificar bens que não estão sendo utilizados pela unidade. Esses bens poderão ser redirecionados para um uso mais adequado, conforme o interesse público, seguindo o processo descrito a seguir:

- **Por transferência**

A movimentação do bem móvel entre órgãos da administração direta, com repasse gratuito da propriedade e da posse com troca de responsabilidade, em caráter definitivo; na modalidade de transferência, o bem inservível será oferecido pelo próprio órgão a outros órgãos da administração direta. Se houver interessados, a transferência deverá ser realizada mediante respectivo termo, que precisará ser atestado pelos titulares dos órgãos envolvidos, e efetivada no sistema de gestão patrimonial.

Parágrafo único: Quando se tratar de veículos, além da transferência realizada no sistema de gestão patrimonial, deverão ser observadas as disposições do Decreto estadual nº 9.541, de 23 de outubro de 2019, para a transferência de propriedade do bem no Departamento Estadual de Trânsito – DETRAN.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- **Por alienação**

Na modalidade de desfazimento por alienação, mediante licitação na modalidade de leilão, a Comissão de Análise e Desfazimento de Bens Inservíveis deverá encaminhar a solicitação com a informação do bem a ser alienado à Superintendência Central de Patrimônio, devidamente atestada pelo titular do órgão ou da entidade detentor(a) do bem, para conhecimento e providências. Além da classificação do bem, deverão ser informados o número de tombamento e a sua localização física, também terá que ser apresentada a designação do servidor específico para responder pela guarda e pela manutenção do bem móvel inservível destinado a leilão. Caberá à Comissão Permanente de Alienação Onerosa coordenar a avaliação do bem inservível, a qual será considerada preço mínimo. A manutenção e a guarda do bem inservível, até a entrega para o arrematante, é de responsabilidade do órgão ou da entidade detentor(a) do bem e ficará sob responsabilidade do servidor designado.

- **Por doação:**

Na modalidade de doação, o bem deverá ser doado pelo próprio órgão ou entidade, observadas as disposições da Lei federal nº 14.133, de 01 de Abril de 2021, e as que lhe vierem suceder, além da Lei estadual nº 19.853, de 3 de outubro de 2017, e a doação será feita de acordo com o interesse da administração pública.

Parágrafo único: Quando o desfazimento de bem móvel envolver órgãos ou entidades do Poder Executivo e os Poderes Legislativo e Judiciário, a operação só poderá ocorrer mediante doação.

- **Por Renúncia**

Caso a Comissão de Análise e Desfazimento de Bens Inservíveis verifique a impossibilidade ou a inconveniência de transferência, leilão ou doação, devidamente justificada, essa comissão recomendará ao titular do órgão ou da entidade a renúncia ao direito de propriedade com a sua inutilização e/ou abandono. A renúncia deverá ser previamente autorizada pelo titular do órgão ou da entidade detentor(a) do bem após recomendação da Comissão de Análise e Desfazimento de Bens Inservíveis. Os bens móveis inservíveis inutilizados e/ou abandonados deverão ter destinação ou disposição final ambientalmente adequada, nos termos da Lei federal nº 12.305, de 2010.

Desfazimento de Bens de Informática

O desfazimento de equipamentos de informática e eletroeletrônicos, bem como de peças, partes ou componentes que sejam considerados ociosos, recuperáveis, antieconômicos ou irrecuperáveis, seguirá os procedimentos estabelecidos no Decreto nº 9.718, de 24 de setembro de 2020, dentro do programa SUKATECH.

Procedimento de inservibilidade para equipamento médico-assistencial:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Quando o Equipamento Médico-Assistencial (EMA) da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) está inservível à Unidade de Saúde, a OSS/OSC gestora da referida unidade deverá preencher o documento

Solicitação de Devolução de Bens Inservíveis — para solicitar a avaliação da inservibilidade do mesmo e enviar à GPAT, que fará análise da informação patrimonial, em seguida Comissão de Análise e Desfazimento de Bens Inservíveis - CADBI fará a análise técnica, cuja responsabilidade é realizar "a análise dos bens móveis inservíveis desta Secretaria", no que tange a responder, neste caso, "por demandas referentes à equipamentos médico-hospitalares", conforme Portaria nº 1.677/2023, Art. 2º, inciso II.

Para solicitar a avaliação do equipamento à SES-GO é necessário que a OSS/OSC preencha e apresente os seguintes documentos e informações:

- Formulário editável de solicitação de avaliação e devolução de equipamento médico ou odontológico à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (obrigatório);

Observação: Deverá ser preenchido um formulário para cada equipamento que se deseja devolver à SES-GO.

- Apresentar termo de Vistoria dos bens cedidos sobre seu estado de funcionamento - Após a outorga do Contrato de Gestão (obrigatório);

- Laudo de Inativação do equipamento (Laudo Técnico) – laudo emitido via software NEOVERO, base da SES-GO, com respectivo registro de ART junto ao CREA-GO (obrigatório);

- Fotos (obrigatório);

- Histórico do equipamento – via software NEOVERO, base da SES-GO (obrigatório);

- Orçamento para manutenção (caso aplicável);

- Carta de "End of Life" ou "End of Service" (caso aplicável);

- ART de cargo e função do Engenheiro(a) responsável técnico(a) pelos equipamentos Médico-Assistenciais da Unidade de Saúde ou CRA do Administrador da Unidade de Saúde (obrigatório);

- Contrato de serviço empresa terceirizada em Engenharia Clínica (caso haja) e a OSS/OSC, onde especifica a relação atualizada de equipamentos atendidos pelo mesmo. Se a própria

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

OSS/OSC faz a Gestão em Engenharia Clínica, informar a relação atualizada dos equipamentos geridos por ela (obrigatório).

- Após avaliação, o equipamento poderá seguir para destinação final de acordo com os seguintes casos:
- Caso o equipamento esteja em condições de uso, o mesmo poderá ser realocado para outra Unidade de Saúde (transferência interna) ou devolvidos à GPAT. Para isso, o equipamento deverá estar com as suas manutenções preventivas, calibrações e testes de segurança elétrico (quando aplicável), em conformidade, validados e assinados pelo Engenheiro Clínico da OSS e o técnico responsável pela execução do procedimento. A documentação referente a esses serviços deverá fazer parte de Anotação de Responsabilidade Técnica - ART, de obra e serviço, junto ao sistema CREA/CONFEA, marcando na área "ATIVIDADE TÉCNICA", no campo "ATIVIDADE PROFISSIONAL" o item "LAUDO TÉCNICO".
- Caso haja a intenção de substituição do equipamento, a OSS deverá avaliar a possibilidade de alienação do equipamento e, em caso positivo, enviar, pelo menos, 01 (um) orçamento considerando a entrega do equipamento inservível ao fornecedor do novo equipamento a ser adquirido, com abatimento no valor, além de mais 02 (dois) orçamentos de fornecedores diferentes (neste caso, apenas do equipamento novo, sem considerar a alienação);
- Caso o equipamento não esteja em condições de uso, a OSS deverá seguir com o envio da documentação comprobatória supracitada.

Entrada e cadastro de bens imobilizados

Critérios para Classificação de Bens como Patrimônio

Os bens que se enquadram na categoria de patrimônio geralmente atendem a um ou mais dos seguintes critérios:

- Vida útil prolongada: O bem deve ser utilizado por um período superior a um ano, o que caracteriza a sua longevidade e sua contribuição contínua para as atividades da organização.
- Valor econômico: Bens com valor significativo (normalmente acima de um limite definido pela política da instituição) devem ser registrados como patrimônio. Esse valor mínimo varia de acordo com as normas contábeis.
- Destinação operacional: Os bens classificados como patrimônio devem ser utilizados para o funcionamento das operações da organização, como equipamentos médicos, mobiliário, veículos ou edificações.
- Natureza física e tangível: Bens patrimoniais são, na maioria dos casos, tangíveis (físicos). Equipamentos médicos, móveis e imóveis são exemplos comuns de bens tangíveis

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

classificados como patrimônio. Em alguns casos, também podem ser incluídos itens intangíveis, como software, desde que apresentem valor relevante e longa duração.

- Benefícios econômicos futuros: O bem deve contribuir de forma direta ou indireta para a geração de benefícios econômicos futuros, seja por meio do apoio à prestação de serviços ou à redução de custos operacionais.

Entrada e Registro Equipamento Médico

- Realizar a entrada do item no sistema de gestão hospitalar, o item já está cadastrado como bem permanente.
- Uma via da nota fiscal é encaminhada ao setor de Patrimônio, que notifica a Gerência de Patrimônio (GEPAT) por e-mail solicitando o número de tombamento, quando se trata de equipamento médico.
- A GEPAT devolve um Termo de Responsabilidade e Termo de Entrega de Etiqueta para que Diretoria assine, juntamente com o número de tombamento que será colado no equipamento.
- Ao final de cada mês, todos os bens adquiridos são registrados em uma planilha e publicados no portal da transparência para garantir visibilidade e conformidade com as normas de transparência Institucional.

Entrada e Registro de Bens Imobilizados e Utensílios

- Ao realizar a entrada do item no sistema de gestão hospitalar, o item já está cadastrado como bem permanente.
- A nota fiscal é encaminhada ao setor de Patrimônio, que notifica a Gerência de Patrimônio via SIGUS, solicitando o número de tombamento, quando se trata de equipamento médico.
- A GEPAT devolve um Termo de Responsabilidade e Termo de entrega de Etiqueta para que diretoria assine, juntamente com o número de tombamento que será colado no bem.
- Ao final de cada mês, todos os bens adquiridos são registrados em uma planilha e publicados no portal da transparência para garantir visibilidade e conformidade com as normas de transparência institucional.

Inventário Patrimonial

O inventário anual tem como objetivo verificar fisicamente todos os bens patrimoniais da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, assegurando que os registros no sistema estejam atualizados e corretos, garantindo a integridade, localização e estado de conservação dos ativos. Além disso, o inventário anual contribui para o cumprimento das normas de transparência e auditoria, reforçando o controle patrimonial.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Periodicidade

O inventário será realizado uma vez ao ano, no último trimestre do ano.

Responsabilidades

- **Setor de Patrimônio**: Responsável pela coordenação geral do inventário, garantindo a execução dos procedimentos de conferência e atualização dos registros.
- **Gestores de Setores/Unidades**: Devem colaborar ativamente, facilitando o acesso aos bens de sua responsabilidade e apoiando na verificação de seu estado e localização.

Procedimentos para Realização do Inventário

Planejamento

- O setor de Patrimônio elaborará um cronograma detalhado com datas, prazos e responsáveis pela realização do inventário.
- Todos os setores e unidades serão previamente comunicados sobre o processo de inventário, com orientações sobre os procedimentos e prazos.

Preparação

- A GEPAT envia as fichas de contagem para a Policlínica da Região Sudoeste – Quirinópolis.
- As fichas contêm todas as informações de identificação (número de tombamento), descrição e localização.
- Todos os bens deverão estar devidamente etiquetados com o número de patrimônio para facilitar a conferência.
- Ao fim do Inventário as fichas são assinadas e devolvidas ao GEPAT via e-mail.
- A Policlínica aguarda uma devolutiva para fechamento oficial, a fim de solucionar uma eventual pendência.

Conferência Física

- Cada bem será fisicamente conferido quanto à sua existência, estado de conservação e conformidade com os dados registrados no sistema (número de tombamento, localização e descrição), com a ajuda de um leitor de código de barras.
- Qualquer divergência ou não conformidade (ex.: bem não localizado, avarias, troca de setor) será registrada em um relatório de **discrepâncias** para posterior análise e correção.

Atualização de Registros

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Após a conferência física, o setor de Patrimônio realizará a atualização no sistema de gestão patrimonial, corrigindo eventuais informações incorretas, como localização, estado ou dados de identificação.
- Bens extraviados ou irrecuperáveis serão submetidos a uma avaliação e, se necessário, ao processo de baixa patrimonial, conforme as normas internas

Relatório Final

- Ao término do inventário, um relatório completo será gerado, contendo a relação de todos os bens verificados, bem como as discrepâncias encontradas e as respectivas ações corretivas tomadas.
- O relatório será submetido à aprovação da alta administração e arquivado para consultas futuras, auditorias e controle interno.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1.1.3.4 Proposta de manual de rotinas para Administração Financeira.

MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

INTRODUÇÃO

Este manual será cumprido pela Policlínica da região sudoeste - Quirinópolis, sob a gestão do Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, responsável pela administração financeira e pelos escritórios de apoio, a fim de padronizar os procedimentos relacionados à gestão financeira.

Dentre as várias atribuições administrativas da Unidade gerida pelo Instituto está a gestão financeira, responsável pelo recebimento e aplicação dos recursos financeiros por meio de mecanismos gerenciais eficientes, e definição dos processos de trabalho, informatização das rotinas, dimensionamento e estabelecimento de metas e verificação dos resultados. A função deste manual é nortear e orientar as ações do controle financeiro, assegurando às unidades a apresentação dos resultados planejados de modo que eventuais desvios possam indicar o redirecionamento das ações e por fim garantir o cumprimento das políticas da gestão pública com a eficiência da gestão privada.

OBJETIVO

Estabelecer as rotinas e procedimentos para monitoramento e avaliação do gerenciamento dos recursos e estabelecer uma filosofia padrão para nortear as atividades relacionadas à gestão financeira. Objetiva-se a eficiência e a eficácia na realização dos procedimentos a fim de garantir confiabilidade, tempestividade e coesão nos dados e informações necessários para subsidiar a tomada de decisões na aplicação assertiva dos recursos.

RECURSOS PÚBLICOS

O IPGSE cumprirá em suas atividades de administração financeira, as normativas e instruções citadas e outras determinadas pelo Parceiro Público, bem como a legislação brasileira

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

aplicável aos atos de administração de recursos públicos, através de gestão por Organização Social, dentre elas as elencadas a seguir:

A Resolução n ° 1.129/08 do Conselho Federal de Contabilidade trata das Normas Brasileiras de Contabilidade Aplicadas ao Setor:

- ✓ Normas e Resoluções do Tribunal de Contas do Estado de Goiás — TCE;
- ✓ Normas e Instruções da Secretaria da Controladoria Geral do Estado de Goiás – CGE;
- ✓ Normas e Instruções da Secretaria de Estado da Saúde em Goiás — SES/GO.

DEPARTAMENTO FINANCEIRO

O departamento financeiro é o setor que executa a gestão dos recursos financeiros e orçamentários, através de ações e procedimentos administrativos que envolvem o planejamento, análise e controle das atividades financeiras da unidade. A ele compete as atividades de contas a receber, contas a pagar, movimentação e controle bancário, planejamento financeiro e orçamentário, tesouraria, fechamento contábil, arquivo, prestação de contas, obrigações assessórias e auditoria.

LIBERAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE PROCESSOS DE COMPRAS DE MATERIAIS, CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E CUSTOS SALARIAIS.

A aprovação das compras de materiais, contratação de serviços e verbas salariais dar-se-á com base no orçamento aprovado pelo Conselho de Administração Específico do IPGSE e deverá ser controlada através de planilhas de apoio para acompanhamento dos saldos.

CONTAS A RECEBER

Controle de todas as receitas oriundas de repasses previstos no contrato de gestão inerentes ao custeio e investimentos (projetos, obras e aquisição de equipamentos, mobiliários e outras correspondentes ao contrato de gestão), doações recebidas e recebimento de serviços prestados a instituições privadas (particulares) e a instituições públicas, Municipais, Estaduais e Federais. "Lei 9.637 de 15 de maio de 1.998 - AH. 12. Às Organizações Sociais poderão ser

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão."

CONTAS A PAGAR

Controle e execução de todos os pagamentos a serem realizados a fornecedores, prestadores de serviços, despesas salariais, férias, décimo terceiro salário, encargos, benefícios, etc., impostos, taxas e tarifas bancárias, fundo fixo, dentre outros.

MOVIMENTAÇÃO E CONTROLE BANCÁRIO

Controle de todas as contas bancárias utilizadas para movimentação de recursos - entradas e saídas de recursos financeiros, bem como aplicações financeiras, rendimentos sobre aplicações financeiras, cobrança de taxas e tarifas bancárias, convênios, estornos, saldos, etc. e recebimentos de valores de serviços.

PLANEJAMENTO FINANCEIRO

Elaboração de orçamento, fluxos de caixa, demonstrativos e outros relatórios que subsidiem a análise de alternativas para aplicação assertiva dos recursos, conforme percentuais descritos na dotação orçamentária prevista no Contrato de Gestão.

CONTABILIDADE

A contabilidade é um sistema de informações destinado a registrar todas as movimentações outransações financeiras de uma organização. Todas as operações realizadas que envolvam recursos financeiros ou o patrimônio da organização devem ser registradas em documentos e livros próprios e segundo procedimentos sistemáticos e padronizados internacionalmente.

Esse registro tem duas finalidades. Internamente, é imprescindível à direção da organização registrar todas as transações para que possa manter um controle adequado das atividades e doscustos, e tomar as decisões apropriadas no momento oportuno. Externamente, os relatórios produzidos pela contabilidade permitem a qualquer interessado conhecer a situação

financeira da organização e, em particular, verificar se as transações e procedimentos financeiros da organização estejam feitos de acordo com os princípios e padrões legais.

As informações contábeis constituem a matéria-prima e a espinha dorsal da administração financeira. Todo lançamento contábil deve necessariamente estar acompanhado dos devidos comprovantes e documentos de esclarecimento (faturas, recibos, etc.). Toda compra de bens, materiais ou serviços realizados pela organização, toda requisição de material de um setor a outro, todo pagamento de funcionários, todo fluxo financeiro é registrado pela contabilidade através de lançamentos contábeis por um valor monetário, que, por convenção, é o seu valor de custo. A partir desse registro contábil, podem ser feitas todas as análises financeiras, permitindo o aprofundamento de aspectos específicos.

A informação contábil é imprescindível para responder, entre outras, às seguintes perguntas de interesse dos gerentes de serviços:

- ✓ Quais são, e em que montante, os recursos financeiros disponíveis para a prestação do(s)serviço(s)?
- ✓ Como se comparam os recursos disponíveis com os gastos associados aos serviços?
- ✓ Quanto o serviço ou a instituição tem investido em equipamentos e instalações?
- ✓ Quais são os principais itens de despesa da instituição (em que se gasta mais)?
- ✓ Os estoques de materiais são suficientes para quanto tempo?

PRINCÍPIOS E LANÇAMENTOS CONTÁBEIS

Alguns dos mais importantes desses princípios contábeis são:

- ✓ Princípio da consistência: o critério para o lançamento contábil referente a uma determinadatransação deve ser sempre idêntico, e as transações, valorizadas sempre da mesma forma.
- ✓ Princípio da partida dobrada: toda transação resulta em dois lançamentos simultâneos - umque registra a origem do recurso transacionado, e outro, a sua utilização.
- ✓ Princípio do custo: toda transação é sempre registrada pelo seu valor de custo, ou seja, pelomontante gasto pela organização ao realizá-la.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- ✓ Princípio do período contábil: todas as transações e seus respectivos lançamentos estão sempre relacionados a um período fixo, geralmente um ano.

Do ponto de vista contábil, toda instituição tem bens e direitos, ou seja, coisas e valores que elapossui ou tem direito a receber, e obrigações, o que ela deve a terceiros. Uma conta contábil representa um bem, direito ou obrigação de um determinado tipo; temos, portanto, uma contafornecedora, uma conta dinheiro em caixa, uma conta empréstimos a pagar e uma conta equipamentos, entre outras. Por convenção, o que a organização "tem" é chamado de Ativo, e o que ela "deve", de Passivo.

Além do Ativo e do Passivo, a contabilidade também trabalha com outros dois tipos de conta queconfiguram as contas ditas de Resultado. As contas de Receita e as contas de Despesa representam respectivamente o que a organização recebe pela comercialização do seu produto (seja ele um bem ou serviço) e o gasto despendido para produzir esse produto.

CONCEITO DA PARTIDA DOBRADA

Um dos conceitos fundamentais em contabilidade é o chamado "de dupla partida"- todo lançamento contábil – porque retrata uma transação ou movimentação de recursos – tem dois lados, afetando duas contas: uma conta de partida ou origem, que é diminuída, e uma conta de chegada ou uso, que é aumentada.

PLANO DE CONTAS

Para organizar e padronizar os lançamentos contábeis – e, portanto, as informações financeirasrelativas à organização –, a contabilidade utiliza um plano de contas, o qual permite agrupar e classificar os lançamentos contábeis de acordo com a origem, finalidade ou natureza da transação (receitas de acordo com sua origem, despesas de acordo com o tipo de recurso utilizado, etc.). Um plano de contas consiste em uma estruturação ordenada e sistematizada das contas utilizáveis numa organização.

Na verdade, um plano de contas nada mais é do que um conjunto estruturado e ordenado de todas as contas de Ativo, Passivo, Patrimônio Líquido, Receita e Despesa. As instituições de saúde devem adotar um plano de contas uniforme, isto é, um sistema uniforme de classificaçãocontábil. Um plano de contas facilita o desenrolar de todo o processo contábil, desde a coleta dedados até a apresentação de relatórios, não somente por economizar tempo e

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

esforço despendidos na escrituração e classificação de lançamentos, mas também por reduzir o númerode erros. Finalmente, um plano de contas consistente promove a comparabilidade das informações contábeis.

O plano de contas é, portanto, a peça mais importante da organização contábil. A elaboração de um plano contábil obedece aos princípios de contabilidade geralmente aceitos e às normas legais aplicáveis em cada caso concreto.

RELATÓRIOS E DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS

Periodicamente, a contabilidade agrupa, consolida os lançamentos e os transcreve em relatóriose demonstrações contábeis. Essas demonstrações resumem e descrevem a situação financeira da organização em determinada data (o Balanço Patrimonial) e a evolução dessa situação no período desde a última demonstração, sendo esse período geralmente de um ano (o Demonstrativo de Resultados). O balanço e o demonstrativo de resultados constituem os dois principais demonstrativos contábeis, são até certo ponto padronizados e os mais conhecidos. Além deles, a contabilidade oferece vários outros relatórios com finalidade mais específica, e cada organização pode adotar os relatórios que mais se adaptam a suas necessidades.

BALANÇO PATRIMONIAL

O balanço contábil é a apuração da situação financeira de uma organização em determinado instante, normalmente o último dia do período contábil (geral - mente de um ano). Representa,num quadro de duas seções, o saldo das contas nos três grupos de contas estáticas: Ativo, Passivo e Patrimônio Líquido. Compõe-se de duas grandes partes: O Ativo, à esquerda, registra os bens e direitos da instituição, isto é, o que ela já possui e oque ela tem a receber e o Passivo, à direita, registra as obrigações, ou dívidas, e o Patrimônio Líquido.

BALANCETE

Um balancete é um balanço parcial de uma escrituração contábil ou uma posição intermediária(por exemplo, mensal) do próprio balanço. Trabalha-se normalmente com três tipos de demonstrações de acordo com três subsistemas contábeis: orçamentárias (relativas à execução do orçamento), financeiras (referentes a recebimentos e pagamentos efetua - dos) e

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

patrimoniais (concernentes à composição do patrimônio da entidade). Os principais demonstrativos contábeis utilizados são listados a seguir:

- ✓ Balanço orçamentário, que demonstra as receitas e despesas previstas em confronto com asrealizadas;
- ✓ Balanço financeiro, que demonstra a receita e a despesa orçamentárias, bem como os recebimentos e os pagamentos de natureza extraorçamentária, conjugados com os saldos em espécie provenientes do exercício anterior e os que se transferem para o exercício seguinte;
- ✓ Balanço patrimonial, que demonstra os direitos e obrigações da entidade, distinguindo o ativo financeiro, o ativo permanente, o passivo financeiro, o passivo permanente, o saldo patrimonial e as contas de compensação;
- ✓ Demonstração das variações patrimoniais, que nada mais é do que um tipo de demonstraçãode usos e fontes, indicando os recursos efetivamente obtidos e os recursos aplicados duranteo período;
- ✓ Demonstração da receita orçamentária, que registra a realização das diversas fontes de receita previstas no orçamento, com a devida comprovação;
- ✓ Demonstração do movimento extraorçamentário, que registra toda a movimentação das contas não previstas no orçamento;
- ✓ Demonstração dos saldos bancários, um relatório diário que informa o saldo de cada conta bancária no final do expediente;
- ✓ Boletim diário da tesouraria, que constitui uma síntese do movimento financeiro do dia. Mostra os totais gerais das receitas ou despesas orçamentárias e extra-orçamentárias, o movimento bancário, bem como os saldos disponíveis no início e no final do dia. A disponibilidade em caixa é demonstrada segundo as espécies de valor es que a compõem: moeda corrente, cheques de emissão própria e cheques de terceiros.

Na verdade, a contabilidade é quase sempre associada ao processo de elaboração e execução do orçamento.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ORÇAMENTO

Este item trata do processo de preparação e execução de um orçamento, apresentando inicialmente os princípios gerais do orçamento e em seguida as características peculiares do processo orçamentário no setor público. O orçamento pode ser definido como uma técnica de previsão e programação financeira em quese definem objetivos financeiros e os meios para atingi-los. O processo orçamentário é aquele através do qual o orçamento é elaborado, revisto, aprovado, executado e avaliado.

ADMINISTRAÇÃO DE CAIXA

A administração de caixa, também chamada de gestão de tesouraria, consiste no gerenciamentodos valores disponíveis em caixa (como dinheiro na própria instituição), contas bancárias e aplicações de curto prazo.

A gestão de tesouraria tem dois objetivos principais: primeiro, distribuir e manter o recurso financeiro disponível entre seus componentes – dinheiro em caixa, contas bancárias e aplicaçõesde curto e médio prazo –, de tal forma a assegurar o pagamento de débitos (contas a pagar) nodevido prazo, ao mesmo tempo, em que procura maximizar o rendimento desse recurso (via aplicações financeiras). Ou seja, trata-se de manter um equilíbrio entre a segurança/liquidez e a rentabilidade /remuneração dos fundos disponíveis. A segurança recomenda manter o maior volume possível de dinheiro em caixa, bancos e aplicações de alta liquidez e curtíssimo prazo, mas estas são as aplicações que proporcionam a menor remuneração. Em segundo lugar, é preciso manter um controle rigoroso das entradas e saídas de recursos financeiros.

Tendo em vista os objetivos indicados, um instrumento essencial da gestão de tesouraria é o fluxo de caixa – um tipo de fluxo de fundos aplicado à previsão e controle da movimentação decaixa – devido à importância da previsibilidade das entradas e saídas de fundos. O fluxo de caixademonstra em detalhe a previsão de entradas e saídas de caixa, com frequência geralmente diária.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FECHAMENTO CONTÁBIL

Preparação e envio de documentação e informações necessárias e pertinentes a contabilidade. Análise de relatórios, balancetes, razão e livro diário, validação das informações para o encerramento contábil, publicação de balanços.

AUDITORIA

Responsável por auditar os processos de pagamentos enviados pelos departamentos de contratos, suprimentos, departamento pessoal, impostos e fundo fixo. Responsável também pelo acompanhamento e fornecimento de documentações, dados e informações aos auditores externos (auditoria independente, auditorias/fiscalizações AGR – Agência Goiana de Regulação e Tribunal de Contas Estadual - TCE).

COMUNICAÇÃO

Todos os assuntos e temas tratados entre os setores deverão ser formalizados através de e-mails ou comunicação interna, promovendo um banco de registros das informações acerca dos procedimentos do Departamento Financeiro.

GESTÃO DO PATRIMÔNIO

Será realizada a gestão dos patrimônios cedidos pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) com responsabilidade e transparência. Para isso, implementará procedimentos rigorosos de controle e manutenção, garantindo o uso adequado dos bens e a sua preservação. O IPGSE adotará práticas de gestão patrimonial que assegurem a rastreabilidade, conservação e o uso eficiente dos recursos, sempre em conformidade com as normas e diretrizes estabelecidas, promovendo a sustentabilidade e a eficiência na utilização dos bens públicos.

Na aquisição de novos bens imobilizados, será realizada uma solicitação de investimento à parceira pública, seguindo rigorosamente todas as normas estipuladas. O processo será balizado pela tabela do SIGEM e incluirá uma análise dos preços praticados no mercado, assegurando a economicidade. Após a aquisição, os bens serão tombados como patrimônio da SES-GO, e todo o processo será transmitido via SIPEF. Esses bens serão devidamente registrados nas contas de Ativo/Passivo compensado dos demonstrativos contábeis, garantindo a transparência e conformidade com os procedimentos legais.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ARQUIVO

O Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados – IPGSE, controlará e armazenará fisicamente e digitalmente toda a documentação referente aos processos de pagamentos, extratos bancários, relatórios, prestações de contas, dentre outros documentos referentes ao departamento.

IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO FINANCEIRA COM A IMPLANTAÇÃO DE CENTROS DE CUSTOS

Para uma Gestão Financeira eficiente A implantação de centros de Custos é uma metodologia defácil aplicação e sua apuração é possível a partir da segmentação do Complexo Hospitalar em centros de custos.

Dessa forma, a segmentação em áreas especializadas é facilmente identificada, como, serviçosassistenciais, lavanderia, nutrição, administração, laboratório, etc. Os custos destes recursos podem ser estimados e comparados com os custos finais do atendimento. O sistema de custeiopor absorção controla o custo e o desempenho da entidade e dos centros de custos (áreas de atividades específicas), podendo comparar os custos estimados, com os valores orçados.

ESTRUTURAÇÃO DOS TIPOS DE CENTROS DE CUSTOS

Para identificar os serviços, seções e/ou setores que formarão os centros de custos, toma-se porbase, além do organograma da instituição, os serviços de maior interesse, seja pelo conhecimento de seus custos, seja pela relevância de despesas efetuadas e/ou pela produção e importância na estrutura da instituição.

CENTRO DE CUSTOS ADMINISTRATIVO

CENTROS DE CUSTOS RELACIONADOS COM AS ATIVIDADES DE NATUREZA ADMINISTRATIVA.

- ✓ Grupo Administração: Reúne os centros de custos relacionados com as atividades administrativas e de direção (diretoria administrativa e financeira, diretoria de áreas:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

medicina, enfermagem, gerência de recursos humanos, contabilidade, faturamento etc.);

- ✓ Grupo Informática: Reúne os centros de custos relacionados às atividades de informática (área de apoio a clientes e redes, desenvolvimento de sistemas, suporte e produção);
- ✓ Grupo Condomínio: Reúne os centros de custos relacionados com a infraestrutura (segurança, telefonia, coleta de resíduos e transportes);
- ✓ Grupo Suprimento: Reúne os centros de custos que desenvolvem atividades de controle de estoque e fornecimento de insumos (almoxarifado, compras, farmácia, nutrição parenteral egases medicinais);
- ✓ Grupo engenharia e Manutenção: Reúne todos os centros de custos relacionados com atividades de engenharia e manutenção (engenharia clínica, engenharia civil e infraestruturae manutenção).

CENTRO DE CUSTOS INTERMEDIÁRIO

Centro de custos que executa atividade complementar àquelas desenvolvidas nos centros de custos finais.

- ✓ Grupo Apoio à Assistência: Reúne todos os centros de custos que prestam apoio Assistencial(fisioterapia, psicologia, serviço Grupo Imagem – reúne os centros de custos relacionados à área de Imagenologia (radiologia,ultrassonografia). Social);
- ✓ Grupo laboratório: Reúne todos os centros de custos que executam atividades de laboratório(laboratório de especialidades, análises clínicas, anatomia patológica);
- ✓ Grupo Métodos gráficos: Reúne os centros de custos que desenvolvem atividades gráficas (eletrocardiologia);
- ✓ Grupo Apoio geral: Reúne centros de custos de apoio geral a todos os outros centros de custos (central de material esterilizado – CME, lavanderia, limpeza, rouparia e costura);
- ✓ Grupo Comissões técnicas: Reúne todas as comissões técnicas (infecção hospitalar, ética, óbito, outras);
- ✓ Grupo nutrição: Reúne todos os centros de custos relacionados com a atividade de nutrição edieta (dietas enterais/parenterais, nutrição dietética);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- ✓ Grupo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME): Reúne os centros de custos relacionados com a atividade de arquivo médico e estatística/internação.

CENTRO DE CUSTOS FINAL (PRODUTIVO)

É o centro de custos que desenvolve atividade diretamente relacionada com os objetivos principaisda instituição, ou seja, unidade que presta serviço diretamente aos pacientes e que compreendem uma atividade com remuneração pelos serviços prestados.

- ✓ Grupo Unidade de Urgência e emergência: Reúne os centros de custos relacionados ao atendimento de urgência e emergência.

METODOLOGIAS DE ALOCAÇÃO DOS GASTOS

A literatura contábil identifica dois tipos principais de alocação de gastos. No primeiro, encontra-se a alocação dos gastos indiretos dentro de um mesmo centro de custos com o objetivo de conhecer melhor o custo total da atividade desenvolvida por este centro de custos. O outro tipoé a alocação dos gastos totais de um determinado centro de custos para outro centro de custos.

Ressalta-se que quatro tipos de custos precisam ser identificados:

- ✓ Pessoal: ligado direto à produção do centro de custos;
- ✓ Material direto: incorporados diretamente ao produto ou sua produção;
- ✓ Overhead: todos os outros gastos de produção utilizados para manter o local em funcionamento onde o serviço é realizado;
- ✓ Custo de capital: depreciação referente a aquisições e custos de manutenção associado aos bens imóveis diretamente dedicados à produção do centro de custos.

Para realizar esta alocação é preciso definir apenas uma base ou critério de alocação (rateio).A veracidade e o sucesso de todo o processo de alocação estão vinculados a duas etapas:

- ✓ Acumular os gastos diretos para cada centro de custos;
- ✓ Determinar as bases de alocação dos gastos indiretos. Os sistemas de informação sobre

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

pessoal, material, amortização e depreciação devem estar muito bem estruturados para a perfeita coleta da informação sobre os gastos diretos na primeira etapa. Quanto mais gastos identificados como sendo diretos, tanto melhor a identificação do custo verídico dos centros de custos finais.

Para realização da segunda etapa (alocação dos gastos indiretos), faz-se necessário o perfeito conhecimento do processo de trabalho de cada centro de custos administrativo e intermediário,quais seus produtos e como eles são distribuídos ou consumidos pelos demais centros de custos,tanto intermediários como finais. A definição das alternativas de bases de alocação (critério de rateio) depende desse conhecimento. Na medida do possível, os gastos dos centros de custos devem ser identificados em termos de gastos fixos de variáveis, a fim de permitir sua alocaçãomais justa entre os diversos centros de custos.

ALOCAÇÃO RECÍPROCA

Essa metodologia também é conhecida como alocação matricial. Este método reconhece a reciprocidade entre todos os centros de custos não-produtivos, por isso apresenta melhores resultados. Entretanto, é um pouco mais complexa do que as últimas duas, por utilizar função algébrica para resolver um conjunto de expressões simultâneas que dispensa a utilização de uma sequência de centros de custos não-produtivos para rateio. Sua grande vantagem é que não teria mais variação nos custos finais dos centros de custos produtivos com a alteração de uma sequência dos centros não-produtivos para alocar os gastos indiretos.

Esta metodologia é a que mais identifica os custos reais dos produtos/serviços finais. Para que os resultados sejam satisfatórios, os centros de custos devem ter uma rede de relacionamentos,ou seja, os departamentos serão relacionados para facilitar a distribuição de seus gastos. Essa metodologia reconhece que há participação recíproca entre os centros de custos não- produtivos, e leva este fato em consideração antes de efetuar o rateio final entre os centros decustos produtivos.

SISTEMA DE CUSTOS KPIH

O sistema de custos KPIH é responsável pelo acompanhamento, monitoramento e análise do processo de apuração de custos visando à melhoria das informações para uma adequada gestão. As principais atividades previstas estão descritas a seguir:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- ✓ Migração de dados do sistema da unidade para a plataforma KPIH;
- ✓ Disponibilização da solução, das atualizações e da manutenção da plataforma KPIH;
- ✓ Disponibilização de apoio especializado de consultoria presencial e à distância;
- ✓ Acompanhamento dos processos de implementação do sistema de informações de custos da unidade.

APLICAÇÕES GERENCIAIS DO SISTEMA DE CUSTOS KPIH

- ✓ Gerar informações individualizadas por centros de custos, produtos e serviços;
- ✓ Gerar informações consolidadas e comparativas, permitindo a avaliação, acompanhamento e controle, como o estabelecimento de indicadores de desempenho;
- ✓ Gerar informações que possibilitem o planejamento financeiro;
- ✓ Servir de instrumento de gestão e correspondente melhoria da eficácia na alocação dos recursos humanos e materiais;
- ✓ Permitir a geração de relatórios gerenciais de custos das atividades e, em decorrência, disseminar a participação de todos os gestores internos na avaliação e análise dos custos sob as suas reponsabilidades.

IDENTIFICAÇÃO DOS GRUPOS DE GASTOS

Consiste no agrupamento dos gastos diretos e indiretos de acordo com os elementos similares: Pessoal, serviços de terceiros, materiais de consumo, despesas gerais e depreciação.

- ✓ Pessoal: Itens que estão diretamente relacionados à folha de pagamento, isso é, salários e encargos, provisão de férias, 13.º salário, residentes, docentes e plantonistas. Osvalores provisionáveis, como férias, licenças, e 13.º salário proporcional deverão ser calculados para cada período de custos, a partir dos custos com vencimentos e vantagens. Nos meses em que ocorrer o efetivo pagamento do 13.º salário ou usufruto dos períodos de férias e licenças, os valores destas remunerações deverão ser excluídos da folha de pagamento, para efeitos de custos do período, já que foram incluídos em períodos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

anteriorescomo provisão;

- ✓ Serviços de terceiros: Corresponde à compra de serviços específicos não desenvolvidos pelosfuncionários da instituição, em um período determinado, tais como vigilância e segurança, higienização e limpeza, laboratório, clínicas e outros serviços. Seu pagamento ocorre mediante a apresentação de nota fiscal, recibos etc;

- ✓ Materiais de consumo: Produtos que podem ser classificados em: artigos de expedientes, tecidos e vestuários, materiais para manutenção e conservação, gases medicinais, materiaisradiológicos, materiais laboratoriais, artigos de higiene e limpeza, combustível e lubrificante,material médico-cirúrgico, instrumentais, produtos químicos etc;

- ✓ Despesas gerais: Outras despesas de custeio, tais como: água, taxas de serviços públicos, energia elétrica, seguros, telefone, despesas financeiras (juros de mora, taxas bancárias) etc;

- ✓ Depreciação: Custo decorrente do desgaste ou da obsolescência dos ativos imobilizados dainstituição (máquinas, veículos, móveis, imóveis e instalações).



Figura 155 - Itens de despesa que compõem os grupos de gastos

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE LIBERAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE PROCESSOS DE COMPRAS DE MATERIAIS, CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E VERBAS SALARIAIS:

COMPRA DE MATERIAIS:

A liberação orçamentária das compras ocorrerá com base no orçamento de custeio aprovado pela Diretoria e Conselho de Administração, devendo ser controlada através do registro dos valores dos processos de compras em planilha de apoio para acompanhamento dos saldos orçamentários.

Observar-se as seguintes informações: número do processo; conta de custo (tipo de despesa), TR — Termo de Referência e orçamentos apresentados pelos fornecedores, tipo de produto, valor unitário e valor total expresso na ordem de compra de acordo com o fechamento (menor preço) do portal de cotações, documentação hábil do fornecedor, conforme Regulamento próprio do IPGSE para Compras, Contratações de Obras e Serviços e Alienações de Bens, aprovado pela Controladoria Geral do Estado de Goiás — CGE/GO, carimbo, data de assinatura e assinatura do gestor de suprimentos e gerência administrativa, nos campos a eles destinados.

Em caso de erros ou inconformidades, elaborar-se um despacho à área responsável, solicitando revisão e correção. Uma vez excedido o valor da rubrica, deve-se elaborar um despacho (conforme modelo adotado pela unidade) e anexar ao processo informando a indisponibilidade orçamentária.

CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS ESSENCIAIS:

A liberação orçamentária dos processos de contratação de serviços ocorrerá com base no orçamento aprovado pela Direção, devendo ser controlada através da planilha de contratos vigentes, a qual deverá conter todos os contratos em vigência, identificar o prestador de serviços, prazo de execução, valor total e valor mensal, conta de custo (tipo de serviço).

Observar-se as seguintes informações: número do processo, TR — Termo de Referência e orçamentos apresentados pelos prestadores de serviços, tipo de serviço, valor unitário e valor total expresso na ordem de serviços de acordo com o orçamento vencedor (menor preço), documentação hábil do prestador de serviços (contrato social e alterações, validade das certidões, etc), conforme o Regulamento de Contratação de Serviços citado anteriormente, carimbo, data de assinatura e assinatura do gestor de contratos e gerência administrativa, nos campos a eles destinados. No campo destinado para o despacho do setor financeiro, deverá ser

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

descrita a aprovação ou não do serviço. Em caso de liberação, deve-se informar o código para a dotação orçamentária, conforme tabela específica (pré-definida), e caso não seja aprovado, deverá ser feita justificativa.

CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS EMERGENCIAIS E EVENTUAIS:

A liberação orçamentária dos processos de contratação de serviços emergenciais e eventuais ocorrerá de acordo com a urgência e disponibilidade de recursos.

Observar-se as seguintes informações: número do processo; TR — termo de referência e orçamentos apresentados pelos prestadores, tipo de serviço, valor unitário e valor Observar-se-á as seguintes informações: número do processo; TR — termo de referência e orçamentos apresentados pelos prestadores, tipo de serviço, valor unitário e valor total expresso na ordem de serviços de acordo com o orçamento vencedor (menor preço), documentação hábil do prestador de serviços (contrato social e alterações, validade das certidões, etc.), carimbo, data de assinatura e assinatura do gestor de contratos e gerência administrativa, nos campos a eles destinados.

No campo destinado para o despacho do setor financeiro, deverá ser descrita a aprovação ou não do serviço. Em caso de autorização, deve-se informar o código para a dotação orçamentária, conforme tabela específica (pré-definida), e caso não seja aprovado, deverá ser feita justificativa.

MOVIMENTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ENTRE RUBRICAS:

Caso a rubrica de uma despesa tenha seu saldo "zerado" poderá ser realizada a movimentação de saldo entre rubricas. desde que essa transferência não exceda o saldo total (saldo final) do orçamento aprovado, devendo-se avaliar a necessidade e conveniência de tal forma que torne imprescindível a transferência, sendo descrito no processo a justificativa da necessidade de remanejamento orçamentário.

CONTAS A RECEBER:

- ✓ REGISTRO E CONTROLE DAS RECEITAS: Registra e controla (via sistema de gestão e planilhas de apoio) todas as receitas oriundas de repasses previstos no Contrato de Gestão inerentes ao custeio e investimentos (projetos, obras e aquisição de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

equipamentos, mobiliários etc.), rendimentos sobre aplicações financeiras, doações recebidas e receitas oriundas de serviços prestados a instituições privadas (particulares);

- ✓ CUSTEIO: Conferência dos valores descritos nas "Ordem de Pagamentos" e demonstrativos mensais de repasse de valores, confrontando com o valor expresso no contrato de gestão, a fim de garantir o cumprimento do valor total pactuado;

- ✓ RENDIMENTOS SOBRE APLICAÇÕES: Conferência e controle dos valores oriundos de rendimentos sobre aplicações financeiras, cujo valor deverá ser incorporado ao saldo dos recursos repassados, sendo vedada a utilização para outros fins alheios ao objeto do contrato de gestão. Guarda e arquivo dos extratos bancários das contas de aplicação;

- ✓ DOAÇÕES: Todas as doações recebidas, deverão ser obrigatoriamente identificadas através de recibos que qualifiquem o doador e serão recebidas através de depósito/transferência bancária, cujo valor deverá ser incorporado ao saldo dos recursos repassados, sendo vedada a utilização para outros fins alheios ao objeto do contrato de gestão. Guarda e arquivo dos recibos/comprovantes;

- ✓ RECEBIMENTO DE SERVIÇOS PRESTADOS A INSTITUIÇÕES PRIVADAS: Registra e controla (via sistema de gestão e planilhas de apoio) todas as receitas oriundas do faturamento de serviços de consultorias, assessorias e análises diagnosticas situacionais, treinamentos em recursos humanos e na área assistencial prestados a instituições privadas.

CONTAS A PAGAR:

- ✓ RECEPÇÃO DE PROCESSOS PARA PAGAMENTO: Recepção física e conferência da relação descrita no documento de protocolo de entrega de documento entre setores.

- ✓ TRIAGEM: Conferência minuciosa dos processos, observando o disposto no regimento interno de compras, contratação e serviços e pessoal, verificando os seguintes itens:

- ✓ Notas fiscais/faturas – se foram emitidas pelo fornecedor/prestador de serviços contratado, e se os dados estão corretos;

- ✓ Verificar se constam em todas as notas fiscais/faturas a aplicação do carimbo com o número do contrato de gestão vigente;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- ✓ Descrição da Nota Fiscal/Fatura — se está de acordo com o objeto contratado e/ou ordem de compra;
- ✓ Nota Fiscal/Fatura — se está devidamente atestada/aprovada pela coordenação ou gerência do departamento solicitante/usuário;
- ✓ Atesto legível, com identificação do funcionário responsável pelo setor;
- ✓ Nota Fiscal/Fatura com data de emissão dentro da vigência contratual;
- ✓ Cópia do contrato e aditivos, caso existam aditivos;
- ✓ Cópia do contrato em vigor;
- ✓ Todas as páginas do processo devem estar devidamente numeradas e rubricadas;
- ✓ Conferir o espelho do sistema de gestão, verificando se as retenções dos impostos estão em conformidade com as memórias de cálculos enviadas pela contabilidade;
- ✓ Conferir as certidões apresentadas e verificar a validade das mesmas;
- ✓ Verificar os despachos (assinaturas, "de acordo", informações adicionais) dos setores de contratos/suprimentos/serviços gerais, coordenação, gerência e diretoria administrativas;
- ✓ A capa do processo dever ser devidamente preenchida, com numeração do processo, mês/ano; número da nota fiscal e razão do social do fornecedor ou prestador de serviços ou descrição da despesa com pessoal ou impostos e outros e devidamente datada e assinada pelo gestor setor emitente e gerência administrativa.

DEVOLUÇÃO DE PROCESSOS PARA CORREÇÃO

Caso o processo não esteja correto ou falte algum item do check- list, deverá ser emitido um despacho indicando as divergências, cujo qual deverá ser assinado pelo gestor do setor e anexado ao processo, para as devidas correções. Esse processo deverá seguir devidamente protocolado, e registrado no relatório de processos devolvidos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

O retorno dos processos devolvidos para correção deve ser acompanhado a fim de garantir o cumprimento dos prazos de vencimento/pagamento. Caso não obtenha retorno satisfatório o fato deve ser informado a gerência financeira para tomar as medidas necessárias.

ARQUIVO DE PROCESSOS A PAGAR

Os processos deverão ser inseridos no arquivo de títulos a pagar, seguindo os critérios de separação:

- ✓ Por tipo de despesa: fornecedores, prestadores de serviços ou pessoal;
- ✓ Por fornecedor/prestador de serviços, despesa com pessoal, impostos etc;
- ✓ Em ordem alfabética;
- ✓ Por ordem cronológica de vencimento.

CONFERÊNCIA E APROVAÇÃO DOS PROCESSOS DE PAGAMENTOS (PAGOS E A PAGAR)

- ✓ Baixa dos títulos pagos: Uma vez liquidado o título, deverá ser anexado o comprovante de pagamento no processo e efetivada a baixa do mesmo no sistema/módulo de contas a pagar.
- ✓ Despesas com juros e multas, custas cartórarias e outros acréscimos: Em caso de incidência de juros, multas, custas cartorárias e quaisquer outros acréscimos, será apurada a responsabilidade: Se for constatada negligência do colaborador (em qualquer fase do processo) tais valores serão descontados em folha, conforme previsto no artigo 462 da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT. *"CLT – Art. 462, § 1° Em caso de dano causado pelo empregado, o desconto será lícito, desde que esta possibilidade tenha sido acordada ou na ocorrência de dolo do empregado".*

MOVIMENTAÇÃO E CONTROLE BANCÁRIO

CONCILIAÇÃO

Conferência e controle via sistema de gestão e planilhas de apoio de todas as contas bancárias destinadas a gestão e movimentação de recursos (entradas e saídas de recursos financeiros, bem como aplicações financeiras, rendimentos sobre aplicações financeiras, cobrança de taxas e tarifas bancárias, convênios, estornos, saldos etc.).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PLANEJAMENTO FINANCEIRO

ORÇAMENTO

Elaboração e acompanhamento através de planilhas de apoio, das despesas com base na dotação orçamentária, garantindo a aplicação de recursos dentro dos percentuais previstos no Contrato de Gestão. Apoiar-se neste instrumento para avaliar e validar a apropriação das despesas, através dos relatórios contábeis.

REPASSE

O custeio mensal estimado para a operacionalização do Policlínica da região sudoeste - Quirinópolis, para os 12 (doze) meses, é de R$ 27.924.495 (Vinte e sete milhões, novecentos e vinte e quatro mil, quatrocentos e noventa e cinco), no percentil P50.

Há uma parte variável mensal estimada de 10% correspondente ao valor de R$ 232.704,13 (Duzentos e trinta e dois mil, setecentos e quatro reais e treze centavos), que está vinculada à avaliação dos resultados executados através dos Indicadores de Desempenho mencionados no edital. A proposta do Instituto de Planejamento de Gestão de Serviços Especializados (IPGSE), almeja exceder as metas propostas alcançando a excelência do serviços prestados.

FLUXO DE CAIXA

Elaboração e acompanhamento via sistema de gestão e planilhas de apoio do fluxo das receitas e despesas que permita a visualização das informações diárias, semanais, quinzenais, mensais, semestral e anual.

RELATÓRIOS GERENCIAIS

Elaboração de relatórios e planilhas de apoio que facilitem as análises e demonstrações financeiras e contábeis.

FECHAMENTO CONTÁBIL

- ✓ ANÁLISE DE RELATÓRIOS: Por meio da Análise de balancetes e razão contábil, com a finalidade de avaliar e certificar se da apropriação das despesas nas contas corretas. Caso exista alguma divergência, deverá ser solicitada a correção e certificar-se da mesma, para a validação e encerramento do período contábil.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ARQUIVO

- ✓ ARQUIVO INTERNO: Os processos de pagamentos: todos os processos liquidados deverão ser organizados e arquivados por ordem de movimentação diária, embalados em caixas de arquivo morto oficio "convencionais" e identificadas com etiqueta padronizada, na qual são relacionados: razão social do fornecedor/prestador de serviços e despesa com pessoal, impostos, fundo fixo, etc., número da nota fiscal, data de pagamento, valor total e valor pago. Em seguida serem acomodados em ordem cronológica nos armários destinados a este fim, devidamente identificados e permanecerem neste arquivo até que sejam auditados pelos órgãos competentes.

- ✓ DOCUMENTOS DIVERSOS: Os demais documentos deverão ser arquivados em pastas modelo" AZ" ou em caixas de arquivo morto oficio "convencionais" identificadas com etiquetas padronizadas, e acomodados por ordem de assunto/tema em armários destinados a este fim.

- ✓ ARQUIVO EXTERNO: Após concluído o processo de auditoria dos processos, realizada pelos órgãos competentes, os mesmos deverão ser acomodados em caixas/embalagens fornecidas pela empresa responsável pela gestão de arquivos, novamente etiquetados, dessa vez com etiquetas fornecidas pela empresa, com códigos de barras que facilitação a localização de tais documentos e então serem enviados ao acervo.

ROTEIRO/LOCALIZAÇÃO

Tanto para o arquivo interno quanto para o arquivo externo, deverão ser elaboradas planilhas/roteiros que identifiquem facilmente a localização dos arquivos/processos.

RETIRADA DE DOCUMENTOS

Após a efetivação do pagamento dos processos, os mesmos somente serão retirados da guarda do setor financeiro mediante solicitação oficial (requerimento/documento oficial), feita pelos órgãos competentes e responsáveis pela auditoria, cujos quais deverão ser remetidos mediante protocolo oficial de entrega de documentos, expedido pela chefia de gabinete/gerência jurídica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Qualquer setor da Organização que necessitar manusear os processos, deverá solicitar cópias ao setor financeiro, ou eleger um colaborador para dirigir-se ao setor financeiro para manuseá-los no local e na presença de um dos profissionais responsáveis pelo arquivo, mediante prévia solicitação/agendamento, sendo vedada a saída de processos do setor, salvo o descrito na letra (a) deste item.

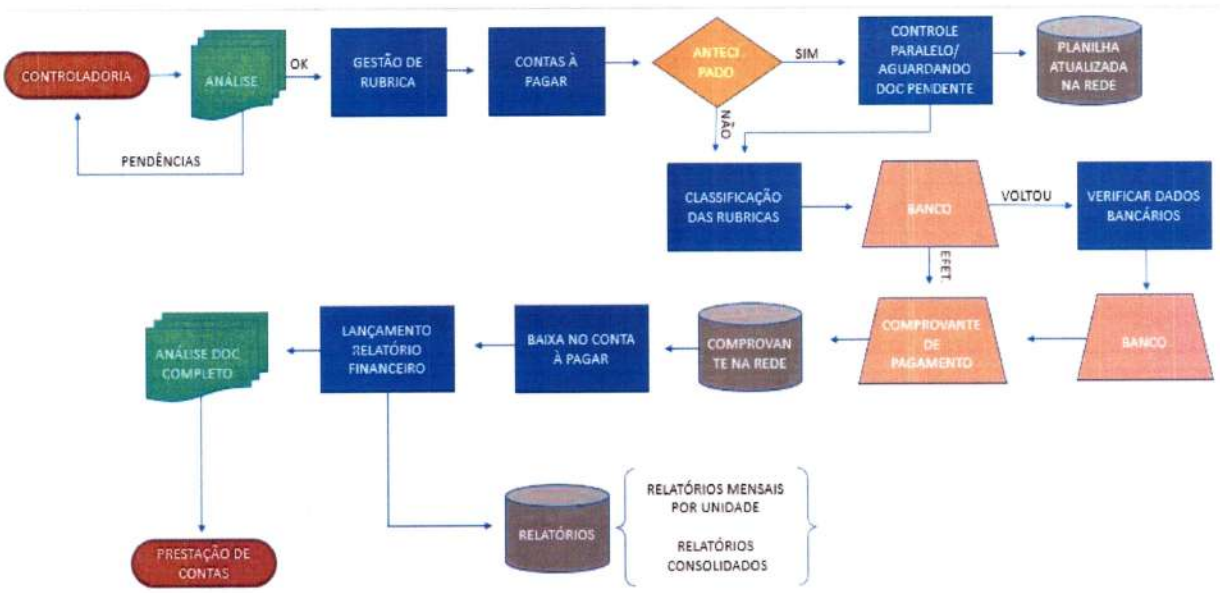


Figura 156 - Fluxograma dos processos de pagamentos

PRESTAÇÃO DE CONTAS E OBRIGAÇÕES ACESSÓRIAS

Elaboração e envio de relatórios e demonstrativos gerenciais à Diretoria, Gestores e Superintendentes, além da elaboração e entrega de informativos: SIPEF, publicação de fluxos de caixa mensal no portal da SES, entrega de demonstrativos de encerramentos mensais Kit Contábil (balancetes, livro razão, folha de pagamento, extratos bancários e demonstrativos financeiros/contábeis), publicação do balanço patrimonial, apresentação de dados e informações aos órgãos controladores, em atendimento aos preceitos estabelecidos no Contrato de Gestão e Legislação pertinente.

PRESTAÇÃO DE CONTAS – INTERNA

Consiste na elaboração e envio de relatórios e demonstrativos gerenciais a Diretoria, Gestores Corporativos e Superintendência, a fim de informar os números da unidade e subsidiar a tomada de decisões e definição de diretrizes.

PRESTAÇÃO DE CONTAS – EXTERNA

Elaboração e entrega de informativos: SIPEF (Sistema de Prestação de Contas Econômico-Financeiro), publicação de fluxos de caixa mensal no portal da SES, entrega de demonstrativos e encerramentos mensais (balancetes, livro razão, resumo folha de pagamento, extratos bancários), publicação do balanço patrimonial, elaboração e entrega de dados e informações aos órgãos controladores.

AUDITORIA

AUDITORIA INTERNA

Consiste na checagem minuciosa e validação dos processos de pagamentos, visando garantir o cumprimento das normas estabelecidas no regulamento de compras de materiais e contratação de serviços, contratação de pessoal e fundo fixo, bem como questionar as divergências e orientar aos demais setores em relação metodologia correta.

AUDITORIA EXTERNA (FISCALIZAÇÕES)

Fornecimento de documentação, dados e informações, e acompanhamento do processo de fiscalização pelos órgãos competentes Secretaria de Estado da Saúde (SES), CGE — Controladoria Geral do Estado, AGR - Agência Goiana de Fiscalização e TCE — Tribunal de Contas do Estado) esclarecendo aos questionamentos apresentados pelos auditores, bem como, anotar a orientações recebidas e difundi-las aos demais setores, através de comunicados internos, garantindo a adequação dos processos e procedimentos. Preparar documentação e justificativas que subsidiem na defesa de possíveis apontamentos em notificações e autos de infrações.

AUDITORIA INDEPENDENTE

Fornecimento de dados e informações e acompanhamento dos relatórios emitidos pela auditoria independente, contratada para emissão de parecer sobre demonstrações contábeis e financeiras, de acordo com a legislação contábil vigente, Leis 6.404/76, 11.638/07 e 11.941/09 e Resolução 1409 de 21/09/2012 do Conselho Federal de Contabilidade, e alterações posteriores e respectiva conciliação contábil com balanço patrimonial e demonstrativo do resultado do exercício, bem como revisão fiscal e fiscalização da eficiência dos controles internos, assegurar correção dos registros contábeis; opinar sobre adequação das demonstrações contábeis; evitar/impedir desvios de bens patrimoniais e pagamentos indevidos de despesas; contribuir para obtenção de melhores informações sobre a real situação económica, patrimonial e financeira; apontar falhas na organização administrativa da empresa e nos controles internos e contribuir para observância das leis regentes.

COMUNICAÇÃO

COMUNICAÇÃO INTERNA:

Todos os assuntos e temas tratados entre os setores deverão ser formalizados. Os temas "corriqueiros/cotidianos" deverão ser tratados através de emails e o gestor do setor deverá ser copiado em todos os e-mails transmitidos. Os temas específicos e de maior relevância, deverão ser tratados através de CI's Comunicação Interna (modelo padrão adotado para a unidade) e somente o gestor do setor poderá assiná-la, neste caso, deverá ser produzida uma cópia (após assinada) e arquivada na pasta de correspondências enviadas/recebidas.

COMUNICAÇÃO EXTERNA:

Todos os assuntos e temas tratados com fornecedores ou prestadores de serviços que se fizer necessária a formalização, deverá ser feita pelo gestor do departamento, através de e-mail. Os temas e assuntos relacionados aos órgãos reguladores e fiscalizadores, deverão ser tratados através de CES - Comunicação Externa (modelo padrão adotado para a unidade) direcionada à chefia de gabinete/aerência jurídica, responsável pela comunicação oficial da unidade, elaborada pelo gestor do setor. Deverá ser produzida uma cópia (após assinada) e arquivada na pasta de correspondências enviadas/recebidas

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente manual baseou-se em conceitos sobre os recursos públicos, de mecanismos de controle e gestão e dos instrumentos de fiscalização pública, tendo feito considerações sob dois aspectos, o prático que é a descrição detalhada das rotinas do setor, numa linguagem simples, com a finalidade de avaliar e orientar o uso efetivo dos mecanismos de controle e gestão do setor financeiro e o teórico, onde embasamento e a fundamentação legal, à luz da legislação e Contrato de Gestão.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1.2 INCREMENTO DE ATIVIDADES

1.2.1 Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade.

1.2.1.1 Cuidados com acesso vascular para hemodiálise: prevenção de complicações e melhoria da qualidade do tratamento

RESUMO

Este projeto visa garantir a segurança, eficácia e longevidade do acesso vascular utilizado pelos pacientes em tratamento. O acesso vascular é um ponto crítico no tratamento de hemodiálise, pois sua manutenção adequada impacta diretamente a qualidade da terapia, a saúde do paciente e a prevenção de complicações como infecções e trombose.

OBJETIVO

Garantir a manutenção e o cuidado adequado do acesso vascular para pacientes em hemodiálise, visando a prevenção de complicações e a melhoria contínua do tratamento dialítico.

JUSTIFICATIVA

O acesso vascular é essencial para a realização eficaz da hemodiálise. No entanto, complicações como infecções, trombose, disfunção do acesso e falha do acesso podem reduzir a qualidade do tratamento e colocar em risco a saúde dos pacientes. A implementação de protocolos padronizados de cuidados com o acesso vascular pode aumentar a vida útil do acesso e diminuir a incidência de complicações.

LEVANTAMENTO DE APLICABILIDADE MEDIANTE A VISITA TÉCNICA, EDITAL E PORTAL TRANSPARÊNCIA

Mediante ao levantamento de necessidades da unidade com base na visita técnica, edital e nos dados extraídos do portal da transparência da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis, o projeto se torna viável mediante ao perfil de atendimento da unidade, visto que a Policlínica é referência para atendimento de pacientes renal crônicos e sessões de hemodiálise da região sudoeste goiana, este propõem implementar protocolo de cuidados com os diferentes tipos de acesso vascular (fístula arteriovenosa, cateter venoso central e próteses), capacitar a equipe de saúde (enfermeiros, médicos, técnicos) em práticas seguras e eficazes de cuidado

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

com o acesso vascular, reduzir as taxas de infecção, trombose e falência do acesso vascular.

Segue análise dos dados de produção (perfil de atendimento):

INDICADOR DE PRODUÇÃO	META	jan/24	fev/24	mar/24	abr/24	mai/24
Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal)	546	340	346	354	353	370

Tabela 42 - Perfil de Atendimento – dados de produção

PÚBLICO

Pacientes que se encontram em tratamento sessão de hemodiálise na Policlínica.

APRESENTAÇÃO

Diagnóstico Inicial

- Ação: Realizar uma avaliação da situação atual, analisando a frequência de complicações relacionadas ao acesso vascular (infecções, tromboses, falência do acesso) e a adesão aos cuidados recomendados.
- Responsáveis: Equipe de nefrologia, enfermeiros especialistas em diálise.
- Recursos: Relatórios de incidentes, dados de complicações, entrevistas com equipe e pacientes.

Elaboração de Protocolos de Cuidado

- **Ação**: Desenvolver e implementar protocolos padronizados para o manejo de fístulas arteriovenosas, cateteres venosos centrais e próteses, incluindo técnicas de punção, higienização e cuidados pós-punção.
- **Responsáveis**: Comitê de segurança do paciente, nefrologistas, enfermeiros.
- **Recursos**: Diretrizes clínicas, protocolos de cuidados, guias de melhores práticas.

Capacitação da Equipe

- **Ação**: Realizar treinamentos periódicos para toda a equipe de saúde envolvida no manejo de pacientes em hemodiálise, focando em técnicas de punção, prevenção de infecções,

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

manutenção de cateteres e cuidados com fístulas.

- **Responsáveis**: Coordenação de educação continuada, equipe de nefrologia.
- **Recursos**: Salas de treinamento, material didático, instrutores especializados.

Educação do Paciente

- **Ação**: Desenvolver materiais educativos (folders, vídeos, cartilhas) e promover palestras para conscientizar os pacientes sobre o autocuidado com o acesso vascular, como higiene, sinais de infecção e prevenção de traumas.
- **Responsáveis**: Enfermeiros educadores, equipe de nefrologia.
- **Recursos**: Materiais gráficos, vídeos instrutivos, espaço para palestras.

Monitoramento e Manutenção Preventiva

- **Ação**: Estabelecer um calendário de monitoramento regular dos acessos vasculares, com avaliações clínicas e ultrassonográficas para detectar precocemente sinais de disfunção (como estenoses ou trombose).
- **Responsáveis**: Médicos nefrologistas, enfermeiros.
- **Recursos**: Equipamentos de ultrassom, prontuários eletrônicos para acompanhamento.

PLANO DE TRABALHO

Implantar o projeto junto a equipe da Policlínica;

Diagnóstico Inicial;

Elaboração de Protocolos de Cuidado;

Capacitação da Equipe;

Educação do Paciente;

Monitoramento e Manutenção Preventiva.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Implantação do projeto	x											
Diagnostico inicial	x											
Elaboração de Protocolos		x										
Capacitação dos profissionais			x	x								
Educação do Paciente			x		x		x		x		x	
Monitoramento Regular dos Acessos					x	x	x	x	x	x	x	x

ORÇAMENTO

CUSTOS	VALOR
Materiais educativos (folder)	R$ 5.000,00

1.2.1.2 Cuidados nutricionais para pacientes dialíticos

RESUMO

O projeto nutricional para pacientes dialíticos é fundamental para garantir que eles recebam os nutrientes adequados, auxiliando no tratamento, melhorando a qualidade de vida e prevenindo complicações relacionadas à doença renal crônica (DRC) e à hemodiálise. A dieta de pacientes dialíticos precisa ser cuidadosamente planejada para controlar os níveis de eletrólitos, líquidos e proteínas.

OBJETIVO

Oferecer um plano nutricional personalizado para pacientes em tratamento dialítico, visando o equilíbrio dos nutrientes essenciais, controle de complicações e melhoria da qualidade de vida.

JUSTIFICATIVA

A implantação do projeto contribui para monitorar e ajustar a ingestão de nutrientes-chave, como proteínas, sódio, potássio, fósforo e líquidos, bem como prevenir complicações nutricionais e minimizar a desnutrição, além de incentivar práticas alimentares que complementem o tratamento dialítico e promovam bem-estar

LEVANTAMENTO DE APLICABILIDADE MEDIANTE A VISITA TÉCNICA E EDITAL E PORTAL TRANSPARÊNCIA

Mediante ao levantamento de necessidades da unidade com base na visita técnica, edital e nos dados extraídos do portal da transparência da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis, o projeto oferece um acompanhamento nutricional personalizado e contínuo para pacientes dialíticos, contribuindo para o controle das complicações relacionadas à alimentação, promovendo uma melhor adesão ao tratamento e aumento da qualidade de vida. O foco em educação alimentar e envolvimento familiar é crucial para garantir o sucesso a longo prazo.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Segue análise de dados de produção (perfil de atendimento):

INDICADOR DE PRODUÇÃO	META	jan/24	fev/24	mar/24	abr/24	mai/24
Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal)	546	340	346	354	353	370

Tabela 43 - perfil de atendimento - dados de produção

PÚBLICO

Pacientes em tratamento de hemodiálise ou diálise peritoneal que necessitam de orientações nutricionais específicas.

APRESENTAÇÃO

Avaliação Nutricional Inicial:

- Realizar avaliação nutricional detalhada de cada paciente, incluindo peso, altura, composição corporal e exames laboratoriais (níveis de creatinina, albumina, eletrólitos, etc.).
- Aplicar questionários de frequência alimentar e anamneses nutricionais para identificar hábitos alimentares e possíveis deficiências.

Plano Alimentar Individualizado:

- Desenvolver um plano alimentar específico para cada paciente, levando em consideração suas necessidades calóricas, níveis de proteína, controle de líquidos e eletrólitos (sódio, potássio e fósforo).
- Adaptação da dieta conforme a progressão da doença e das condições clínicas do paciente.

Orientações sobre Restrições Alimentares:

- Educar os pacientes sobre a importância de controlar a ingestão de sódio (para evitar retenção de líquidos e hipertensão), potássio (para prevenir complicações cardíacas), fósforo (para evitar problemas ósseos) e proteínas (para preservar a função renal restante e prevenir desnutrição).
- Fornecer uma lista de alimentos ricos e pobres em potássio, fósforo e sódio, ajudando os

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

pacientes a fazer escolhas alimentares mais seguras.

Oficinas de Culinária e Educação Alimentar:

- Promover palestras sobre alimentação saudável para DRC, com dicas de como substituir alimentos ricos em sódio, potássio ou fósforo por opções mais seguras.

Suplementação Nutricional:

- Identificar pacientes com risco de desnutrição ou que apresentem deficiência de nutrientes específicos e fornecer suplementação, se necessário, como fontes adicionais de proteínas ou vitaminas (por exemplo, vitamina D e cálcio, frequentemente deficientes em pacientes dialíticos).

Monitoramento Contínuo e Ajustes:

- Realizar acompanhamento nutricional mensal ou bimestral para ajustar o plano alimentar conforme as mudanças nas necessidades dos pacientes (níveis de potássio, fósforo, proteínas, etc.).

- Reavaliação frequente dos exames laboratoriais para verificar o sucesso do controle nutricional e detectar precocemente desequilíbrios que possam surgir.

Envolvimento Familiar:

- Incluir familiares nas orientações nutricionais, fornecendo-lhes conhecimento sobre a dieta do paciente para melhor suporte nas refeições diárias.

- Treinamento para cuidadores sobre como preparar alimentos e controlar as porções de maneira adequada.

PLANO DE TRABALHO

Implantar o projeto junto a equipe da Policlínica enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, nefrologista;

Espaço para sessões, oficinas e encontros educativos;

Orientar e envolver os familiares e cuidadores sobre essa ação e a importância do controle nutricional;

Materiais educativos (cartilhas, guias alimentares específicos para a dieta renal, vídeos, etc.);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Acompanhar e avaliar a rotina implantada.

CRONOGRAMA

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Implantação do projeto	x											
capacitação / envolvimento da equipe	x	x			x			x			x	
Orientações e envolvimento dos familiares e cuidadores	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sessões nutricionais e oficinas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Palestras sobre doença renal crônica e cuidados nutricionais		x		x		x		x		x		x
Acompanhar e avaliar as rotinas implantadas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

ORÇAMENTO

CUSTOS COM NUTRICIONISTA	VALOR
SALÁRIO BASE	R$ 5.148,94
INSALUBRIDADE	R$ 282,40
ENCARGOS SOCIAIS	R$ 1.547,93
PROV. DÉCIMO TERCEIRO	R$ 452,61
PROV. FÉRIAS	R$ 150,87
FGTS	R$ 434,51
TOTAL	**R$ 8.017,26**

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1.2.1.3 Humanização do atendimento

RESUMO

Este projeto busca promover um cuidado mais acolhedor, respeitoso e centrado nas necessidades dos pacientes. A humanização no atendimento envolve a criação de um ambiente onde o paciente se sinta valorizado, compreendido e parte ativa no processo de cuidado.

OBJETIVO

Melhorar a qualidade do atendimento ao promover uma relação mais humana entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares, garantindo que aspectos emocionais, psicológicos e sociais sejam levados em consideração no tratamento.

JUSTIFICATIVA

A implantação do projeto contribui para maior satisfação dos pacientes melhoria no vínculo entre paciente e equipe de saúde, redução da ansiedade e estresse dos pacientes durante o atendimento, aumento da adesão ao tratamento, já que o paciente se sente mais confiante e amparado, melhoria da imagem da instituição de saúde junto à comunidade.

LEVANTAMENTO DE APLICABILIDADE MEDIANTE A VISITA TÉCNICA E EDITAL E PORTAL TRANSPARÊNCIA

Mediante ao levantamento de necessidades da unidade com base na visita técnica, edital e nos dados extraídos do portal da transparência da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis, o projeto visa proporcionar aos pacientes que se encontram em atendimento e tratamento um ambiente acolhedor, humanizado e resolutivo entendendo as necessidades individuais de cada usuário.

Segue análise dos dados de produção (perfil de atendimento):

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

INDICADOR DE PRODUÇÃO	META	jan/24	fev/24	mar/24	abr/24	mai/24
Consultas médicas especializadas	2.800	2.796	2.725	2.544	2.121	2.020
Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)	4.200	3.654	3.559	3.470	3.263	3.104
Procedimentos Ambulatoriais	(Acompanhamento)	228	33	270	128	133
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	1.595	2.111	2.065	1.283	2.319	1.934
Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal)	546	340	346	354	353	370
Transporte de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual (	(Acompanhamento)	9.303	9.493	9.040	5.971	8.385
Práticas Integrativas e Complementares – PIC	(compõem a meta de consultas multiprofissionais)	1.103	949	1004	987	923
Dispensação de medicamentos para pacientes do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)	≥50% dos processos cadastrados na unidade	9.979	9.705	10.151	10.072	11.055

Tabela 44 - dados de produção

PÚBLICO

Pacientes que se encontram em atendimento e/ou tratamento na Policlínica.

APRESENTAÇÃO

Treinamento dos profissionais de saúde:

Focar na capacitação dos profissionais para que desenvolvam habilidades de escuta ativa, empatia, comunicação clara e resolutiva, e para que entendam a importância do respeito à dignidade dos pacientes.

Ambiente acolhedor:

Melhorar o ambiente físico da unidade para torná-lo mais acolhedor, com sinalização clara, espaços confortáveis e atendimento ágil.

Participação ativa do paciente:

Incentivar que os pacientes sejam ouvidos e envolvidos nas decisões sobre seu próprio tratamento.

Redução da burocracia:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Simplificar processos para que o atendimento seja mais rápido e eficiente, evitando que o paciente se sinta perdido ou desamparado.

Suporte emocional:

Oferecer apoio psicológico aos pacientes e familiares, seja por meio de profissionais dedicados ou serviços de acompanhamento e aconselhamento.

Cuidados individualizados:

Adaptar o atendimento às necessidades específicas de cada paciente, considerando suas particularidades, como idade, condição social, cultural, etc.

PLANO DE TRABALHO

Implantar o projeto junto a equipe da Policlínica;

Levantamento das principais dificuldades no atendimento atual através de entrevistas, pesquisas de satisfação e grupos focais com pacientes, familiares e equipe de saúde;

Com base nos dados levantados no diagnóstico, definir as principais ações a serem implementadas para humanizar o atendimento;

Promover treinamentos e workshops para os profissionais da Policlínica sobre humanização, empatia, comunicação assertiva, gestão de conflitos, e atendimento centrado no paciente;

Adaptar e adequar as áreas de atendimento para que sejam mais acolhedoras e confortáveis para os pacientes e familiares;

Implantar canais de escuta ativa e feedback (caixas de sugestão, atendimento via telefone ou internet, questionários pós-atendimento);

Revisar processos administrativos e de atendimento, eliminando etapas desnecessárias e otimizando o fluxo de atendimento;

Monitorar a implementação das ações de humanização, usando indicadores de desempenho como satisfação dos pacientes, tempo de espera, qualidade da comunicação, entre outros.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Implantação do projeto	x											
Diagnostico inicial	x											
Planejamento das ações		x										
Capacitação dos profissionais			x	x								
Adaptação / adequação do ambiente físico			x	x								
Criação dos canais de comunicação			x									
Redução da burocracia			x									
Monitoramento e avaliação					x	x	x	x	x	x	x	x

ORÇAMENTO

CUSTOS	VALOR
Materiais / artigos para deixar o ambiente mais acolhedor e aconchegante	R$ 5.000,00

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

POLICLÍNICA NAS ESCOLAS

RESUMO

A implantação desse projeto visa promover palestras que articulem saúde e educação nas escolas, com objetivo de levar informações aos estudantes, proporcionando melhoria da qualidade de vida e bem-estar, através de temas específicos com foco em promoção a saúde, como: doenças renais, alimentação saudável, saneamento básico, higiene pessoal e oral, vacinação, Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST, primeiros socorros, será conduzido de uma forma dinâmica e com diálogo eficiente, envolvendo os alunos e os profissionais da educação.

OBJETIVO

Contribuir para conscientização e formação integral dos estudantes e consequentemente profissionais da educação por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde.

JUSTIFICATIVA

Essa ação contribui com a formação e conscientização dos alunos, pois aprenderão sobre a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST, bem como noções de higiene, causas e prevenção das doenças, doenças renais, relevância da hidratação e alimentação saudável e os impactos da destas em doenças renais e cardiovasculares, importância do saneamento básico e higienização, cuidados com consumo de alimentos crus e água não filtrada, uma vez que facilitam a penetração, proliferação e infecção por parasitas.

Desse modo, a escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

LEVANTAMENTO DE APLICABILIDADE MEDIANTE A VISITA TÉCNICA E EDITAL

Mediante ao levantamento de necessidades da unidade com base na visita técnica, edital e nos dados extraídos do portal da transparência da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis, o projeto se torna viável, pois a Policlínica conta com profissionais especializados e

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

capacitados nos temas propostos, levando em consideração ao perfil de atendimento da unidade, este tem a finalidade de conscientizar a população jovem com efeito cascata, influenciar indiretamente também seus familiares (através dos estudantes) e a comunidade como um todo, é uma iniciativa essencial para promover mudanças positivas na sociedade.

Segue análise de dados de produção (perfil dos profissionais):

INDICADOR DE PRODUÇÃO	META	jan/24	fev/24	mar/24	abr/24	mai/24
Consultas médicas especializadas	2.800	2.796	2.725	2.544	2.121	2.020
Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)	4.200	3.654	3.559	3.470	3.263	3.104
Procedimentos Ambulatoriais	(Acompanhamento)	228	33	270	128	133
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	1.595	2.111	2.065	1.283	2.319	1.934
Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal)	546	340	346	354	353	370
Transporte de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual (	(Acompanhamento)	9.303	9.493	9.040	5.971	8.385
Práticas Integrativas e Complementares – PIC	(compõem a meta de consultas multiprofissionais)	1.103	949	1004	987	923
Dispensação de medicamentos para pacientes do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)	≥50% dos processos cadastrados na unidade	9.979	9.705	10.151	10.072	11.055

Tabela 45 - dados de produção

PÚBLICO

Estudantes e seus familiares gestores e profissionais de educação.

APRESENTAÇÃO

Esse projeto contribuirá com atividades extraclasse nas escolas, são grandes oportunidades para levar aos estudantes novas experiências e agregar conhecimento a todos que fazem parte da comunidade escolar.

Dessa forma, os palestrantes abordarão temas relevantes da atualidade, a fim de aumentar o nível de conhecimento dos participantes, atualizá-los e levá-los a reflexões e outras medidas favoráveis para o seu desenvolvimento.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Assim, contaremos com apoio da equipe da Policlínica capacitada e qualificada para disseminação de conhecimentos, capazes de influenciar, inspirar e motivar os ouvintes de forma clara e objetiva.

Contaremos com temas voltados à alimentação saudável, doenças renais, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), risco e benefícios da alimentação e o impactos destas em doenças renais e cardiovasculares, doenças sazonais, importância da atualização do cartão vacinal, primeiros socorros, importância da higiene e saneamento básico, prevenção da violência; álcool e outras drogas.

Desse modo, as palestras nas escolas têm o propósito de conscientização e mobilização, para que os jovens e profissionais da educação, apreendam conceitos sobre educação em saúde, em especial, a prevenção das doenças por meio da vacinação, cuidados diários com alimentação, higiene pessoal, saneamento básico, uso de preservativos e dentre outros, sobretudo por considerar que essa ação pode se tornar em instrumento de educação na transformação de atitudes no seio da família.

Promovendo saúde é também ter condições de estudar de forma adequada, de conviver e socializar e, em caso de doença, ter condições de recuperar seu estado ideal de saúde. Com isso, para termos saúde, precisamos de um ambiente saudável, de uma alimentação adequada e de um equilíbrio emocional e físico.

Vale a pena ressaltar que a prática de educação nas escolas se tornou mais evidentes com a Lei de Lucas (13722/18) sancionada no dia 04/10/2018. Essa lei obriga as escolas, públicas e privadas, e espaços de recreação infantil a se prepararem para atendimentos de primeiros socorros.

A Lei surgiu em decorrência de uma fatalidade que ocorreu no ano de 2017 com um menino de 10 anos de idade, conhecido como Lucas Begalli, estudante de uma escola particular de Campinas/SP, onde, durante um passeio escolar, sofreu engasgamento com alimento servido, vindo a óbito dois dias depois do ocorrido.

Portanto, é de suma importância essa prática para preparar e capacitar os jovens para lidar com situações adversas.

PLANO DE TRABALHO

As palestras serão organizadas em turnos e horários previamente agendados com a escola;
Programação do calendário anual com temas acordados com as instituições escolares;
Duração de no máximo 1 hora;
O facilitador convidará o grupo para fazer uma reflexão de suas atitudes cotidianas e a promoção à saúde;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

As palestras serão objetivas, clara e dinâmica com momentos de tirar dúvidas;

Serão utilizados recursos audiovisuais;

CRONOGRAMA

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Implantação do projeto	x											
Envolvimento dos facilitadores / equipe multiprofissionais	x											
Elaboração do material de apresentação	x	x		x		x		x		x		x
Palestras de capacitação e sensibilização dos estudantes	x		x		x		x		x		x	
Acompanhar e avaliar as rotinas implantadas	x		x		x		x		x		x	

ORÇAMENTO

Ação sem custo.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1.2.1.5 Preservação da saúde mental dos pacientes dialíticos

RESUMO

Este projeto tem como finalidade a implantação do acompanhamento da saúde mental dos pacientes dialíticos, pois é fundamental para melhorar a qualidade de vida e proporcionar suporte emocional aos indivíduos que enfrentam essa condição crônica. A hemodiálise pode trazer efeitos físicos e psicológicos, como ansiedade, depressão, fadiga e estresse, que tornam essencial o cuidado com a saúde mental.

OBJETIVO

Promover o bem-estar mental e emocional de pacientes submetidos à hemodiálise, por meio de intervenções psicológicas e suporte multidisciplinar, melhorando sua qualidade de vida e enfrentamento da doença.

JUSTIFICATIVA

A implantação do projeto contribui para identificar sinais de depressão, ansiedade e outras questões emocionais nos pacientes dialíticos, bem como promover educação sobre autocuidado emocional e manejo do estresse, envolver a família e os cuidadores no processo de apoio ao paciente.

LEVANTAMENTO DE APLICABILIDADE MEDIANTE A VISITA TÉCNICA E EDITAL E PORTAL TRANSPARÊNCIA

Mediante ao levantamento de necessidades da unidade com base na visita técnica, edital e nos dados extraídos do portal da transparência da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis, o projeto visa proporcionar aos pacientes que se encontram em tratamento / sessões de hemodiálise uma abordagem integral, cuidando tanto da saúde física quanto mental dos pacientes dialíticos. Com a implementação de um programa de suporte psicológico, espera-se melhorar o bem-estar emocional, diminuindo os impactos negativos da doença e do tratamento na vida dos pacientes.

Segue análise de dados de produção (perfil de atendimento):

INDICADOR DE PRODUÇÃO	META	jan/24	fev/24	mar/24	abr/24	mai/24
Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal)	546	340	346	354	353	370

Tabela 46 – Dados de produção.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PÚBLICO

Pacientes em tratamento dialítico (hemodiálise ou diálise peritoneal), com foco em indivíduos que demonstram sinais de sofrimento emocional, ansiedade ou depressão.

APRESENTAÇÃO

Avaliação Psicológica Inicial:

Realizar uma triagem psicológica em todos os pacientes para identificar sintomas de depressão, ansiedade, estresse e outros transtornos.

Utilizar questionários validados, como o Inventário de Depressão de Beck (BDI) ou a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

Sessões de Psicoterapia:

Oferecer sessões de psicoterapia individual (cognitivo-comportamental, humanista, etc.) para ajudar no enfrentamento dos desafios emocionais.

Terapia de grupo para criar um espaço de troca de experiências entre os pacientes.

Oficinas de Autocuidado Emocional:

Promover oficinas sobre técnicas de relaxamento, como meditação, respiração profunda e práticas de mindfulness.

Ensinar ferramentas de enfrentamento emocional, como o diário emocional e técnicas de gerenciamento de pensamentos negativos.

Atividades de Integração Social e Bem-estar:

Organizar encontros periódicos para socialização, promovendo a criação de uma rede de apoio entre os pacientes.

Proporcionar atividades recreativas, musicoterapia ou terapia ocupacional, visando à melhora do humor e redução do estresse.

Educação em Saúde Mental:

Palestras sobre os impactos psicológicos da doença renal crônica e da hemodiálise, visando à conscientização.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Orientações para pacientes e familiares sobre sinais de alerta para transtornos mentais e a importância do apoio contínuo.

Apoio a Familiares e Cuidadores:

Envolver familiares e cuidadores em sessões de orientação sobre saúde mental, manejo do estresse e comunicação empática.

Grupos de suporte para cuidadores, onde possam compartilhar experiências e obter orientação psicológica.

Monitoramento e Avaliação:

Acompanhar periodicamente os pacientes através de reavaliações psicológicas e relatórios de progresso.

Avaliar o impacto das intervenções através de questionários de satisfação e melhora na qualidade de vida.

PLANO DE TRABALHO

Implantar o projeto junto a equipe da Policlínica enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, psiquiatra saúde mental;

Espaço para sessões de terapia e oficinas;

Orientar e envolver os familiares e cuidadores sobre essa ação e a importância da mesma;

Materiais educativos (cartilhas, vídeos, etc.);

Profissionais qualificados em saúde mental;

Instrumentos de avaliação psicológica;

Acompanhar e avaliar a rotina implantada.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Implantação do projeto	x											
Triagem psicológica e capacitação / envolvimento da equipe	x	x			x			x			x	
Orientações e envolvimento dos familiares e cuidadores	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sessões terapêuticas individuais e em grupos e oficinas de autocuidado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Palestras sobre doença renal crônica		x		x		x		x		x		x
Acompanhar e avaliar as rotinas implantadas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

ORÇAMENTO

CUSTOS COM PSICOLOGO	VALOR
SALÁRIO BASE	R$ 3.669,36
INSALUBRIDADE	R$ 282,40
ENCARGOS SOCIAIS	R$ 1.126,25
PROV. DÉCIMO TERCEIRO	R$ 329,31
PROV. FÉRIAS	R$ 109,77
FGTS	R$ 316,14
TOTAL	**R$ 5.833,24**

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SES
Secretaria de Estado da Saúde

GOVERNO DE GOIÁS
O ESTADO QUE DÁ CERTO

FA.2 ÁREA DE ATIVIDADE



IPGSE

2.1 PROPOSTA DE TRABALHO PARA A IMPLANTAÇÃO DAS COMISSÕES

2.1.1 Qualidade Objetiva - Implantação de Comissões

2.1.1.1 Comissão de Ética Médica

MEMBROS

Conforme resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.152/2016, de 10 de novembro de 2016 a comissão será composta por 03 membros efetivos e 03 membros suplentes, sendo descritos:

I. 01 (Um) Médico – Presidente (efetivo);
II. 01 (Um) Médico – 1º Secretário (efetivo);
III. 01 (Um) Médico (efetivo);
IV. 03 Membros suplentes.

FINALIDADE

Compete à Comissão de Ética Médica, no âmbito da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, 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.
A Comissão deve 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. Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético.

REGIMENTO INTERNO

APRESENTAÇÃO

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

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

Art. 1° - A Comissão de Ética Médica constitui-se numa extensão do Conselho Regional de Medicina, tendo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

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 está vinculado o seu registro.

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 legais que disciplinam o seu comportamento ético;

V. Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;

VI. Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;

VII. Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde.

ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 5° - A Comissão de Ética Médica será composta por 3 (três) membros efetivos e 3 (três) membros suplentes, dentre os integrantes do corpo clínico, obedecidas as normas dispostas neste Regimento, podendo ser reeleitos:

I.01 (Um) Médico – Presidente (efetivo);

II.01 (Um) Médico – 1° Secretário (efetivo);

III.01 (Um) Médico - (efetivo);

IV.03 (Três) Membros suplentes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 6° - A Comissão de Ética Médica será composta por 01 (Um) Presidente, 01 (Um) Secretário eleito dentre os membros efetivos.

Art. 7° - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação de outros membros suplentes, 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 da unidade, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao CRM/GO.

§2° Sobrevinda 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. 8° - Em casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, será feito nova escolha, dentre os membros efetivos/suplentes, 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.

FUNCIONAMENTOS E REUNIÕES

Art. 9° - A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Art. 10° - Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando tratar-se de atividade didático-pedagógicas no âmbito da Instituição de saúde.

Art. 11° - 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. 12° - 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. 13° - 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. 14° - 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 se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

defesa.

Art. 15° - 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 da unidade e ao CRM/GO.

Art. 16° - 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. 17° - 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. 18° - Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao CRM/GO para as providências cabíveis.

Art. 19° - 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, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

ATRIBUIÇÕES

Art. 20° - 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 de Goiás quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem 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;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

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. 21° - 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 deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 22° - 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.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nomeação dos membros da comissão	X											
Elaborar e aprovar regimento da Comissão	X											
Colaborar nos programas de treinamento implementados pela instituição	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Realizar o planejamento de atividades educativas, de supervisão e fiscalização do desempenho ético da medicina							X					
Desenvolver ações educativas que orientem os Profissionais Médicos (Seminários, Encontros)		X							X			
Avaliação dos profissionais médicos da unidade, quanto o seu conhecimento das normas e condutas							X			X		
Treinamento sobre Ética Médica	X									X		
Reuniões mensais	X		X		X		X		X		X	
Implantação de indicadores	X	X										

Tabela 47 - Cronograma da Comissão de Ética Médica

2.1.1.2 Comissão de Ética Multiprofissional

MEMBROS

I. 01 (Um) Médico (a) – Presidente;
II. 01 (Um) Enfermeiro (a) – Secretário;
III. 01 (Um) Psicólogo (a);
IV. 01 (Um) Assistente Socia;
V. 01 (Um) Fisioterapeuta;
VI. 01 (Um) Farmacêutico (a);
VII. 01 (Um) Biomédico (a);
VIII. 01 (Um) Nutricionista;
IX. 01 (Um) Fonoaudiólogo (a);
X. 01 (Um) Terapeuta Ocupacional.

FINALIDADE

A Comissão de Ética Multiprofissional é um órgão que tem como objetivo promover a ética nas práticas profissionais de diferentes áreas assistenciais da unidade.
Ela é responsável por avaliar condutas, investigar denúncias e orientar profissionais sobre questões éticas.

REGIMENTO INTERNO

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º - A Comissão de Ética Multiprofissional, doravante denominada "Comissão", é um órgão consultivo e deliberativo, constituído por profissionais de diversas áreas de atuação.
Art. 2º - A Comissão tem como objetivo promover a ética nas práticas profissionais, avaliar condutas e propor medidas para a melhoria contínua.

COMPOSIÇÃO

Art. 3º - A Comissão será composta por dez membros, sendo representantes de diferentes áreas profissionais.

XI.01 (Um) Médico (a) – Presidente;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XII.01 (Um) Enfermeiro (a) – Secretário;
XIII.01 (Um) Psicólogo (a);
XIV.01 (Um) Assistente Socia;
XV.01 (Um) Fisioterapeuta;
XVI.01 (Um) Farmacêutico (a);
XVII.01 (Um) Biomédico (a);
XVIII.01 (Um) Nutricionista;
XIX.01 (Um) Fonoaudiólogo (a);
XX.01 (Um) Terapeuta Ocupacional.

Parágrafo primeiro - Em casos de vacância do cargo de Presidente ou de Secretário, será feito nova escolha, dentre os membros, para o cumprimento do restante do mandato.
Art. 4º - Os membros da Comissão serão escolhidos entre os profissionais da instituição, com mandato de dois anos, permitida uma recondução.

FINALIDADE

Art. 5º - São atribuições da comissão:

I. Fornecer diretrizes e esclarecimentos sobre questões éticas.
II. Analisar comportamentos e práticas profissionais que possam infringir normas éticas.
III . Elaborar e revisar normas e diretrizes éticas.
IV. Promover a formação e sensibilização sobre ética profissional.
V. Receber denúncias e reclamações sobre condutas inadequadas.
VI. Mediar conflitos entre profissionais ou entre profissionais e pacientes.
VII .Propor ações corretivas e preventivas.

FUNCIONAMENTO

Art. 6º - As reuniões da Comissão ocorrerão uma vez por mês. Quando necessário, reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo presidente ou pela maioria de seus membros.
Art. 7º - As deliberações serão tomadas por maioria simples dos membros presentes.
Art. 8º - As atas das reuniões serão elaboradas e arquivadas, garantindo a transparência das decisões.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DENÚNCIAS E PROCEDIMENTOS

Art. 9º - As denúncias poderão ser feitas de forma anônima ou identificada, devendo ser formalizadas por escrito.

Art. 10º - A Comissão deverá apurar as denúncias recebidas em até 30 dias, garantindo o direito de defesa aos envolvidos.

Art. 11º - Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, para as providências cabíveis.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12º - Este regimento poderá ser alterado mediante proposta da Comissão e aprovação da maioria dos membros.

Art. 13º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão, respeitando as diretrizes gerais da ética profissional.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA												
ATIVIDADES/ MESES	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**	**JUL**	**AGO**	**SET**	**OUT**	**NOV**	**DEZ**
Nomeação dos membros da comissão	X											
Elaborar e aprovar regimento da comissão	X											
Colaborar nos programas de treinamento implementados pela instituição	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar o planejamento de							X					

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
atividades educativas, de supervisão e fiscalização do desempenho ético da equipe multidisciplinar												
Desenvolver ações educativas que orientem os Profissionais (seminários, encontros)		X							X			
Avaliação da equipe multidisciplinar da unidade, quanto o seu conhecimento das normas e condutas							X			X		
Treinamento sobre Ética	X									X		
Reuniões mensais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação de indicadores	X	X										

Tabela 48 - Cronograma da Comissão de Ética Multiprofissional

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

2.1.1.3 Comissão de Biossegurança

MEMBROS

Os membros serão designados formalmente pela Direção Geral, tendo sua representação como titular:

I.01 (Um) Diretor;
II.01(Um) Técnico de Segurança do Trabalho – Presidente;
III.01 (Um) Representante Farmácia;
IV.01 (Um) Representante Qualidade;
V.01 (Um) Responsável SCIH;
VI.01 (Um) Presidente da CIPA;
VII.01 (Um) Membro Setor Compras (Secretário).

FINALIDADE

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;
Possibilitar ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;
A transmissão de microrganismos no ambiente pode acontecer de pacientes colonizados ou infectados para pacientes suscetíveis, profissionais de saúde e familiares. Dessa forma para a proteção dos profissionais de saúde são recomendados cuidados específicos, de acordo com o tipo de exposição de cada trabalhador.
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, são de fundamental importância.
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.

REGIMENTO INTERNO

DEFINIÇÃO

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 1° – As Comissões destacam-se como ferramentas de gestão, promovendo a produção de indicadores relevantes, contribuindo para tomada de decisões e melhoria dos serviços prestados. Os trabalhadores que manipulam agentes biológicos potencialmente infectados devem saber os riscos e dominar as práticas e técnicas requeridas para manejá-los de forma segura. Devem avaliar constante e sistematicamente a probabilidade de danos ou infecções, fica instituída na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, a fim de garantir a preservação da saúde do colaborador.

Art. 2° - O Regimento Interno de Biossegurança da unidade, requer a implementação de normas de biossegurança auxiliar, principalmente, para minimizar os riscos biológicos que circulam dentro do ambiente da instituição. Afinal, trata-se de um local onde há uma grande circulação de pessoas enfermas, que podem disseminar vírus ou bactérias.

Art. 3° - Justificativas

Melhorar a saúde da população;

Baixar os índices de acidentes de trabalho;

Minimizar o desenvolvimento de doenças ocupacionais.

ORGANIZAÇÃO

Art. 4° - No âmbito do Ministério da Saúde a Biossegurança é tratada pela Comissão de Biossegurança em Saúde (CBS) instituída pela Portaria GM/MS no 1.683, de 28 de agosto de 2003, e coordenada pela unidade.

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 5° - Compete à Comissão de Biossegurança da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis:

I- Definir o conjunto de diretrizes para se atingir um padrão aceitável de biossegurança a curto, médio e longo prazos;

II- Implementar ações preventivas de contenção primária – proteção dos profissionais e dos usuários conta a exposição aos agentes de risco, geralmente alcançadas pelo adequado uso de equipamento de proteção individual (EPI).

III- Implementar ações preventivas de contenção secundária – proteção do ambiente contra exposição aos agentes de risco. Esse nível de controle inclui a adoção de medidas e práticas relacionadas:

IV- À adequação das instalações e da infraestrutura do local de trabalho;

V- Ao uso adequado de equipamentos de segurança;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

VI- À adoção de técnicas e práticas de trabalho em conformidade com classe de risco do agente manipulado;

VII- À proteção individual;

IX- Sensibilizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetam diretamente os aspectos da saúde, mitigando os riscos gerados;

X- Atualizar, quantos as normas complementares e outros desdobramentos dados dispostos por órgãos de saúde no âmbito da biossegurança;

XI- Definir em ato normativo, os critérios padronizados para a comprovação da capacitação dos profissionais, no que se refere aos aspectos de biossegurança;

XII- Sugerir normas para melhoria da biossegurança na unidade;

XIII- Realizar visitas inspecionais nos setores no objetivo de identificar situações/problemas;

XIV- Acompanhar junto ao SESMT e SCIRAS as notificações de acidentes com material biológico, na perspectiva de redução de recorrência dos casos;

XV- Integração com as demais comissões quando pertinentes.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 6° - A diretoria da instituição proporcionará a infraestrutura necessária para assegurar o suporte técnico científico e operacional indispensáveis a eficiência da comissão.

Art. 7° - A comissão, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos;

Art. 8° - Os casos omissos serão resolvidos pela comissão em conjunto com a Diretoria Técnica;

Art. 9° - O presente regimento interno entrará em vigor após data de aprovação da comissão.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nomeação dos membros da comissão	X											
Elaboração e aprovação do regimento	X											

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
interno da comissão												
Reuniões mensais da comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atualização do protocolo biossegurança		X										
Definição dos indicadores de saúde a serem monitorados			X									
Definição de EPIs a serem adotados			X									
Início do monitoramento diário dos indicadores de saúde				X								
Treinamentos para comissão				X						X		

Tabela 49 - Cronograma da Comissão de Biossegurança

2.1.1.4 Comissão Controle de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (CCIRAS)

MEMBROS

I.01 (Um) Médico Infectologista;
II.01 (Um) Enfermeiro Coordenador do Controle de Infecção;
III.01 (Um) Enfermeiro Assistencial;
IV.01 (Um) Coordenador de Enfermagem;
V.01 (Um) Farmacêutico;
VI.01 (Um) Representante Administrativo da Diretoria.

FINALIDADE

A Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (CCIRAS) atenderá às normativas da Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998, que define as diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções na unidade.
Esta comissão atuará em caráter permanente, tendo como foco:
Planejar, executar e avaliar um programa de controle de infecção na unidade;
Manter vigilância epidemiológica das infecções na unidade;
Realizar investigação de casos e surtos e implementar medidas de controle;
Estipular e supervisionar medidas de precauções e isolamentos;
Normatizar o uso de antimicrobianos;
Realizar busca ativa, análise de culturas positivas de material biológico, controle de antimicrobianos, visitas diárias na unidade.

REGIMENTO INTERNO

CATEGORIA E FINALIDADES:

Art. 1º - Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (CCIRAS) é um órgão de natureza técnico científica permanente, nos termos da Portaria nº 2616/GM/98.
Art. 2º - A CCIRAS tem como finalidade principal estabelecer estratégias de apoio a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis para reduzir o risco de adquirir Infecção Relacionada a Assistência à Saúde, e desse modo proteger pacientes, servidores e visitantes.
Art. 3º - De acordo com a Lei 9431 considera-se Programa de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (PCIRAS) o conjunto de ações desenvolvidas deliberadas e

sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções.

Art. 4º - A CCIRAS funciona como órgão de assessoria junto à superintendência e executa ações de controle da IRAS, estando assegurada sua autonomia funcional junto aos setores estratégicos da unidade para o controle da IRAS.

ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 5º - A estrutura da CCIRAS será composta por um grupo executor e um grupo consultor da unidade.

§1º O grupo executor é órgão executivo da CCIRAS, denominado Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (SCIRAS), o que outrora se denominava Serviço de controle de Infecção Hospitalar (SCIH), são encarregados da execução das ações programadas de controle da IRAS definidas pela CCIRAS.

§2º O grupo consultor da unidade terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com representantes de áreas estratégicas. Será constituído, no mínimo, pelos seguintes componentes:

I. Representante da Diretoria;
II. Representantes da Enfermagem;
III. Representante do Serviço de Farmácia;
IV. Representante do Serviço de Fisioterapia;
V. Representante da Qualidade.

Art. 6° - Os integrantes do Grupo Consultivo serão escolhidos pela Superintendência, sendo profissionais representantes dos serviços e coordenações envolvidos no referido programa.

Art. 7° - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIRAS. A superintendência, por meio da Diretoria Técnica, proporcionará a infraestrutura necessária.

FUNCIONAMENTO E REUNIÕES

Art. 8° - O SCIRAS funcionará em sala de área administrativa da unidade, onde o grupo executor se reunirá ordinariamente. As deliberações tomadas serão encaminhadas em forma de documentos e os treinamentos para as diversas categorias profissionais e em diversos temas serão agendados previamente e comunicados às chefias dos Serviços e Coordenações, que deverão ser responsáveis pela liberação e encaminhamento de sua equipe.

Art. 9° - As reuniões acontecerão mensalmente na primeira semana do mês vigente, as atas serão redigidas e arquivadas no serviço. Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas sempre

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

que necessárias. Em situações que se exijam discussões fora da rotina, de casos pertinentes para a melhoria dos processos e prevenção e controle de infecções, competente a cada membro da CCIRAS, fica estabelecido que a comunicação entre os membros da comissão poderá ser realizada via telefone ou via e-mail, quando não houver a possibilidade da presença daquele.

COMPETÊNCIAS

Art. 10° - Elaborar, implantar e supervisionar o Programa de Controle das Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde da unidade.

Art. 11° - Elaborar, implantar e supervisionar os planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para controle das infecções.

Art. 12° - Estabelecer diretrizes para desenvolvimento do Programa de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde.

Art. 13° - Realizar investigação epidemiológica de surtos, sempre que indicado.

Art. 14° - Elaborar, rever e atualizar normas, que visem a uniformização de medidas para a prevenção, controle e contenção das infecções.

Art. 15° - Estabelecer programa de racionalização do uso de antimicrobianos.

Art. 16° - Ter representante na Comissão padronização de materiais e medicamentos do HEJ, participando da seleção de antimicrobianos e material médico-hospitalar.

Art. 17° - Promover medidas de contenção de surtos infecciosos que venham a ocorrer, propondo medidas a serem executadas.

Art. 18° - Emitir parecer técnico sobre a aquisição de materiais de consumo, equipamentos cujo uso possa prevenir a Infecção Relacionada a Assistência à Saúde.

Art. 19° - Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas ao controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde.

Art. 20° - Cooperar com o Núcleo de Segurança do Paciente nas ações relacionadas à vigilância das infecções.

Art. 21° - Ao Presidente compete:

§1° Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCIRAS, especificamente: representar a CCIRAS em suas relações internas e externas.

§2° Constituir formalmente a CCIRAS.

§3° Nomear os componentes da CCIRAS.

§4° Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIRAS.

§5° Instalar a Comissão e presidir suas reuniões.

§6° Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exerce direito do voto de desempate.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

§7° Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão.

§8° Promover a interação do Grupo Consultor com o Grupo Executor.

Art. 22° - Médico executor (infectologista) compete:

§1° Executar programa de racionalização de uso de antimicrobianos, bem como definir normas fundamentadas que justificam o uso controlado de antimicrobianos.

§2° Promover medidas de contenção de surtos infecciosos que venham a ocorrer no complexo, propondo medidas a serem executadas.

§3° Promover interação com o corpo clínico, no que diz respeito ao controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde.

§4° Responder a pareceres solicitados por outros profissionais, quando estes forem solicitados.

§5° Auxiliar no serviço de execução da vigilância epidemiológica das infecções, através da realização de busca ativa dos casos.

§6° Assessorar a Diretoria Clínica da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis, sobre as questões relativas ao controle de infecções.

§7° Participar das discussões de construção ou reforma na área física da unidade.

§8° Periodicamente fazer revisão dos protocolos de Prevenção de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde.

§9° Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIRAS.

§10° Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência.

§11° Atuar na Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde através de reuniões, debates e educação em serviço.

§12° Capacitar os profissionais de saúde para o controle das Infecções.

Art. 23° - Enfermeiro Coordenador compete:

§1° Realizar visitas aos diversos setores da unidade, para detectar procedimentos e técnicas inadequadas ao trabalho com o paciente, fornece informação para correção realizando assim um treinamento em serviço.

§2° Realizar inspeções periódicas em todos os setores para avaliar a implementação de rotinas de prevenção e controle das infecções.

§3° Fornecer a taxa mensal de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde da Unidade.

§4° Auxiliar os funcionários da instituição, respondendo dúvidas e pareceres referentes a medidas de controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde.

§5° Participar da investigação de surtos de infecção, junto com os demais membros do grupo executor.

§6° Participar da elaboração de protocolos para prevenção e controle das infecções hospitalares.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

§7° Fazer revisão dos protocolos de Prevenção de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde periodicamente.

§8° Programar e elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multiprofissional da unidade.

§9° Realizar treinamentos para a equipe da área da saúde quanto à prevenção de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde e quanto à prevenção acidentes com material contaminado.

§10° Indicar análise da qualidade da água.

§11° Dar parecer técnico quanto à aquisição de material e equipamento médico hospitalar.

§12° Participar das discussões de construção ou reforma na área física da unidade, quando solicitado pela administração.

§13° Dar parecer técnico quanto ao reprocessamento de artigo médico hospitalar.

§14° Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência.

§15° Acompanhar e orientar o Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar.

§16° Assessorar a Gerência de Enfermagem.

§17° Informar, sistematicamente, à Coordenação de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, a partir da rede distrital, municipal e estadual, os indicadores de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde estabelecidos.

§18° Participar em outras comissões de acordo com o perfil institucional.

§19° Aprovar os documentos do sistema de gestão da qualidade.

§20° Realizar juntamente com o setor de saúde ocupacional e medicina do trabalho, a proteção conjunta dos profissionais, analisando causas e efeitos de acidentes de trabalhos, tipos de acidentes do trabalho, tipos de acidente e condições inadequadas de trabalho.

§21° Coordenar, gerenciar, treinar e responder legalmente pelos demais executores.

Art. 24° - Demais executores (Técnico de Enfermagem e Enfermeiro) compete:

§1° Notificação de casos de infecção Relacionada à Assistência á Saúde.

§2° Investigação de surtos.

§3° Educação continuada.

§4° Vigilância de Não Conformidades nos setores assistenciais.

§5° Monitorar a adesão aos 5 momentos importantes para higienização das mãos.

§6° Preencher planilhas de dados de dispositivos, perfil epidemiológico e higiene das mãos.

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nomeação dos membros da comissão	X											
Reunião mensal da comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar indicadores de desempenho	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manter política de uso racional de antimicrobianos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Divulgar informes epidemiológicos nos quadros da CCIRAS instalados na unidade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantar e implementar o sistema de vigilância dos procedimentos técnicos operacionais e/ou assistenciais nos setores				X								
Reciclar os funcionários do setor de			X							X		

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

higienização e limpeza												
Comemorar o Dia Nacional de Controle da Infecção Hospitalar					X							
Realizar Campanha da Higienização das Mãos	X				X			X			X	
Revisar e elaborar, em parceria com a Coordenação de Enfermagem, o planejamento das ações educativas relacionadas à assistência da prevenção e controle de IRAS: Treinamento introdutório para os profissionais de enfermagem		X										
Participar do curso introdutório dos funcionários recém-contratados sobre medidas básicas de	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

prevenção e controle da infecção hospitalar												
Revisar e elaborar em parceria com a equipe de Terapia Ocupacional, Psicólogos, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Assistentes Sociais e Fonoaudiólogos, rotinas relacionadas com o processo assistencial do paciente, de competência técnica destes profissionais	X											
Revisar e validar os protocolos de assistência assim como os critérios de inclusão dos procedimentos												X
Participar da atualização da lista de medicamentos padronizados pela CFT da unidade				X								

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Revisar e implantar o protocolo de atendimento a acidentes com material biológico		X										

Tabela 50 - Cronograma da Comissão Controle de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (CCIRAS)

2.1.1.5 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

MEMBROS

I.01 (Um) Médico – Presidente;
II.01 (Um) Representante da SCIRAS;
III.01 (Um) Representante da Auditoria;
IV.01 (Um) Representante da Farmácia;
V.01 (Um) Representante de Faturamento;
VI.01 (Um) Representante de Fisioterapia;
VII.01 (Um) Representante de Nutrição;
VIII.01 (Um) Representante da Qualidade;
IX.01 (Um) Representante do Núcleo de Segurança do Paciente;
X.01 (Um) Coordenador de Enfermagem.

FINALIDADE

Atender a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) no 1.638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.
A obrigatoriedade da implantação comissão de análise e revisão do prontuário está definida pelos Conselhos Regionais de Medicina. Com progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da área de saúde exigiriam uma constante avaliação dos prontuários. A Comissão de análise e Revisão de Prontuário da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis será formalizada por um grupo técnico de assessoria, estudo e análise, normativo e fiscalizador.

REGIMENTO INTERNO

DESCRIÇÃO

Art. 1° - Este instrumento tem como objetivo definir o Regimento da Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) da unidade, que normatiza e oferece diretrizes de aferição e análise do prontuário através da mensuração da não emissão de documentos direcionados à assistência

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

direta com o cliente, além da qualidade de tal assistência prestada visando qualidade nos relatos e na progressão do atendimento oferecido ao cliente durante sua passagem pela unidade.

Art. 2° - Visa atender a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) N°. 1.638 de 10 de julho de 2002, onde define Prontuário Médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 3° - A Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), é um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica e Administrativa da instituição.

Parágrafo Único - A CRP deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e Ética multiprofissional da unidade, com a qual deverá discutir os resultados das avaliações realizadas e seu respectivo encaminhamento ou não quando identificado não conformidades que possam resultar em alguma quebra de protocolo ou processo.

Art. 4° - A Comissão de Revisão de Prontuários terá como metas e responsabilidades:

I- Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários médicos da unidade, nos preceitos orientadores impostos pela Resolução do Conselho Federal de Medicina citada acima e por este Regimento;

II- Estabelecer normas de avaliação quantitativa no formato da não emissão de documentos compreendidos como obrigatórios ou que tenham relevância assistencial durante a internação do cliente na unidade;

III- Recomendar formulários e dar orientações aos gestores e colaboradores para se obter um prontuário médico de qualidade através de treinamentos, atas de orientação ou Comunicação Interna. Além de atuar na construção de novos formulários, alteração ou exclusões junto aos departamentos responsáveis da Secretaria de Estado da Saúde para aplicação ao SGH (Sistema de Gerenciamento Hospitalar) implantado na unidade hospitalar;

IV- Rever e avaliar os prontuários após as altas de ambulatório, para assegurar-se de que os padrões estabelecidos pelo CFM estão sendo cumpridos;

V- Estimular os gestores competentes e respectivos responsáveis dos setores com as falhas identificadas para atuar de forma corretiva sobre os apontamentos detectados pela Comissão, tomando as medidas necessárias junto aos seus respectivos colaboradores.

ORGANIZAÇÃO

Art. 5° - Trata-se da composição da Comissão de Revisão de Prontuários e de como esta será formada.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

§1° Da composição obrigatória da CRP, ficam determinados os seguintes integrantes:

XI.01 (Um) Médico – Presidente;
XII.01 (Um) Representante da SCIRAS;
XIII.01 (Um) Representante da Auditoria;
XIV.01 (Um) Representante da Farmácia;
XV.01 (Um) Representante de Faturamento;
XVI.01 (Um) Representante de Fisioterapia;
XVII.01 (Um) Representante de Nutrição;
XVIII.01 (Um) Representante de Qualidade;
XIX.01 (Um) Representante do Núcleo de Segurança do Paciente;
XX.01 (Um) Coordenador de Enfermagem;

Art. 6° - Os integrantes da CRP serão indicados através de uma Portaria devidamente assinada pelo Diretor Geral da unidade.

Art. 7° - O presidente da CRP, será indicado pelo Diretor Técnico da unidade por meio de Portaria e deverá ser obrigatoriamente médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina e atuante na unidade hospitalar.

Art. 8° - O Secretário da CRP será indicado pelo presidente da Comissão e registrado em ata de reunião.

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9° - A reunião deverá ocorrer ordinariamente uma vez ao mês para apresentação dos dados estáticos analisados através de acesso ao prontuário eletrônico do paciente (sistema de gestão hospitalar), tanto quantitativamente, quanto qualitativamente a ser realizado durante a reunião com a presença dos integrantes.

§1° A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas, sem justificativa, e durante 12 meses, gerará sua exclusão automática.

§2° Na ausência do presidente, cabe ao secretário presidir a reunião.

§3° As decisões da comissão serão tomadas por análise do presidente ou quem esteja presidindo a reunião, devendo ser registrado em Ata e com o consentimento dos demais integrantes presentes quando se valer de demandas quantitativas e documentais.

§4° O presidente, que é obrigatoriamente um profissional médico, poderá encaminhar diretamente as Comissões posteriores os prontuários analisados no formato qualitativo e/ou qualquer outro que seja levado a Comissão para análise não havendo necessidade de consentimento dos presentes, tal metodologia se aplica também para a (o) Responsável pela parte de análise da Enfermagem.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

§5° As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata e arquivada contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

§6° Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

§7° Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico ou pelo Vice-Presidente em conjunto com o Secretário.

§8° A Comissão de Revisão de Prontuários da unidade, deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica, multiprofissional e de Documentação Médica e Estatística.

§9° A cada reunião o Secretário lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

Art. 10° - A sequência das reuniões da Comissão de Revisão de Prontuário deverá seguir as seguintes normativas:

I- Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Secretário;

II- Verificação de presença e existência de "quórum", confirmado por presença de 50% mais um dos membros inseridos pela portaria da comissão e/ou convidados;

III- Leitura da pauta anterior e eventuais pendências para serem resolvidas;

IV- Identificação dos planos de ação listados na ata anterior e verificarem se foram concluídos no prazo estipulado;

V- Início da apresentação dos dados quantitativos coletados sendo pontuados os setores com análise crítica com comentários de falhas identificadas e comparação ao mês anterior;

VI- Apresentação dos prontuários a serem analisados qualitativamente, sendo que, estes já devem ser informados anteriormente para preparação e verificação dos membros que realizam a respectiva análise, tal leitura deve respeitar os questionamentos aplicados ao formulário da instituição por item especificado identificado se estão em conformidade ou não.

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 11° - Compete a CRP:

I- Acompanhar e identificar falhas no lançamento de informações no prontuário eletrônico do paciente que possam ferir as tratativas norteadoras apontadas neste regimento interno, através de solicitação de correção imediata, atas de orientação, comunicados internos e demais formas de se disseminar os apontamentos para os respectivos responsáveis terciários ou primários do lançamento da informação;

II- Avaliar a qualidade das informações inseridas no prontuário;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

III- Revisar quantitativamente os prontuários de alta por amostragem aleatória, num total de no mínimo 10% dos atendimentos no respectivo mês de análise, tendo como base de alinhamento a emissão do documento em sistema;

IV- Definir, implantar e acompanhar o processo de digitalização e organização de documentos a serem anexos no prontuário do paciente, junto ao setor de auditoria da unidade;

V- Assessorar a Diretoria da unidade através de indicadores quantitativos e qualitativos para subsidiar tomada de decisão através do Médico Presidente junto a Diretoria Técnica.

VI- Assegurar a guarda e movimento dos arquivos extraídos do sistema de gestão hospitalar, em segurança e sigilo, para uso avaliativo da comissão;

VII- Elaborar indicadores quantitativos e qualitativos a serem encaminhados aos setores competentes para análise crítica, causa raiz e planos de ações quando necessário for;

VIII- Apresentação mensal a diretoria através de gráficos, tabelas ou relatório sobre os setores mais críticos e propor soluções junto aos responsáveis pelas áreas;

IX- Realizar treinamentos e ações in loco nos setores assistências identificadas como críticos, quando identificado a necessidade;

X- Arquivar os pareceres da comissão e demais documentos em local designado para esse fim, por 20 anos, no mínimo;

XI- Cabe ao secretário organizar a impressão da documentação dos formulários de resultado da análise qualitativa e quantitativa, recolhendo as assinaturas dos membros que podem encaminhar para comissão subsequente e manter arquivado em pasta no setor de faturamento.

Art. 12° - Trata-se da designação das competências por função referente ao quadro de composição do conselho, onde:

Ao Presidente:

I- Convocar e participar as reuniões;

II- Assinar documentações criadas pela comissão;

III- Representar a comissão junto à direção da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis ou outras instâncias.

Ao Secretário:

I- Convocar e participar das reuniões;

II- Preparar o expediente da comissão;

III- Encaminhar o expediente da comissão;

IV- Secretariar as reuniões;

V- Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões;

VI- Providenciar o cumprimento das diligências determinadas.

VII- Elaborar relatórios da comissão;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

VIII- Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

IX- Providenciar, por determinação do presidente, a convocação das sessões extraordinárias;

X- Distribuir a pauta das reuniões aos membros;

XI- Encaminhas as pendências identificadas junto aos responsáveis pelos setores identificados e solicitar planos de ação com prazo estipulado.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nomeação dos membros da comissão	X											
Reunião mensal da comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Criar formulário próprio a avaliação dos itens de revisão do prontuário	X											
Colaborar nos programas de treinamento implementados pela instituição	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coletar e processar os dados e proceder à análise estatística	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar o planejamento de atividades educativas com vistas a melhoria da qualidade da						X						

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
informação no prontuário												
Desenvolver ações educativas que orientem os profissionais médicos (Seminários, Encontros)								X				
Elaborar e divulgar relatório estatístico de conformidades e não conformidades por área da unidade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir relatórios à direção, visando o apontamento de nós críticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Tabela 51 - Cronograma da Comissão de Revisão de Prontuário

2.1.1.6 Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)

MEMBROS

A Comissão deve ser constituída por uma Equipe Multidisciplinar:

I. Representante da Direção do Serviço de Saúde;
II. Representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) – Presidente da Comissão;
III. Presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
IV. Vice-Presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
V. Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
VI. Diretor Clínico/Técnico;
VII. Responsável pela elaboração e implementação do PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde;
VIII. Representante do setor de Compras;
IX. Representante do setor de Padronização de material.

FINALIDADE

Minimizar os riscos de acidentes com material biológico entre os funcionários que trabalham direta ou indiretamente no cuidado de pacientes atendidos pela Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, e em conformidade com a Norma Regulamentadora º 32 do Ministério do Trabalho e emprego e Portaria N.º 1.748, de 30 de agosto de 2011.

REGIMENTO INTERNO

CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º – O acidente com material biológico consiste na exposição de uma pessoa à sangue ou secreções através da pele, das mucosas (olhos, boca e nariz) ou de lesão perfurocortante com agulhas, instrumental cirúrgico e vidros contendo secreções.

Art. 2º - A Comissão de Acidentes com Material Biológico tem como finalidade reduzir os riscos de acidentes com materiais biológicos dentro das instituições de saúde e atuar em três macro focos nas instituições de prestação da assistência: adequação da estrutura física e tecnológica, capacitação profissional, aquisição de equipamentos de proteção individual e coletivo com vistas à implantação e manutenção de um trabalho de qualidade no ambiente laboral.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 3° - A proposta é que o SESMT passe a atuar com medidas mais efetivas em relação a fiscalização dos processos de trabalho e melhoria das formas educativas utilizadas atualmente, garantindo assim uma melhoria contínua.

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 4° - Estabelecer diretrizes para a elaboração e a implementação de um plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais biológicos, visando à proteção, segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

Art. 5° - Analisar as informações existentes no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), além dos referentes aos acidentes de trabalho ocorridos com materiais biológicos.

Art. 6° - Elaborar e implantar procedimentos de registro e investigação de acidentes e situações de risco, estabelecendo as prioridades considerando os seguintes aspectos:

I. Situações de risco e acidentes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;
II. Frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfurocortante específico;
III. Procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes;
IV. Número de trabalhadores expostos às situações de risco de acidentes com materiais biológicos.

Art. 7° - Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores da unidade, a situação do controle dos acidentes com material biológico.

Art. 8° - Definir, em cooperação com a Comissão de Padronização, a substituição de todos os materiais perfurocortantes por materiais com dispositivos de segurança quando possível.

Art. 9° - Realizar parceria com o centro de estudos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao uso adequado de materiais com risco de acidentes e à correta utilização dos dispositivos de segurança.

Art. 10° - Elaborar relatórios mensais e enviar para a Direção Geral, SESMT, e Setor de Recursos Humanos da Instituição.

Art. 11° - O Presidente da Comissão deverá ser o representante do SESMT e lhe compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da comissão, especificamente:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

I. Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
II. Instalar a comissão e presidir suas reuniões;
III. Promover a convocação das reuniões;
IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
V. Indicar, dentre os membros da comissão, os relatores dos expedientes;
VI. Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da comissão;
VII. Elaborar cotas decorrentes de deliberações da comissão e "ad referendum" desta, nos casos de manifesta urgência.

Art. 12° - Ao Vice-Presidente da comissão compete:

Substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 13° - Aos membros incumbe:

I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
II. Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
IV. Desempenhar as atribuições que lhes forem designadas pelo Presidente;
V. Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à comissão.

Art. 14° - A(o) Secretária(o) da comissão incumbe:

I. Assistir às reuniões;
II. Encaminhar o expediente da comissão;
III. Preparar o expediente da comissão;
IV. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da comissão;
V. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
VI. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
VII. Elaborar relatório trimestral das atividades da comissão;
VIII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;
IX. Providenciar, por determinação do presidente, a convocação das sessões extraordinárias;
X. Distribuir aos Membros da comissão a pauta das reuniões.

FUNCIONAMENTO

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 15° - A Comissão de Acidentes com Material Biológico deverá funcionar com apoio do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Saúde (CCIRAS) e caberá à Direção da unidade constituir formalmente através de ato próprio e propiciar a infraestrutura necessária à sua correta operacionalização. Deverá ainda a direção da instituição garantir a participação do Presidente da Comissão nos órgãos colegiados, deliberativos e formuladores da política da instituição.

Art. 16° - A comissão terá obrigatoriedade de manter reuniões periódicas, que serão registradas em atas e os registros devem indicar com clareza a existência de um programa de ação para o controle acidentes biológicos e treinamento de colaboradores sobre biossegurança.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 17° - O mandato dos componentes da comissão extinguir-se-á com o do Diretor Geral da Instituição ou, antecipadamente, se houver motivo que justifique a cessação.

Art. 18° - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação dessa normatização serão dirimidas pelo Presidente da comissão e, em grau de recurso, pelo Diretor Geral da Instituição.

Art. 19° - A presente normatização poderá ser alterada, mediante proposta da comissão, através da maioria absoluta de seus membros, submetida ao Diretor da Instituição.

Art. 20° - A presente normatização entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovada pelo Diretor da Instituição e sancionada pelo Diretor Administrativo da unidade.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Implantar da Comissão de Acidentes com Material Biológico	X											
Elaborar regimento interno		X										

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Estabelecer diretrizes para a elaboração e a implementação de um plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais biológicos, visando à proteção, segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral		X										
Analisar as informações existentes no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e no Programa de Controle Médico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
de Saúde Ocupacional (PCMSO), além dos referentes aos acidentes de trabalho ocorridos com materiais biológicos												
Elaborar e implantar procedimentos de registro e investigação de acidentes e situações de risco, estabelecendo as prioridades considerando os seguintes aspectos: a) situações de risco e acidentes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue; b) frequência de ocorrência de				X	X							

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
acidentes em procedimentos com utilização de um material perfurocortante específico; c) procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes; e d) número de trabalhadores expostos às situações de risco de acidentes com materiais biológicos												
Elaborar e divulgar, mensalmente, relatórios de indicadores epidemiológicos interpretados e analisados e comunicar à Direção e às	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
chefias de todos da unidade												
Definir, em cooperação com a comissão de padronização, a substituição dos materiais perfurocortantes por materiais com dispositivos de segurança quando possível				X								
Promover treinamento sobre a utilização de produtos com dispositivos de segurança utilizados na instituição				X				X				X
Emitir relatório anual de atividades												X

Tabela 52 - Cronograma da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)

2.1.1.7 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

MEMBROS

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 (NR - 05), aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978. Os representantes do empregador, titulares e suplentes, serão indicados pela direção da unidade ambulatorial. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, será composta por:

Representantes dos Empregados:

I.02 (Dois) Membros Eleitos – Efetivos;

II.02 (Dois) Membros Eleitos – Suplentes.

Representantes do Empregador:

III.01 (um) Membro – Efetivo;

IV.01 (um) Membros – Suplentes.

FINALIDADE

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, bem como a prevenção e o combate ao assédio sexual e às demais formas de violência no âmbito do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente, o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Os membros devem avaliar os acidentes de trabalho ocorridos na unidade, identificar e recomendar as estratégias e as medidas necessárias para a redução dos acidentes de trabalho e avaliar os serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada.

REGIMENTO INTERNO

CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º - As comissões da unidade destacam-se como ferramentas de gestão, promovendo a produção de indicadores relevantes, contribuindo para tomada de decisões e melhoria dos serviços prestados. Considerando a NR 5 Portaria nº. 3214 de 08 de junho de 1978, do Ministério

do Trabalho, que determina a constituição da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, fica instituída na unidade , a fim de garantir a preservação da saúde do colaborador.

Art. 2° - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA será vinculada diretamente a direção da unidade, tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, bem como a prevenção e o combate ao assédio sexual e às demais formas de violência no âmbito do trabalho de modo a tornar compatível permanentemente, o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Art. 3° - Justificativas:

§1° Avaliar os acidentes de trabalho ocorridos na unidade.

§2° Identificar e recomendar as estratégias e as medidas necessárias para a redução dos acidentes de trabalho.

§3° Avaliar os serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada.

§4° Incluir temas referentes à prevenção e ao combate ao assédio sexual e a outras formas de violência nas atividades da unidade.

ORGANIZAÇÃO

Art. 4° - A CIPA será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 (NR - 05), aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978.

§1º Os representantes do empregador, titulares e suplentes, serão indicados pela Direção da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis.

§2º Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

Art. 5º - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 6º - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 7º - A direção designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares, o Vice-Presidente.

Art. 8º - Os membros da CIPA, eleitos e designados, serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 9º - Serão indicados, 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.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 10º - 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.

Art. 11º - 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.

FUNCIONAMENTO

Art. 12º - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 13º - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

Art. 14º - A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de 50% mais um, do total de titulares, podendo estes, em de caso de ausência ou impedimento, serem representados por membros suplentes.

Art. 15º - Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

Art. 16º - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 17º - As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 18º - Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

§1º Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência.

§2º Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal.

§3º Houver solicitação expressa de uma das representações.

§4º Houver denúncias de assédio ou violência.

Art. 19º - As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único - Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 20º - Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

Art. 21º - 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.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 22º - O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 23º - A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

Art. 24º - No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Art. 25º - No caso de afastamento definitivo do Vice-Presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

Art. 26º - Caso não exista suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

Art. 27º - O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da comissão.

Art. 28º - O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 29º - Compete à CIPA:

§1º Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).

§2º Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho.

§3º 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.

§4º 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.

§5º Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas.

§6º Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho.

§7º Participar, em conjunto com o SESMT, das discussões promovidas pela unidade, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

§8º Requerer ao SESMT, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores.

§9º Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho.

§10º Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho.

§11º Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados.

§12º Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores.

§13º Requisitar a unidade as cópias dos Comunicados de Acidente do Trabalho - CAT emitidas.

§14º Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT.

§15º Participar, anualmente, em conjunto com a unidade, de campanhas de prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.

§16º Fixar procedimentos para recebimento e acompanhamento de denúncias, para apuração dos fatos e, quando for o caso, para aplicação de sanções administrativas aos responsáveis diretos e indiretos pelos atos de assédio sexual e de violência, garantido o anonimato da pessoa denunciante, sem prejuízo dos procedimentos jurídicos cabíveis.

§17º Incluir temas referentes à prevenção e ao combate ao assédio sexual e a outras formas de violência nas atividades e nas práticas da comissão.

Art. 30º - Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 31º - Cabe aos Empregados:

§1º Participar da eleição de seus representantes.

§2º Colaborar com a gestão da CIPA.

§3º Indicar à CIPA, ao SESMT e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho.

§4º Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 32º - Cabe ao Presidente da CIPA:

§1º Convocar os membros para as reuniões da CIPA.

§2º Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT as decisões da comissão.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

§3º Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA.

§4º Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria.

§5º Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 33º - Cabe ao Vice-Presidente:

§1º Executar atribuições que lhe forem delegadas.

§2º Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 34º - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

§1º Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos.

§2º Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados.

§3º Delegar atribuições aos membros da CIPA da unidade.

§4º Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT.

§5º Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

§ 6º Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

§ 7º Constituir a comissão eleitoral.

Art. 35º - O Secretário da CIPA terá por atribuição:

§1º Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

§2º Preparar as correspondências e outras que lhe forem conferidas.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 36º - Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 37º - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral (CE), que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Art. 38º - O processo eleitoral observará as seguintes condições:

§1º 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.

§2º Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de 15 (quinze) dias.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

§3º Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante.

§4º Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição.

§5º Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA.

§6º Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.

§7º Voto secreto.

§8º 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.

§9º Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Art. 39º - Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Art. 40º - Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 41º - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Art. 42º - 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.

TREINAMENTO

Art. 43º - O candidato deverá realizar treinamento promovido pela empresa, antes da posse com carga horária estipulada pela Norma Regulamentadora nº 05 (NR - 05), aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Eleição CIPA.	X											

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nomeação membros da CIPA	X											
Elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT		X	X									
Elaborar plano de trabalho de ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho		X										
Realizar a avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho				X								
Fiscalizar sistematicamente os ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
saúde dos trabalhadores												
Elaborar relatório para a direção das situações de risco que foram identificadas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho										X	X	
Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT										X		
Participar, anualmente, de campanhas de prevenção da AIDS										X		X
Promover treinamentos sobre temas relacionados à						X						X

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
acidentes de trabalho, violência, assédio, à igualdade e à diversidade no âmbito do trabalho												
Emitir relatório anual												X

Tabela 53 - Cronograma da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

2.1.1.8 Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

MEMBROS

A CGRSS será nomeada em portaria pelo Diretor da unidade para um mandato de dois anos, sendo permitida a recondução, e composta pelos seguintes membros:

I. O responsável pelo setor de resíduos, como Presidente;
II. Um representante da Equipe de Higiene e Limpeza;
III. Um Assistente Administrativo;

Integrantes, representando as diversas áreas da instituição, indicados por suas respectivas chefias:

I. 01 (Um) Diretor;
II. 01 (Um) Representante da Fisioterapia;
III. 01 (Um) Representante do SESMT;
IV. 01 (Um) Enfermeiro SCIRAS;
V. 01 (Um) Representante do Núcleo de Segurança do Paciente;
VI. 01 (Um) Representante da Farmácia;
VII. 01 (Um) Representante do Suprimentos;
VIII. 01 (Um) Coordenador de Enfermagem;
IX. 01 (Um) Representante da Qualidade.

FINALIDADE

Apontar e descrever as ações relativas ao manejo dos resíduos do serviço, observadas suas características, no âmbito da unidade, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação final, bem como a proteção à saúde pública.

A Comissão deverá aplicar na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSS), a fim de evitar danos ao meio ambiente e prevenir acidentes que atinjam profissionais que trabalham diretamente nos processos de coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação desses resíduos.

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. Planejar a educação e o controle da gestão de resíduos, e a criação e análise de indicadores do processo de gerenciamento de resíduos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FINALIDADES

Art. 1º - A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (CGRSS) da unidade tem por finalidade auxiliar a Gerência de Resíduos na definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes, (Lei 12.305/10, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, n.º 306/4, e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama, n.º 358/5).

COMPETÊNCIAS

Art. 2º - Compete à CGRSS:

I- Elaborar o Plano de Ação, em conjunto com o responsável pelo setor de resíduos, para implementação do PGRSS da unidade;

II- Acompanhar e fazer cumprir o PGRSS;

III- Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;

IV- Desenvolver, juntamente com o responsável pelo setor de resíduos, a efetividade do plano e divulgar seus resultados regularmente;

V- Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde;

VI- Colaborar com o responsável pelo setor de resíduos, contribuindo nos treinamentos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

VII- Trabalhar em conjunto com a responsável do setor de resíduos a atualização anual do PGRSS;

VIII- Auxiliar o responsável pelo setor de resíduos na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na instituição;

IX- Auxiliar o responsável pelo setor de resíduos na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

X- Auxiliar os diversos setores da unidade em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

XI- Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no PGRSS em conjunto com o responsável pelo setor de resíduos;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XII- Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;
XIII- Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da CGRSS, o Procedimento Operacional Padrão (POP) Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, o PGRSS e demais normas da unidade.

COMPOSIÇÃO

Art. 3º - A CGRSS será nomeada em portaria pelo Superintendente da unidade para um mandato de dois anos, sendo permitida a recondução, e composta pelos seguintes membros:
O responsável pelo setor de resíduos, como presidente;
Um representante da equipe de higiene e limpeza;
Um assistente administrativo;
Integrantes, representando as diversas áreas da instituição, indicados por suas respectivas chefias:

I.01 (Um) Diretor;
II.01 (Um) Representante da Fisioterapia;
III.01 (Um) Representante do SESMT;
IV.01 (Um) Enfermeiro SCIRAS;
V.01 (Um) Representante do Núcleo de Segurança do Paciente;
VI.01 (Um) Representante da Farmácia;
VII.01 (Um) Representante do Suprimentos;
VIII.01 (Um) Coordenador de Enfermagem;
IX.01 (Um) Representante da Qualidade.

§1º O Vice-Presidente e Secretário da comissão serão eleitos por maioria simples dos votos de todos os membros da comissão e terão mandato de dois anos, permitida a recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.
§2º O não comparecimento de qualquer membro da comissão a três reuniões consecutivas ou a seis alternadas em um período de um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.
§3º A desistência de um dos integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno (CI) e encaminhada ao Presidente da comissão.
§4º Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo trinta dias.
§5º A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso este prazo expirar sem a indicação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 4º - São atribuições do Presidente da CGRSS e do Vice-Presidente, nas ausências e impedimentos legais do Presidente:

I- Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias;

II- Coordenar os trabalhos da comissão;

III- Votar e emitir voto de qualidade, no caso de empate;

IV- Indicar integrantes para funções ou tarefas específicas;

V- Representar a CGRSS ou indicar representantes;

VI- Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas e outros documentos;

VII- Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;

VIII- Cumprir e fazer cumprir este regimento;

IX- Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 5º - São atribuições do Secretário da Comissão:

I- Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da comissão;

II- Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais integrantes;

III- Expedir ato de convocação, conforme indicação do presidente;

IV- Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela comissão;

V- Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;

VI- Auxiliar o presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;

VII- Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;

VIII- Elaborar os atos decorrentes das deliberações da comissão;

IX- Substituir o vice-presidente da comissão em suas ausências e impedimentos legais.

Art. 6º - Compete aos integrantes da CGRSS:

I- Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;

II- Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da

III- comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de quinze dias;

IV- Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à comissão, devendo estas ser entregues ao secretário da comissão com antecedência mínima de doze horas da reunião;

V- Requisitar aos demais membros da comissão informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;

VI- Justificar ausência com antecedência;

VII- Elaborar relatório de atividades da comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;

VIII- Propor à presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.
IX- Auxiliar na implementação do PGRSS;
X- Substituir o Secretário da comissão nas ausências e impedimentos legais.

FUNCIONAMENTO

Art. 7º - A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus integrantes.
Art. 8º - A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria simples de seus integrantes e as deliberações serão tomadas pelo voto favorável da maioria simples dos presentes à reunião.
Parágrafo único - Para alterações neste regimento, serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus integrantes.
Art. 9º - As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de quarenta e oito horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.
§1º A antecedência de quarenta e oito horas poderá ser abreviada para até vinte e quatro horas, em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.
§2º O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e das informações e documentos vinculados à sua apreciação.
§3º As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de "quórum", em segunda chamada, a serem iniciadas após 15 (quinze) minutos do horário de início previsto.
§4º No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de "quórum", uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.
Art. 10º - De cada reunião será lavrada ata que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo presidente e assinada por todos os seus integrantes presentes na reunião a que se refere.
Art. 11º - Se houver quórum mínimo de integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a ata será considerada aprovada.
Art. 12º - Na ata das sessões da CGRSS, deverão constar:
A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;
Os nomes dos integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;
O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações.
Art. 13º - Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos dos presentes à reunião.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

§1º O voto do integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§2º Por questão de foro ético, qualquer integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14º - Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados a diretoria da unidade.

Art. 15º - O presente regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos integrantes da CGRSS.

Art. 16º - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nomeação da comissão	X											
Reunião mensal da comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantar o Programa de Gerenciamento de Resíduos		X										
Elaborar os critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento		X										

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS												
Elaborar e divulgar as rotinas de armazenamento e descarte de todos os tipos de resíduos gerados na instituição	X	X										
Implantar normas para manipulação e transporte dos resíduos		X										
Fiscalizar o cumprimento das normas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar campanha interna para comunidade institucional no que tange a manipulação de resíduos	X			X			X			X		
Emitir relatório em caso de acidente envolvendo resíduos, identificando as medidas para	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
minimizar os impactos												
Implantar uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na instituição por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes	X		X		X		X			X		
Estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento dos resíduos definindo prazos a serem cumpridos						X						
Emitir relatório anual											X	X

Tabela 54 - Comissão Gerenciamento De Resíduos De Serviços De Saúde

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

2.1.1.9 Comissão De Farmácia Terapêutica

MEMBROS

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é nomeada pela Direção Geral, com a seguinte composição de membros efetivos que são os Representantes dos serviços médicos, membros pertencentes ao corpo clínico da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, garantindo-se representação das áreas. Estes membros serão designados pela chefia das respectivas especialidades.

I.01 (Um) Representante do Setor Farmácia;
II.01 (um) Representante da Enfermagem;
III.01 (Um) Representante da Unidade e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, devendo ser um Enfermeiro ou Médico;
IV.01 (Um) Representante do Laboratório de Análises Clínicas;
V.01 (Um) Representante do Núcleo de Segurança do Paciente.

FINALIDADE

Tem por finalidade conduzir o processo de seleção, utilização, acompanhamento e avaliação do uso dos medicamentos e produtos para saúde, sendo suas atribuições e responsabilidades definidas em regimento interno:
Promover o uso racional de medicamentos;
Assessorar a governança da unidade e auxiliar na consolidação de todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos e outros insumos farmacêuticos, por meio do estabelecimento de critérios para seu uso e avaliação dos itens selecionados;

REGIMENTO INTERNO

Art. 1º – A Comissão de Farmácia e Terapêutica é a instância multiprofissional, consultiva, deliberativa e educativa, responsável pela condução do processo de seleção, utilização, acompanhamento e avaliação do uso dos medicamentos e produtos para saúde, tendo atribuições e responsabilidades definidas neste Regimento Interno. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

COMPOSIÇÃO

Art. 2º – A Comissão de Fármaco Terapêutica e Padronização terá obrigatoriamente em sua composição mínima:

I. 01 (Um) Representante do Setor Farmácia;
II. 01 (um) Representante da Enfermagem;
III. 01 (Um) Representante da Unidade e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, devendo ser um Enfermeiro ou Médico;
IV. 01 (Um) Representante do Laboratório de Análises Clínicas;
V. 01 (Um) Representante do Núcleo de Segurança do Paciente.

Conforme a necessidade, outros representantes serão convidados a compor a comissão ou participar eventualmente das reuniões. Para realização dos trabalhos da comissão os membros serão dispensados de suas atividades assistenciais pelo tempo necessário, desde que não ocorra prejuízo das mesmas.

FUNCIONAMENTO/ORGANIZAÇÃO

Art. 3º – O mandato da comissão de fármaco terapêutica e padronização será de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Administrativa ou Diretoria Geral ou extinguido se houver motivo que justifique a cessação. O Presidente da comissão, será nomeado pela diretoria Administrativa ou Diretoria Geral e o cargo de Secretário definido pela omissão em eleição.

Art. 4º – A Comissão se reunirá ordinariamente de forma mensal, sempre entre a primeira ou segunda terça-feira do mês conforme cronograma, com local e horário previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizada uma reunião mensal. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo diretor Técnico, Presidente ou Secretário.

Art. 5º – A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa consideram a exclusão automática da comissão com votação imediata de membro substituto.

Art. 6º – As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 7º – Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator convidado ou um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 8º– São atribuições da Comissão Fármaco Terapêutica:

I. Gerenciar e divulgar a padronização da unidade, de acordo com a comissão de padronização.
II. Contribuir com a atualização da padronização;
III. Avaliar os medicamentos sob o ponto de vista dinâmico, emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar sua fármaco-economia como mais um critério para sua padronização;
IV. Revisar periodicamente as normas de prescrição;
V. Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços, que envolvam produtos de alto custo;
VI. Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos,
VII. Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;
VIII. Assessorar a direção técnica ou clínica da instituição em assuntos de sua competência;
IX. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente, através do planejamento de suas ações;
X. Gerenciar riscos durante todo o trajeto dos medicamentos na instituição desde a prescrição médica até a etapa de administração do medicamento.
XI. Realizar atividades voltadas para o gerenciamento de risco de farmacovigilância
XII. Elaborar e divulgar de instrumentos educativos, usando meios de comunicação como ferramenta.

Adotar boas práticas de para reduzir eventos adversos associados a medicamentos

Implementar barreiras de segurança durante todo o processo.

Art. 9º – São atribuições do Farmacêutico que compõe a Comissão de Farmácia e Terapêutica:

I. Participar na escolha, análise e utilização de estudos científicos que fundamentem a adequada seleção de medicamentos;
II. Participar de ações visando à promoção do uso racional de medicamentos;
III. Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;
IV. Participar do estabelecimento de normas para prescrição, dispensação, administração, utilização de medicamentos e avaliação;
V. Participar de estudos de custo-efetividade de medicamentos e outros produtos para saúde;
VI. Prover informações sobre medicamentos e outros produtos para saúde, suspeitos de envolvimento em eventos adversos;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

VII. Participar da definição de critérios que disciplinem a divulgação de medicamentos e produtos para a saúde na instituição;

VIII. Participar da realização de estudos de utilização de medicamentos;

IX. Estimular a utilização de indicadores epidemiológicos como critério do processo decisório de seleção;

X. Participar da elaboração e divulgação da padronização de medicamentos, zelando pelo seu cumprimento;

XI. Participar da elaboração do guia farmacoterapêutico.

Art. 10º – São atribuições do Presidente da comissão:

I. Conduzir as reuniões;

II. Representar a comissão junto à Diretoria da unidade, ou indicar seu representante;

III. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

IV. Fazer cumprir este regimento;

V. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de minerva);

VI. Nas faltas e impedimentos legais do Presidente, assumirá o Secretário.

Art. 11º – É atribuição do Secretário da comissão:

I. Assumir as atividades do Presidente na sua ausência;

II. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente;

III. Organizar a ordem do dia;

IV. Receber e protocolar os processos e expedientes;

V. Lavrar a ata das sessões/reuniões.

Art. 12º– Aos demais membros remete:

I. Comparecer as reuniões;

II. Colaborar com os trabalhos da comissão.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13º – Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CFT, em conjunto com a Diretoria Administrativa da unidade. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto. O regimento entrará em vigor após aprovação da diretoria administrativa.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nomeação membros comissão	X											
Elaborar Regimento Interno da comissão	X											
Formar grupos de trabalho para elaboração de parecer técnico		X										
Atualizar a lista de medicamentos padronizados na instituição				X								
Elaborar e viabilizar a prática de um sistema de prescrição eficiente e custo-efetivo com protocolos terapêuticos normatizados e coerentes				X	X							
Promover a divulgação de informações relacionadas a estudos clínicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
relativos aos medicamentos incluídos/excluídos da lista de medicamentos padronizados												
Estabelecer um plano de capacitação permanente para os profissionais relacionados a medicamentos												X
Emitir relatório anual												X

Tabela 55 - Cronograma da Comissão de Farmácia Terapêutica

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

2.1.1.10 Comissão de Proteção Radiológica

MEMBROS

Esta comissão é multidisciplinar e multiprofissional, nomeada pelo diretor da Unidade em portaria e composta por membros do quadro funcional da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis. Deve ser estruturada em:

I.01 (Um) Presidente;

II.01 (Um) Vice-Presidente;

III.01 (Um) Secretário;

Membros do corpo deliberativo e executivo, sendo composto por no mínimo:

I.01 (Um) Médico representante das unidades que fazem uso das radiações ionizantes;

II.01 (Um) representante Médico, que pode estar contemplado pelo item II;

III.01 (Um) Representante do Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).

A comissão poderá ser integrada por demais membros do SESMT e das Unidades de Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear, ficando a critério do Presidente a convocação e/ou a solicitação de nomeação dos nomes em portaria, atendendo às necessidades do momento e/ou da equipe.

FINALIDADE

Estabelecer os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento dos serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista, e regulamentar o controle das exposições médicas;
Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica;
Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes na instituição;
Ser um órgão de assessoria técnica diretamente vinculado à Superintendência;
Atender as determinações das Portarias MS no 453, de 01 de junho de 1998 e Portaria Interministerial MEC/MS no285 de 24 de março de 2015.

REGIMENTO INTERNO

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 1º - A Comissão de Proteção Radiológica, é estruturada com base na Portaria N.º 453, de 1 de junho de 1998, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

Art. 2º - A comissão tem como objetivos:

Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica;

Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes na instituição.

COMPETÊNCIAS

Art. 3º - São competências da comissão:

I- Promover cursos e palestras de conscientização e capacitação para colaboradores da instituição não envolvidos diretamente com o uso de radiação ionizante;

II- Acompanhar o gerenciamento da monitoração individual das pessoas ocupacionalmente expostas às radiações ionizantes;

III- Discutir problemas diversos referente ao uso das radiações ionizantes e à radioproteção;

IV- Definir programas de treinamento periódicos em proteção radiológica para colaboradores da instituição envolvidos diretamente com o uso de radiação ionizante.

COMPOSIÇÃO E MANDATO

Art. 4º - Esta comissão é multidisciplinar e multiprofissional, nomeada pelo diretor da unidade em portaria e composta por membros do quadro funcional da unidade.

Art. 5º - Esta comissão deve ser estruturada em:

I. Presidente;
II. Vice-presidente;
III. Secretário;
IV. Membros do corpo deliberativo e executivo.

Art. 6º - O corpo deliberativo e executivo deve ser composto por, no mínimo:

I. 01 (Um) Médico representante das unidades que fazem uso das radiações ionizantes;
II. 01 (Um) representante Médico, que pode estar contemplado pelo item II;
III. 01 (Um) Representante do Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).

Parágrafo único - A comissão poderá ser integrada por demais membros do SESMT e das Unidades de Diagnóstico por Imagem e Radioterapia, ficando a critério do Presidente a

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

convocação e/ou a solicitação de nomeação dos nomes em portaria, atendendo às necessidades do momento e/ou da equipe.

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 dodiretor para o tempo que restar do mandato.

§2º A ausência de um membro da comissão a duas reuniões consecutivas ou a três alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará perda do mandato.

ATRIBUIÇÕES

Art. 8º - São atribuições do Presidente da comissão:

I- Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

II- Representar a comissão em suas relações internas e externas;

III- Participar nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

IV- Indicar membros pertencentes ou não à comissão para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da comissão.

Parágrafo único - O Vice-Presidente exercerá as mesmas atribuições do Presidente, nas suas ausências e impedimentos legais (férias, afastamentos para licenças/capacitações).

Art. 9º - São atribuições dos demais membros da comissão:

I- Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II- Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III- Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV- Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente.

Art. 10º - Caberá ao secretário da Comissão:

I- Organizar a ordem do dia;

II- Receber e protocolar os processos e expedientes;

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

IV- Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V- Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI- Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

VII- Elaborar relatório mensal das atividades da comissão para envio ao superintendente;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

VIII- Providenciar, por determinação do presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX- Realizar outras funções determinadas pelo Presidente, relacionadas ao serviço.

DAS REUNIÕES/FUNCIONAMENTO

Art. 11º - As reuniões serão realizadas em caráter ordinário, mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros, e a convocação deverá ter, pelo menos, três dias úteis de antecedência.

Art. 12º - As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da comissão, com 24 horas de antecedência.

Art. 13º - As reuniões serão realizadas com a presença da maioria absoluta dos membros presentes à reunião.

Art. 14º - De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 15º - As deliberações da comissão serão consubstanciadas em relatórios endereçados ao Superintendente.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 16º - A responsabilidade da Direção da unidade é garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 17º - Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nomeação membros comissão	X											

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Reunião mensal da comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaborar e implementar políticas e procedimentos internos de proteção contra radiações ionizantes		X										
Elaborar um manual de boas práticas com níveis de referência de doses adequados aos equipamentos e procedimentos do serviço		X										
Monitorizar o registo de dose no processo clínico dos pacientes, bem como, organizar e implementar o plano de formação no âmbito da	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
proteção radiológica												
Notificar todos os eventos adversos, considerados nas normas pré estabelecidas pela comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar capacitação multidisciplinar sobre proteção radiológica	X		X		X		X		X		X	
Elaborar e enviar relatório anual de atividades da comissão												X

Tabela 56 - Cronograma da Comissão de Proteção Radiológica

2.1.1.11 Comitê De *Compliance*

MEMBROS

I.01 (Um) Representante da Diretoria Administrativa;
II.01 (Um) Representante da Diretoria Técnica;
III.01 (Um) Representante da Comissão de Ensino e Pesquisa;
IV.01 (Um) Representante da Coordenação de Enfermagem;
V.01 (Um) Representante do Setor de Tecnologia da Informação;
VI.01 (Um) Representante do Setor de Gestão de Pessoas;
VII.01 (Um) Representante do Núcleo da Qualidade.

FINALIDADE

Implementar um conjunto de ações de controle para fortalecer a governança, observando as normas da administração pública e os princípios constitucionais, no sentido de contribuir para o cumprimento de metas, e alcance dos objetivos estratégicos e políticas de gestão de riscos e conformidade.

REGIMENTO INTERNO

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1° - O Comitê de *Compliance* da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, é subordinado à diretoria, tem a finalidade de implementar um conjunto de ações de controle para fortalecer a governança, observando as normas da administração pública e os princípios constitucionais, no sentido de contribuir para o cumprimento de metas, e alcance dos objetivos estratégicos e políticas de gestão de riscos e conformidade.

Parágrafo Único - Para fins deste Regulamento, consideram-se a Lei Federal no 12.846, de 10 de agosto de 2013, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, regulamentada pelo Decreto no 11.129, de 11 de julho de 2022 e alterações posteriores, Lei Estadual No 18.672, de 13 de novembro de 2014 e alterações posteriores, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública estadual e dá outras providências, regulamentada pelo Decreto no 9.573, de 05-12-2019.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

OBJETIVOS

Art. 2º - A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, visando garantir controles internos adequados às suas atividades, com os seguintes objetivos:

I. Servir de referência em matéria de controles internos e gestão de riscos, disseminando sua cultura no ambiente organizacional;

II. Auxiliar o processo de gestão quanto à prevenção de erros, desperdícios, fraudes e demais danos ao erário;

III. Dar suporte à missão, à continuidade e à sustentabilidade institucional, alinhado aos objetivos estratégicos e às metas estabelecidas;

IV. Apoiar a implementação e monitorar a política de gerenciamento de riscos e de controles internos de acordo com os parâmetros definidos pela instituição;

V. Monitorar o cumprimento das recomendações dos Órgãos de Controles Externos e Internos;

VI. Assegurar a conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis, incluindo normas, políticas, programas, planos e procedimentos de governo e da própria unidade;

VII. Avaliar as rotinas da unidade e propor melhorias;

VIII. Definir metas para implementação da metodologia de conformidade, controles internos e gestão de riscos;

IX. Identificar mudanças nos níveis de apetite a risco da unidade;

X. Apoiar as unidades organizacionais na elaboração de planos de contingência para os principais processos de trabalho da unidade;

XI. Monitorar os riscos e as medidas corretivas e preventivas adotadas;

XII. Monitorar a efetividade das medidas de implementadas.

Art. 3º - O Comitê de *Compliance* da unidade tem como campo de atuação a direção, coordenações e todos os setores e unidades de serviços previstos na estrutura organizacional da unidade.

Art. 4º - O Comitê de *Compliance* tem como escopo de atuação:

I. Empresarial: Visa buscar conformidade em sentido amplo, com foco na prevenção de fraudes, lavagem de dinheiro e adoção de medidas anticorrupção;

II. Trabalhista: Visa o cumprimento das normas trabalhistas em sentido amplo, e isso abrange não apenas a CLT, mas as normas coletivas, contratos de trabalho, regulamentos internos, dentre outros;

III. Tributário: Visa implantar políticas e processos internos para mitigar os riscos de descumprimento das obrigações tributárias e fiscais, tanto as principais, quanto as acessórias;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

IV. *Compliance* Financeiro: Visa adotar práticas internas voltadas para a prevenção, bem como a condução de investigações de eventuais fraudes financeiras e lavagem de dinheiro;

V. *Compliance* Ambiental: Visa adotar boas práticas ambientais e de análise de impacto ambiental relacionado às ações e atividades da unidade;

VI. *Compliance* Criminal: Está relacionado ao monitoramento do comportamento dos colaboradores, para detectar ilícitos, incluindo os níveis hierárquicos superiores, como a diretoria, evitando prejuízos tanto de ordem financeira, quanto reputacional;

VII. *Compliance* em Responsabilidade Social: Consiste em adotar ações sustentáveis as quais passam a integrar a estratégia da organização de forma ampla e irrestrita, focando tanto nos investidores quanto no público-estratégico.

ESTRUTURA

Art. 5º - Os membros do Comitê de *Compliance*, designados pela Diretoria, serão do quadro de funcionários, sem alterações de suas atribuições ou cargos durante sua participação na comissão, que terá a seguinte composição:

I. 01 (Um) Representante da Diretoria Administrativa;
II. 01 (Um) Representante da Diretoria Técnica;
III. 01 (Um) Representante da Comissão de Ensino e Pesquisa;
IV. 01 (Um) Representante da Coordenação de Enfermagem;
V. 01 (Um) Representante do Setor de Tecnologia da Informação;
VI. 01 (Um) Representante do Setor de Gestão de Pessoas;
VII. 01 (Um) Representante do Núcleo da Qualidade;

§1º A Diretoria Geral indicará, entre os membros do comitê, o Coordenador e o seu substituto que, nos impedimentos legais e/ou pessoais do primeiro conduzirá as atividades do comitê.

§2º Caberá aos integrantes sem cargos de chefia, apresentar disponibilidade para as atividades do comitê, sob gestão do coordenador, em comum acordo com a sua chefia imediata;

§3º O Coordenador poderá nomear, à sua escolha, um membro como Secretário.

§4º Os demais integrantes darão apoio operacional às ações do Comitê.

§5º Nas hipóteses de afastamentos legais de algum integrante, este será substituído a pedido do Coordenador do Comitê.

§6º A função de membro do Comitê é indelegável, consistindo em encargo de trabalho, sem acréscimo de carga horária e/ou vencimentos e vantagens.

COMPETÊNCIAS

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 6° - Ao Comitê de *Compliance* compete:

I. Promover uma cultura de integridade na unidade, com base em valores éticos e no código de conduta, disponibilizando regras claras e práticas;

II. Assegurar o cumprimento de leis, regulamentos, políticas e procedimentos em sua área de responsabilidade;

III. Prestar assessoria à Direção em assuntos relacionados à conformidade, controles internos e gerenciamento de riscos;

IV. Elaborar matriz de risco (MR), priorizando e mapeando os processos mais importantes, e instituir a matriz de risco como ferramenta de gerenciamento para identificar e determinar o tamanho de um risco e possibilitar as ações de impedimento ou controle;

V. Colaborar com a adoção de práticas de accountability que institucionalizem a responsabilidade dos envolvidos na prestação de contas, na transparência e na efetividade das informações;

VI. Buscar, sempre que necessário, apoio e orientação de seus líderes imediatos e/ou das áreas tais como *Compliance*, departamento jurídico e recursos humanos, para a solução de dúvidas e entendimentos das leis e políticas que devem ser cumpridas;

VII. Cooperar com processos internos e externos de apuração que visem elucidar eventos relacionados à sua atividade profissional ou sobre os quais tenha conhecimento.

VIII. Fiscalizar, exigir e garantir o cumprimento das legislações, do Código de Conduta e demais políticas da unidade;

IX. Capacitar os Gestores e equipes da unidade para que conduzam ações e atividades sempre de maneira ética, garantindo que a cultura de *Compliance* seja a base da estratégia, metas e objetivos da instituição;

X. Engajar as equipes administrativas e assistenciais para que executem as tarefas com mais atenção e tratar as ocorrências em estágio inicial, antes que se transformem em não conformidades.

XI. Receber e analisar as comunicações feitas pelos canais de denúncia e ocorrências que chegarem ao seu conhecimento, conduzindo investigações, baixando as regras complementares ao Código de Conduta, e decidindo pelas penalidades cabíveis (se for o caso) para mitigar os riscos;

XII. Realizar apontamentos e instituir auditoria e análise de risco, notificando à Direção sobre possíveis situações de conflito de interesses e de condutas praticadas em desrespeito a lei e/ou Código de Conduta, acompanhando o andamento de tais apontamentos, bem como da aplicação das penalidades que possam vir a ser impostas;

XIII. Deliberar ações de mitigação dos riscos aferidos pelas investigações, criar planos de ação com as ferramentas educativas e informativas que serão aplicadas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XIV. Monitorar, avaliar e propor melhorias da Metodologia de Gestão de Riscos e Controles Internos;

XV. Analisar os dados de resultado das ações de *Compliance* e definir estratégias para aumento do alcance do programa.

Art.7º - O Comitê reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente, por convocação do seu Coordenador, a qualquer tempo.

§10 Na primeira reunião do exercício, será elaborado calendário anual de reuniões ordinárias.

§20 As reuniões ordinárias serão realizadas com quórum mínimo de 5 (cinco) membros, nas dependências da unidade.

§30 A convocação para as reuniões será encaminhada por e-mail, com, no mínimo, 3 (três) dias de antecedência, exceto as extraordinárias, que poderão ser aprazadas com no mínimo 1 (um) dia de antecedência.

§40 A cada reunião, será providenciada a elaboração de ata com registro dos trabalhos, encaminhamentos, conclusões e deliberações, que será assinada pelos membros presentes na reunião.

§50 As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos presentes.

§60 O Coordenador terá direito ao voto de qualidade em decisões.

§7º Outros convocados para debates técnicos poderão participar das reuniões, mas sem direito a voto.

Art. 8º - Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, consignado em ata da reunião seguinte, deixar de participar de 2 (duas) reuniões consecutivas ou de 3
(três) não consecutivas no período de 1 (um) ano, sendo substituído por indicação da Direção Geral da unidade a pedido do Coordenador da Comissão.

§1º As faltas justificadas deverão ser informadas no respectivo processo convocatório, até dois dias após a reunião ou, em caso de doença, 2 dias após o retorno ao trabalho.

§2º Qualquer falta sem justificativa será notificada à chefia imediata.

Art. 9º - As reuniões serão realizadas observando a seguinte sequência:

I. Informes;

II. Deliberação dos itens da pauta e votação, quando for cabível;

III. Encaminhamentos.

Parágrafo único - Existindo urgência ou relevância de alguma matéria, o CC, por voto da maioria simples, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ALTERAÇÕES

Art. 10° - Este Regulamento poderá ser revisto sempre que a maioria dos membros do Comitê julgar necessário, ou mediante publicação de novas normas, portarias, instruções normativas, leis ou outros documentos de ato jurídico.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 11° - Os casos omissos serão discutidos em reunião e encaminhados para conhecimento da Diretoria da unidade.

Art. 12° - Este Regulamento entra em vigor na data de sua publicação em Boletim Interno de Serviços, devendo ser aprovado previamente pela Direção Geral da unidade.

Art. 13° - Os integrantes do Comitê deverão guardar sigilo sobre dados e informações relacionados aos assuntos a que tiverem acesso.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nomeação dos membros da comissão	X											
Elaborar o Regimento Interno do Comitê e submetê-lo a apreciação da Direção	X											
Elaborar Matriz de Risco (MR) e revisá-la periodicamente, priorizando principais áreas e processos			X									

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Realizar monitoramento, apontamentos e instituir auditoria e análise de risco, notificando à direção sobre possíveis situações de conflito de interesses e de condutas praticadas em desrespeito a lei e/ou Código de Conduta, acompanhando o andamento de tais apontamentos, bem como da aplicação das penalidades que possam vir a ser impostas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prover tratamento adequado e justo às infrações e desvios de conduta detectados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Deliberar ações de mitigação dos riscos aferidos pelas investigações, criar planos de ação com as ferramentas educativas e informativas que serão aplicadas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar Educação e Treinamentos efetivos, engajando as equipes para que executem as tarefas em conformidade com a cultura de *Compliance*				X								X
Analisar os dados de resultado das ações de *Compliance* e definir estratégias para aumento do alcance do programa												X
Emitir relatório anual												X

Tabela 57 - Cronograma do Comitê de Compliance

2.1.1.12 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

MEMBROS

I.01 (Um) Representante do Recursos Humanos;
II.01 (Um) Representante do Laboratório;
III.01 (Um) Representante da Qualidade;
IV.01 (Um) Assistente Administrativo;
V.01 (Um) Diretor Técnico.

FINALIDADE

A Comissão de Ética em Pesquisa - CEP da Unidade, será um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, com a finalidade de orientar, conduzir, avaliar, estimular e facilitar a realização de projetos de pesquisa em seres humanos, dentro das Normas e dos Regulamentos emitidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

O CEP deve apreciar e emitir parecer consubstanciado aos pesquisadores, autorizando, solicitando esclarecimentos, ajustes ou negando a realização da pesquisa na instituição.

REGIMENTO INTERNO

Art. 10° - O Comitê de Ética em Pesquisa é um Comitê permanente vinculado a unidade. Seus membros têm total independência de ação no exercício de suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas.

OBJETIVO

Art. 20° - O CEP 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;

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;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

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.

FINALIDADES

Art. 30° - A 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/MS).

COMPOSIÇÃO

Art. 40° - O CEP 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 Diretor da unidade, a partir de indicação realizada pelos membros que compõem o CEP, podendo haver também indicação pelos serviços, divisões ou departamentos da unidade. 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 serão eleitos pelos membros nomeados.

IV. Nos casos de impedimento ou vacância dos Coordenadores exercerá a coordenação do Comitê o membro lotado na Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis.

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

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

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.

CAPACITAÇÃO DOS MEMBROS E COMUNIDADE ACADÊMICA

Art. 50° – 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.

APOIO ADMINISTRATIVO

Art. 60° – O CEP contará com um funcionário administrativo para a função de Secretário do Comitê, designado e exclusivo especificamente para as atividades do Comitê.

COMPETÊNCIA

Art. 70° – 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;

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/MS;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

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. Esclarecer aos pesquisadores que descontinuar os projetos aprovados sem justificativa aceita pelo CEP, que os aprovou, é um procedimento antiético;

XV. Assegurar que o resultado da pesquisa poderá se tornar público, independente do interesse do patrocinador e/ou pesquisador;

XVI. Assegurar ao participante da pesquisa completo sigilo sobre a pesquisa;

XVII. Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão;

XVIII. Propor a substituição do pesquisador em casos de cometimento de infração profissional no decorrer da pesquisa;

XIX. Informar as áreas competentes, para as providências cabíveis, sobre as infrações cometidas pelo pesquisador;

XX. Propor plano anual de capacitação de seus membros.

XXI. 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

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

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;

Art. 80° – Ao Pesquisador responsável compete:

I. Apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa;

I. Elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dentro da legislação;

II. Desenvolver o projeto conforme delineado;

III. 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;

IV. Apresentar dados solicitados pelo CEP a qualquer momento;

V. 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;

VI. Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;

VII. Justificar fundamentalmente, perante o CEP a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;

VIII. Garantir o tratamento, o reembolso e as informações previstas no projeto, aos participantes da pesquisa.

ATRIBUIÇÕES

Art. 90° — 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 específico

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

encaminhado à CONEP.

Art. 10º - 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 da unidade e das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, quanto aos trabalhos avaliados.

XI. Art. 11° - São atribuições dos Membros do CEP:

XII. 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;

XIII. Analisar de forma contínua o andamento dos trabalhos avaliados;

XIV. As análises dos projetos deverão ser feitas no menor tempo possível, não excedendo a 10 (dez) dias úteis;

XV. Participar da discussão e elaboração dos relatórios periódicos de atualização a respeito do andamento dos trabalhos avaliados;

V. Participar da votação a respeito da análise dos trabalhos, desde que solicitado em reunião;

XVI. Os membros do CEP deverão isentar-se da análise e discussão do caso, assim como a tomada de decisão, quando houver conflito de interesses.

Art. 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;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

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.

FUNCIONAMENTO

Art. 13° - As reuniões do CEP, ordinárias e extraordinárias, serão realizadas nas dependências da unidade, em local previamente determinado.

Art. 14° - 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 n° 466/12:

I. O CEP reunir-se-á ordinariamente de forma mensal, 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 poderão 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.

Art. 15° - 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;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

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.

IV. Parágrafo Único – da ata deverão constar: as deliberações da plenária; a data e horário de início término 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.

Art. 16° - 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.

PROTOCOLO DE PESQUISA

Art. 17° - 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.

Art. 18° - Não serão aceitos para apreciação projetos fora deste sistema. Representantes de usuários e funcionários administrativos do Comitê que tem acesso aos documentos, inclusive virtuais deverão manter sigilo sob pena de responsabilidade.

Art. 19° - A pesquisa deverá estar acompanhada do respectivo protocolo para ser analisada.

Art. 20° - 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.

Art. 21° - Aprovado o Protocolo de Pesquisa, o CEP passa a ser corresponsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa.

Art. 22° - 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

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

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 e/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.

Art. 23° - 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.

Art. 24° - As pendências meramente documentais serão previamente apreciadas pelo funcionário administrativo e/ou pelos coordenadores do CEP e comunicadas diretamente ao pesquisador, por escrito.

Art. 25° - Consideram-se autorizados para a execução os Protocolos de Pesquisa aprovados pelo CEP.

PENALIDADE

Art. 26° - 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 da unidade, 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 da própria instituição, tanto nas relações internas quanto externas.

Art. 27° - A apreciação e aplicação de penalidade serão de competência da CONEP/MS, 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.

Art. 28° - Nenhuma pesquisa em seres humanos poderá ser realizada na unidade sem autorização do CEP, mesmo que este projeto já tenha sido avaliado por outro comitê de ética de outra instituição;

Parágrafo Único – O CEP não poderá analisar pesquisas com uso de animais sendo, portanto, vedadas quaisquer ações neste sentido

Art. 29° - Todos os protocolos de pesquisa a serem analisados pelo CEP deverão ser submetidos através do Sistema Plataforma Brasil, respeitando a normas exigidas pelo Comitê.

Art. 30° - 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.

Art. 31° - 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.

Art. 32° - 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.

Art. 33° - A análise dos projetos será feita pelos relatores, devendo ser elaborada de forma clara, objetiva e detalhada, fornecendo subsídios para a decisão do colegiado.

Art. 34° - A decisão das avaliações será por maioria absoluta de votos dos membros presentes naquela reunião.

Art. 35° - 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.

Art. 36° - 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.

Art. 37° - 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

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

(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 da unidade 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.

Art. 38° - 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.

Art. 39° - No caso de projetos de interesse dos patrocinadores, estes deverão ser informados de sua responsabilidade sobre todos os custos que envolvem a pesquisa.

Art. 40° - O prontuário médico do pesquisado/paciente, bem como todos os dados colhidos e consignados, somente poderão ser acessados com autorização do CEP.

Art. 41° - Os casos omissos serão resolvidos, no que couber, pelo CEP.

Art. 42° - O presente Regimento entra em vigor nesta data, revogando-se as disposições em contrário.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nomeação membros da Comissão	X											

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Reunião mensal da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento Interno da Comissão		X										
Verificar a instrução dos procedimentos estabelecidos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acompanhamento e monitoração dos projetos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Relatórios Mensais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento ao público	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Relatório Anual												X

Tabela 58 - Cronograma da Comissão de Ética e Pesquisa

2.1.1.13 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

MEMBRO

I.01 (Um) Representante do NSP;
II.01 (Um) Representante do Laboratório;
III.01 (Um) Representante Nutrição;
IV.01 (Um) Representante de Fisioterapia;
V.01 (Um) Representante SCIRAS;
VI.01 (Um) Representante de Enfermagem ;
VII.01 (Um) Representante de Farmácia;
VIII.01 (Um) Coordenador de Enfermagem;
IX.01 (Um) Representante do Núcleo de Qualidade;
X.01 (Um) Diretor Técnico.

FINALIDADE

Promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente, além de articular com diferentes áreas Intra-unidade que trabalhem com riscos na instituição de saúde, considerando o paciente como sujeito e objetivo final do cuidado em saúde. O paciente precisa estar seguro, independente do processo de cuidado a que ele está submetido. Realizar promoção de uma cultura instiucional voltada para a segurança dos pacientes, através de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de processos assistenciais, a fim de garantir a qualidade dos mesmos em todos os serviços. Adotar as diretrizes e modelos corporativos, além de contribuir para a melhoria na metodologia de gestão; colaborar com os Núcleos de Qualidade de outros serviços; implementar os Programas de Excelência; estabelecer planos de ações para adoção do Programa Nacional de Segurança do Paciente; Implementar a melhoria da qualidade na gestão de Serviços de Saúde com vistas à acreditação; estabelecer planos de ações para o cumprimento dos objetivos e metas estratégicas definidas pela Sede.
Assegurar a melhoria da gestão dos serviços de saúde, por meio do planejamento, implementação, monitoramento, avaliação dos seguintes temas:

I. Planejamento Estratégico;
II. Segurança Assistencial (protocolos, classificação e monitoramento dos riscos, notificação de eventos e programas de segurança);
III. Gestão do Serviços de Atendimento aos Usuários (SAU);
IV. Gestão dos Processos (mapeamento, documentação e indicadores);
V. Programas de Auditorias e Certificações.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

REGIMENTO INTERNO

CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º - A Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente (CSP) é uma instância criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde e gestão de risco na Instituição juntamente ao Núcleo de Segurança do Paciente. A Segurança do Paciente são todos os estudos e práticas para a diminuição ou eliminação de riscos na assistência em saúde que podem causar danos ao paciente. A Segurança do Paciente envolve ações promovidas pelas instituições de saúde e ensino para reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. No Brasil, as metas para a segurança do paciente são baseadas nas metas internacionais da OMS. As ações que tratam sob a segurança do paciente estão sob a responsabilidade da SAS/MS e são coordenadas pelo Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). Sabendo da importância do tema, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. A ANVISA institui as ações para Segurança do Paciente, conforme RDC nº 36/2013 com objetivo de prevenir e reduzir a incidência de eventos que gerem danos ao paciente, adotando como escopo de atuação para os eventos associados à assistência à saúde, as Seis Metas da Organização Mundial da Saúde. Estas metas estão trazidas nos 6 Protocolos de Segurança do Pacientes publicadas nas portarias GM/MS 1377/2013 e GM/MS 2.095/2013. Considerando que no processo de atendimento à saúde o risco de o paciente sofrer danos é maior quando os processos organizacionais não são planejados ou são planejados de forma inadequada, o CONASS considera importante o desvelamento e a divulgação de informações que contribuam para a prevenção de danos ao paciente, principalmente quando se refere ao processo de implantação de estratégias voltadas à segurança nas SES.

Art. 2° - A atuação de uma Comissão de Segurança do Paciente (CSP), possibilita a efetividade do processo na segurança do paciente dentro da nossa instituição, é uma nova disciplina na área da saúde que enfatiza o relato, análise e prevenção do erro médico/assistencial que frequentemente levam a eventos adversos. A frequência e a magnitude de eventos adversos evitáveis não eram bem conhecidas até a década de 1990, quando inúmeros países relataram dados alarmantes sobre pacientes prejudicados ou mortos em função de erros médicos. Reconhecendo que os erros relacionados aos cuidados de saúde impactavam 1 a cada 10 pacientes no mundo inteiro, a Organização Mundial da Saúde considerou a segurança do paciente como uma preocupação endêmica. De fato, a segurança do paciente emergiu como uma disciplina distinta em saúde apoiada em uma estrutura de desenvolvimento científico ainda

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

imatura. Há um significativo corpo transdisciplinar de literatura teórica e de pesquisa que informa a ciência por trás da segurança do paciente. O conhecimento resultante sobre a segurança do paciente informa continuamente esforços pelo progresso como: aplicar as lições aprendidas no ramo dos negócios e na indústria, adotar tecnologias inovadoras, educar provedores e consumidores, melhorar os sistemas de notificação de erros e desenvolver novos incentivos econômicos.

Art. 3° - Justificativas

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 tecnovigilâncias, hemovigilâncias e farmacovigilâncias, propondo ações preventivas e corretivas;
IV. Auxiliar na divulgação e acompanhamento das ações do gerenciamento de riscos institucional;
V. Auxiliar na implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
VI. Discutir e estabelecer barreiras para a prevenção de eventos na Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis.
VII. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade;
VIII. Analisar e avaliar os dados sobre não conformidades e evento sentinela/vigilâncias decorrentes da prestação do serviço de saúde;
IX. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados não conformidades e eventos sentinelas/vigilâncias decorrentes da prestação do serviço de saúde;
X. Acompanhar as notificações de eventos decorrentes da prestação do serviço de saúdes realizadas pelo NSP ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
XI. Acompanhar a divulgação, pelo NSP, dos alertas sanitários e outras comunicações de risco veiculadas pelas autoridades sanitárias.

ORGANIZAÇÃO

A Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente será gerenciada por um Coordenador, um Presidente, um Secretário e membros do núcleo de qualidade e segurança do paciente. Ministério da Saúde desenvolve ações com vistas a promoção da segurança do paciente, por meio de medidas de educação e divulgação das boas práticas para profissionais de saúde, pacientes e

acompanhantes e com ações preventivas como a implementação das seis metas da OMS, sendo elas:

I. Identificar corretamente o paciente;
II. Melhorar a comunicação entre os profissionais de Saúde;
III. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;
IV. Assegurar a cirurgia em local de intervenção procedimento e paciente corretos;
V. Higienizar as mãos para se evitar infecções;
VI. Reduzir riscos de queda e lesão por pressão.

Art. 4° - A composição da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente da unidade, terá a composição por equipe multiprofissional, entre eles: Médico, Enfermeiros, Administradores, , Nutricionista, Farmacêutica e Fisioterapeuta.

Art. 5° - A Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente foi implantada em dezembro de 2017, mas ficando por um período parada, sendo reimplantada no 08/01/2019 e sendo oficializado pelas Diretorias Geral, Assistencial e Técnica.

Parágrafo único - A CSP será composta por no mínimo 10 (Dez) membros integrantes do corpo funcional da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como coordenador, cujo perfil profissional seja médico (a) ou enfermeiro(a) e tenha a anuência da diretoria. O coordenador deverá realizar o treinamento formal ou curso ministrado sob orientação da ANVISA. A composição da CSP poderá ser de acordo com o interesse pela causa e perfil no processo segurança dos pacientes que necessitem de melhores resultados e cuidados.

FUNCIONAMENTO

Art. 6º – A Comissão reunir-se-á mensalmente para as reuniões aonde serão discutidos os todos os casos necessários e que mais evidenciaram na unidade, será realizado uma reunião extraordinária quando convocada pelo Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

§1º A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros ou com qualquer número, após trinta minutos do horário e data previamente marcada para a reunião, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão antes de cada votação.

§2º O Presidente terá o direito a voto de qualidade;

§3º As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas ao Plenário da Comissão do CSP para deliberação desta, na primeira sessão seguinte;

§4º É facultado ao Presidente e aos membros da comissão solicitar a revisão de qualquer decisão da reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 7º – A comissão, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 8º - A sequência das reuniões da comissão, será a seguinte:

I. Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo coordenador;
II. Verificação de presença e existência de "quórum";
III. Votação e assinatura da ata da reunião anterior;
IV. Leitura e despacho do expediente;
V. Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres ou expedientes;
VI. Organização da pauta da próxima reunião;
VII. Distribuição de expedientes aos relatores;
VIII. Comunicação breve e franqueamento da palavra.

§1º Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a comissão, por voto da maioria, poderá alterar a sequência de alguma matéria.

§2º Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 9º – A Pauta do dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumo dos mesmos, dos respectivos relatores, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Parágrafo Único – A Pauta do dia será comunicada 48 horas previamente a todos os membros.

Art. 10º – Após a leitura do parecer, o Presidente ou componentes da comissão, deverá submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§1º - O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria de prontuário, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação.

§2º - O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária.

§3º - Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até duas reuniões.

Art. 11º – A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

Art. 12º – A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nomeação da comissão	X											
Reunião mensal da comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaborar o Plano de Ação definindo os riscos e indicadores a serem monitorados por complexidade setorial para o primeiro ano de atuação do NQSP			X									
Elaborar o plano de metas de melhorias, suas estratégias e os relatórios de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas em qualidade e			X									

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
segurança do paciente												
Realizar ações preventivas e educativas para a equipe				X			X			X		
Reunião ordinária e emissão de pareceres sobre as matérias que lhes forem demandadas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantar o gerenciamento e monitoramento de risco e avaliação da causa raiz				X								

Tabela 59 - Cronograma da Comissão do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

2.1.1.14 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT)

MEMBROS

I.01 (um) Técnico de Segurança do Trabalho;
II.01 (um) Enfermeiro;
III.03 (Três) Representantes da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
IV.01 (um) Diretor Técnico.

FINALIDADE

O Serviço Especializado de Engenharia e Medicina do Trabalho - SESMT é um grupo de especialistas de medicina e engenharia do trabalho que atua dentro do serviço para garantir a integridade física e mental dos trabalhadores, durante suas atividades laborais. Existe um número mínimo de especialistas do SESMT que deve desenvolver atividades. Este número é determinado com base no grau de risco da atividade exercida pela instituição, relacionado ao número de funcionários que possui. A principal finalidade do SESMT é promover medidas de saúde ocupacional dentro das organizações. Mais do que uma obrigação legal, essas iniciativas são fundamentais para evitar acidentes e doenças ocupacionais e prevenir as perdas tangíveis e intangíveis para os trabalhadores, empresas e a sociedade.

REGIMENTO INTERNO

CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1° - O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) é um importante aliado nas rotinas de segurança e saúde do trabalho das empresas. Composto por profissionais especializados, o objetivo principal desse serviço é garantir a integridade física e o bem-estar do trabalhador na Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis.

Art. 2° - A principal finalidade do SESMT é promover medidas de saúde ocupacional dentro das organizações. Mais do que uma obrigação legal, essas iniciativas são fundamentais para evitar acidentes e doenças ocupacionais. E prevenir as perdas tangíveis e intangíveis para os trabalhadores, empresas e a sociedade.

Art. 3° - Justificativas:

Com o objetivo de regulamentar o Artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), essa portaria aprovou a criação de diversas normas regulamentadoras. Entre elas, está a NR 4, que estabelece as regras para criação do SESMT, e promover Saúde e Segurança do Trabalho para os colaboradores.

ORGANIZAÇÃO

Art. 4° - Composição - O SESMT deve ser composto por técnico de segurança do trabalho, conforme estabelecido no dimensionamento disposto na NR 4, podendo ser atualizado mediante aumento de quadro de colaboradores da unidade.

Art. 5° - As reuniões ordinárias do SESMT serão definidas pelo Coordenador(a) do setor, comunicando os colaboradores do setor no mínimo 10 dias antes.

Art. 7° – Os documentos pertinentes ao SESMT, estarão à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 8° - Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

I. Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

II. Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal.

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 9° - Compete ao SESMT:

I- Colaborar nos projetos e na implantação de novas instalações físicas;

II- Determinar os Equipamentos de Proteção Individual e Coletivo, bem como realizar a entrega dos mesmos e verificar a utilização de acordo com a Norma Regulamentadora nº 6;

III- 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;

IV- 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 (Check - list diário e mensal);

V- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

VI- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VII- Participar, em conjunto com os demais setores, das discussões promovidas pela unidade , para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

VIII- Requerer a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

IX- Desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PGR e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

X- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

XI- Realizar análises das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

XII- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

XIII- Realizar e gerir Comunicados de Acidente do Trabalho (CAT);

XIV- Analisar riscos, acidentes e falhas, investigando causas, propondo medidas preventivas e corretivas e orientando trabalhos estatísticos, inclusive com respeito a custo;

XV- Promover, anualmente, em conjunto com a CIPA, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;

XVI- Participar, anualmente, em conjunto com a unidade, de Campanhas de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador;

XVII- Promover juntamente com a Vigilância da cidade, campanhas de vacinação anual dos colaboradores;

XVIII- Realizar investigação de acidente e promover suporte ao acidentado;

XIX- Recebimentos e envios de atestados;

XX- Realizar treinamentos e orientações conforme LNT;

XXI- Advertir no descumprimento das normativas legais e interna, colaboradores não conformes;

XXII- Atuar na prevenção de doenças do exercício profissional e controle de riscos ambientais;

XXIII- Assistir ao trabalhador, elaborar seu prontuário e fazer os devidos encaminhamentos;

XXIV- Planejar e desenvolver a implantação de técnicas relativas a gerenciamento e controle de riscos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Exames admissionais, periódico, retorno ao trabalho, mudança de risco, demissional de acordo com Legislação (ASO)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Campanha de vacinação anual para os colaboradores da unidade						X						
Palestra de saúde mental aos profissionais	X											
Treinamentos voltados para a enfermagem como, por exemplo, o de descarte correto de materiais perfurocortantes		X				X				X		
Promoção da Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT), realizada anualmente com o intuito de promover										X		

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
a cultura de ações prevencionistas em conjunto com a CIPA												
Inspeções de segurança que visam analisar condições inseguras, bem como atos inseguros nos setores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) específicos para cada atividade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Simulados e treinamento de brigada de incêndio							X					
Análise Ergonômica do Trabalho (AET), que visa adequar o posto de trabalho ao colaborador	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Controle de atestado médico dos funcionários	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Investigação de acidentes com abertura de CAT quando necessário	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Treinamento direção defensiva		X										
Treinamento da NR 6- EPI					X							
Treinamento biossegurança/perfurocortantes		X							X			
Treinamento NR 26 – Descarte de resíduos					X							
Treinamento da CIPA	X											
Treinamento de paramentação e desparamentação						X						
Treinamento NR 35								X				
Emitir relatório anual												X

Tabela 60 - Cronograma da Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT

2.1.1.15 OUTRAS COMISSÕES

2.1.1.15.1 Comissão Interna De Qualidade

MEMBROS

A escolha dos membros da Comissão de Interna da Qualidade deverá considerar as diferentes áreas da unidade, visando a verificação de todos os requisitos aplicáveis à instituição, sendo composta minimamente por:

I.01 (Um) Responsável pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
II.01 (Um) Coordenador de Enfermagem;
III.01 (Um) Diretor Técnico;
IV.01 (Um) Administrativo;
V.01 (Um) Representante de cada Área Assistencial;
VI.01 (Um) Representante da Farmácia;
VII.02 (Dois) Representantes Médicos do Corpo Clínico;
VIII.01 (Um) Representante do Setor de TI.

FINALIDADE

A Comissão Interna da Qualidade tem natureza técnico-científica permanente e instituída para implementar ações da área da qualidade da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis . É um órgão de assessoria direta da Direção, formado por profissionais da instituição qualificados para o planejamento e execução das ações de qualidade.

REGIMENTO INTERNO

FINALIDADE

Art. 1° - O Regimento Interno da Comissão Interna da Qualidade é um instrumento normativo que orienta o funcionamento do mesmo e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação das atividades da qualidade na unidade.

Art. 2° - A Comissão Interna da Qualidade tem natureza técnico-científica permanente e instituída para implementar ações da área da qualidade na unidade.

Art. 3° - A Comissão Interna da Qualidade é um órgão de assessoria direta da Direção da unidade, formado por profissionais da Instituição qualificados para o planejamento e execução das ações de qualidade.

Art. 4° - O objetivo Comissão interna da qualidade é estimular a unidade a investir em processos de melhoria contínua para alcançar os padrões de excelência nos serviços prestados, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para o paciente, eficiência na gestão e contribuir para a formação de excelência dos estudantes da instituição.

§1° A Comissão interna de qualidade visa contribuir com o programa de melhoria contínua, analisando a realidade de cada setor da unidade e propondo oportunidades de melhorias, não possuindo cunho fiscalizatório.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

A Comissão adotará os seguintes princípios e diretrizes:

I. Melhoria contínua dos processos de trabalho relacionados ao cuidado e ao uso de tecnologias de saúde;
II. Disseminação da cultura de melhoria contínua e segurança;
III. Articulação e a integração dos processos de trabalho à gestão de risco;
IV. Sensibilização contínua das equipes.

COMPOSIÇÃO

Art. 5° - A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade terá composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por colaboradores capacitados para realização de ações de melhoria contínua da qualidade, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

Art. 6° – Minimamente um dos Membros da Comissão Interna de Qualidade deve ser representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).

Art. 7° - A escolha dos membros da Comissão de Interna da Qualidade deverá considerar as diferentes áreas da unidade, visando a verificação de todos os requisitos aplicáveis a instituição, sendo composta minimamente por:

I. 01 (Um) Responsável pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
II. 01 (Um) Coordenador de Enfermagem;
III. 01 (Um) Diretor Técnico;
IV. 01 (Um) Administrativo;
V. 01 (Um) Representante de cada Área Assistencial;
VI. 01 (Um) Representante da Farmácia;
VII. 02 (Dois) Representantes Médicos do Corpo Clínico;
VIII. 01 (Um) Representante do Setor de TI.

Art. 8° - A Comissão Interna de Qualidade será coordenada por um membro indicado pela Diretoria tendo por atribuição a condução dos trabalhos da comissão na instituição.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 9° - A Comissão Interna da Qualidade deverá ser instituída formalmente pelo Diretor Geral da unidade, com a publicação de documento interno de instituição da comissão.

Art. 10° - O documento deverá relacionar o nome completo dos membros da comissão e a identificação do Coordenador da mesma.

Art. 12° - O Documento terá validade de 1 ano, a contar da emissão e deverá ser republicado anualmente para atualização da relação de seus integrantes.

ATRIBUIÇÕES

Art. 13° - A Comissão Interna da Qualidade tem como atribuição a condução dos processos de melhoria da qualidade interna da instituição, de sistematização e de prestação das informações aos gestores.

Art. 14° - Compete aos membros, integrantes da Comissão:

I. Cumprir este Regimento e os demais regimentos da unidade;
II. Participar das reuniões da Comissão Interna da Qualidade;
III. Elaborar roteiros estruturados de avaliação em parceria com os demais membros da equipe;
IV. Realizar a avaliação interna na unidade;
V. Desempenhar tarefas para as quais for designado nas reuniões da comissão;
VI. Elaborar e emitir relatórios de auditorias;
VII. Apresentar o relatório e elaborar, juntamente com o setor/serviço, o plano de ação dos itens não cumpridos;
VIII. Informar a programação das atividades, mensalmente, para o coordenador da comissão;
IX. Encaminhar atas de todas as atividades realizadas;
X. Contribuir para realização dos ciclos de melhoria.
XI. Garantir que o monitoramento e a intervenção em todos dos processos estabelecidos, sejam realizados pelas lideranças, buscando as melhorias exigidas.
XII. Apoio aos setores quanto à elaboração e atualização de manuais da qualidade de procedimento e indicadores dos processos existentes na instituição.
XIII. Participar de reuniões mensais ou extraordinárias.
XIV. Auxiliar o coordenador no que for necessário para o sucesso do trabalho.
XV. Participar de treinamentos sobre qualidade.
XVI. Garantir que o Escritório da Qualidade (EQ) orientará os processos de trabalho elencados prioritariamente.
XVII. Estabelecer a cultura da elaboração documental e sua aplicação.

XVIII. Manter programas para o gerenciamento de riscos e eventos adversos.
XIX. Capacitar os profissionais para a prática com qualidade e segurança.
XX. Viabilizar e tornar disponível a disseminação do programa de qualidade.
XXI. Desenvolver o mapeamento dos processos essenciais.
XXII. Obter efetividade nas ações, para a melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Art. 15° - Compete ao Coordenador da Comissão Interna da Qualidade:

I. Responsabilizar-se pela qualificação, organização, planejamento, desenvolvimento, execução e avaliação permanente e sistemática das atividades referentes à melhoria contínua da qualidade;
II. Promover a capacitação dos avaliadores internos da qualidade;
III. Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da comissão;
IV. Coordenar as discussões e conduzir os trabalhos da comissão;
V. Distribuir tarefas entre seus membros;
VI. Representar a Comissão Interna da Qualidade perante a administração;
VII. Selecionar e participar de auditorias aleatórias com o intuito de verificar seu desenvolvimento;
VIII. Encaminhar à Direção da instituição os respectivos relatórios de avaliação interna conforme prazo estipulado em documento próprio;
IX. Garantir o desenvolvimento das atividades da comissão, com o apoio da Direção.
X. Integrar os diversos setores da unidade,
XI. Elaborar e distribuir as atas das reuniões da plenária;
XII. Zelar pela documentação pertinente ao EQ, mantendo-a disponível aos interessados;
XIII. Elaborar cronograma de educação continuada;
XIV. Propor um calendário anual de reuniões ordinárias;
XV. Participar das reuniões mensais elaboradas pela SES;
XVI. Fazer, auxiliar e aprovar documentos internos relacionados ao EQ;
XVII. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos ao EQ.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 16° - A atuação da comissão se restringe ao âmbito interno da unidade, devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento, ao regimento interno da instituição, à missão, visão e valores institucional.

Art. 17° - Baseados nos requisitos verificados como não conformes, durante a autoavaliação, cada área do hospital deverá planejar, executar e monitorar ações que visem à adequação das não conformidades apresentadas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Parágrafo único - O não cumprimento dos requisitos durante a autoavaliação deverá deflagrar ciclos de melhoria da qualidade. Cada setor será responsável pela condução de seu ciclo de melhoria, com o apoio do Escritório da Qualidade. A condução dos ciclos de melhoria não é responsabilidade da Comissão Interna da Qualidade.

Art. 18° - A Comissão se reunirá ordinariamente mensalmente.

§1° Os dias, horários e lugares das reuniões ordinárias serão divulgados pelo Coordenador da Comissão com antecedência mínima de sete dias, sendo obrigatória a presença de todos os membros da comissão.

§2° Toda reunião deverá acontecer com quórum mínimo de 50% mais um dos membros do grupo, verificado até 15 (quinze) minutos após a hora marcada para o início. Na ausência de quórum a reunião deverá ser suspensa e feita nova convocação.

§3° As reuniões deverão ser registradas em lista de presença e ata de reunião.

Art. 19° - Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador da Comissão.

Art. 20° - As deliberações da comissão deverão ser encaminhadas à Diretoria, Coordenadores ou setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

Art. 21° - A participação na Comissão Interna da Qualidade não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros e se dará no horário de trabalho.

DA QUALIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO COMO AVALIADORES

Art. 22° - Os membros deverão ser qualificados para realização da avaliação interna e, preferencialmente, possuir conhecimento técnico-científico dos processos de trabalho da área a ser avaliada.

Art. 23° - Cabe ao Coordenador qualificar os integrantes da comissão quanto à forma de atuação dos avaliadores durante o processo de avaliação interna.

Parágrafo único - Colaboradores da instituição que possuam formação e experiência nas áreas de auditoria e qualidade deverão ser considerados para compor a equipe de avaliadores.

Art. 24° – A administração da unidade deverá proporcionar capacitações complementares necessárias à execução dos processos de avaliação interna.

Parágrafo único - A solicitação de capacitação complementar deverá ser realizada pelo Coordenador da Comissão à Direção, apresentando a devida justificativa.

AVALIAÇÕES

Art. 25° - A definição do cronograma das avaliações será feita no âmbito da comissão e deverá considerar a disponibilidade dos membros.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Parágrafo único - Deverão ser programadas avaliações internas gerais e parciais, as quais serão realizadas pela equipe da comissão.

Art. 26° - O chefe do setor a ser avaliado deverá ser notificado sobre a visita da comissão com antecedência mínima de dois dias úteis.

Art. 27° - Nessa comunicação deverão ser informados a data da avaliação e o nome dos avaliadores.

Parágrafo único - Os avaliadores deverão solicitar ao chefe do setor a indicação do representante do setor/serviço responsável pelo acompanhamento da avaliação.

Art. 28° - A visita de avaliação deverá ser previamente planejada pelos avaliadores internos, considerando as especificidades da unidade a ser visitada, relatórios de avaliação anteriores (se houver), legislação pertinente, documentos institucionais, dentre outras referências atualizadas.

Art. 29° - A avaliação deverá ser iniciada com uma reunião prévia com os representantes da unidade a fim de apresentar a equipe avaliadora, estabelecer os objetivos da avaliação e apresentar a metodologia de avaliação.

Art. 30° - A equipe deverá avaliar a unidade utilizando uma lista de verificação baseada em requisitos descritos pelo EQ.

Art. 31° - Ao término da avaliação, os avaliadores deverão expor resumidamente suas conclusões sobre a adequação da unidade/setor aos requisitos da qualidade e marcar reunião posterior para apresentar possíveis oportunidades de melhorias.

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Art. 32° - Os resultados, evidências, oportunidades de melhorias e conclusões das avaliações serão documentadas pela equipe da Qualidade e do Núcleo de Segurança do Paciente. A cada avaliação o coordenador da comissão deverá designar um avaliador responsável pela elaboração e apresentação do relatório, observando sua exatidão e completude.

Art. 33° - O relatório conterá informações detalhadas do processo de avaliação, incluindo, sempre que aplicável:

I. Identificação do local, data e horário da avaliação;
II. Identificação dos avaliadores internos;
III. Identificação dos responsáveis da unidade que acompanharam a avaliação;
IV. Identificação do chefe da unidade avaliada;
V. Citação dos documentos de referência, segundo os quais a avaliação foi conduzida;
VI. Identificação dos itens conformes, com suas evidências, e itens não conformes em relação aos requisitos da documentação de referência;
VII. Observações da equipe de avaliação como oportunidades de melhorias.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 34° - O avaliador responsável deverá encaminhar o relatório final de avaliação interna ao Coordenador da Comissão até cinco dias úteis após o encerramento da visita.

Parágrafo único - O envio do relatório de avaliação interna ao Coordenador deverá ser feito por meio eletrônico. As evidências deverão ser enviadas por e-mail ou colocadas na pasta compartilhada.

Art. 35° - Os avaliadores devem apresentar o relatório e elaborar, juntamente com o setor/serviço, o plano de ação dos itens não cumpridos.

Art. 36° - O Gestor da unidade poderá contestar o relatório, enviando contribuições baseadas em evidências documentadas para o Coordenador da Comissão em até três dias úteis, após a apresentação do relatório.

Art. 37° - O Coordenador deverá apresentar os questionamentos aos avaliadores responsáveis pela avaliação, sendo facultado a eles concordar ou não com as contribuições das unidades avaliadas. Essa decisão deverá ser comunicada à unidade avaliada em até sete dias a contar do recebimento da contestação do relatório.

Art. 38° - O relatório do setor/serviço deverá ser assinado pelo coordenador da comissão, avaliadores que participaram da avaliação e gestor/responsável pela unidade avaliada.

Art. 39° - O Coordenador da Comissão enviará relatório assinado das avaliações internas da qualidade à Direção a cada três meses.

Art. 40° - A avaliação interna parcial está concluída quando da apresentação do relatório final de avaliação aos gestores das unidades/setores.

Art. 41° - A avaliação interna geral deverá ser realizada, no mínimo, anualmente e será concluída quando do envio do relatório de avaliação de todos os setores da unidade.

Parágrafo único - O relatório de avaliação interna geral deverá atender a prazo e modelo previamente definido/orientações específicas para a unidade, publicado em documento específico.

PLANOS DE AÇÃO

Art. 42° - A partir do recebimento do relatório de avaliação, a unidade avaliada deverá analisar as não conformidades e oportunidades de melhoria para estabelecer planos de ação para adequação da unidade aos requisitos de qualidade.

Art. 43° - A elaboração do plano será realizada por cada unidade/setor e contará com o apoio do EQ e Vigilância em Saúde e dos respectivos avaliadores.

Art. 44° - A resolução das não conformidades será monitorada pela Comissão Interna da Qualidade nas avaliações parciais e na avaliação geral, e pelo EQ.

Art. 45° - Cada setor/serviço terá trinta dias, a contar da data da avaliação interna, para apresentar plano de ação elaborado ao EQ.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 46° - Ao final da avaliação interna geral o Coordenador da Comissão redigirá relatório, e deverá ser encaminhado pelo mesmo ao Diretor Geral e ao EQ, apresentando a situação da unidade frente aos requisitos constantes nos Requisitos do Programa e de Qualidade.

§1° O relatório deve ser encaminhado anualmente ao EQ, sendo o primeiro envio realizado logo após a primeira avaliação interna na unidade.

§2° O relatório de avaliação interna deverá ser elaborado pela comissão e aprovado e assinado pelo Coordenador da Comissão e pelo Diretor Geral.

§3° Os relatórios das avaliações internas de qualidade devem possibilitar o estabelecimento de ciclos de melhorias contínuas dos processos de modo a promover a Qualidade em Saúde, com foco na Segurança do Paciente.

Art. 47° - Para orientações e estratégias específicas de adequação a cada requisito, a unidade poderá buscar apoio de profissionais ou empresa externa.

Art. 48° - A Comissão Interna da Qualidade estabelecerá o cronograma de avaliação interna, observando o prazo para entrega do relatório.

Art. 49° - A Comissão Interna da Qualidade está ligada ao Núcleo de Segurança do Paciente da unidade (NQSP).

Art. 50° - Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da Comissão Interna da Qualidade e submetidos à apreciação final da Diretoria Geral e do NQSP.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Instituir Comissão Interna da Qualidade	X											
Elaborar as diretrizes de trabalho a fim de promover e apoiar a implementação de ações voltadas à melhoria contínua		X										

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
da qualidade e segurança do paciente												
Elaborar regimento interno		X	X									
Estabelecer programa de atividades e metas para o gerenciamento das ações de qualidade a serem realizadas, definindo prazos a serem cumpridos			X									
Elaborar os critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gestão da Qualidade em conjunto com o NQSP			X									
Desenvolver ações de reforço a cultura de melhoria contínua e de segurança, por meio do suporte para o planejamento, desenvolvimento,				X								

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
controle e reavaliação dos processos, priorizando aqueles que envolvem eventos adversos graves e sentinelas												
Realizar reuniões ordinárias mensais e apresentar os resultados das auditorias internas realizadas, comunicados referentes à melhoria de processos e a apresentação dos eventos adversos ocorridos no mês	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Analisar e discutir ações específicas para eventos considerados como graves e sentinelas em conjunto com as áreas envolvidas, contando com a participação de convidados como equipe assistencial, gestores das áreas,	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
equipes médicas e demais envolvidos.												
Divulgar relatórios mensais para a comunidade interna	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Treinamento das 6 metas				X			X			X		
Emitir relatório anual												X

Tabela 61 - Cronograma da Comissão Interna de Qualidade

2.1.1.15.2 Comissão De Humanização

MEMBROS

I.01 (Um) Representante do Laboratório;
II.01 (Um) Representante de Nutrição Clínica;
III.01 (Um) Representante do Serviço Social;
IV.01 (Um) Representante de Farmácia;
V.01 (Um) Representante da Fisioterapia;
VI.01 (Um) Representante de Psicologia.
VII.02 (dois) Coordenadores de Enfermagem;
VIII.01 (Um) Representante do Núcleo de Segurança do Paciente – Presidente;
IX.01 (Um) Representante do Faturamento;
X.01 (Um) Representante da Recepção;
XI.01 (Um) Diretor (a) Técnico.

FINALIDADE

Garantir as melhorias dos processos de trabalho. Elaborar planos de ação, implementar medidas de melhoria e acompanhar processos com o foco nas boas práticas, qualidade e segurança dos usuários da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis;
Disseminar a cultura de humanização na instituição;
Melhorar a qualidade da assistência dispensadas aos usuários atendidos nos serviços de saúde na unidade;
Promover a autonomia, a participação e a corresponsabilidade de todos os colaboradores envolvidos no processo de produção de saúde.

REGIMENTO INTERNO

DEFINIÇÃO

Art. 1° – A Comissão de Humanização é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender uma política institucional da humanização na assistência à saúde, em consonância com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

COMPETÊNCIAS

Art. 2° – A Comissão de Humanização terá as seguintes competências:

I. Elaborar um Plano Operativo estabelecendo estratégias e mecanismos que potencializem a humanização na assistência;
II. Fomentar o processo de humanização na unidade;
III. Promover ações conjuntas e articuladas entre gestão, atenção em saúde e usuários;
IV. Buscar estratégias que promovam a integração entre os diferentes serviços da unidade.

COMPOSIÇÃO

Art. 3° – A Comissão de Humanização terá a seguinte composição:

I. 01 (Um) Representante do Laboratório;
II. 01 (Um) Representante de Nutrição Clínica;
III. 01 (Um) Representante do Serviço Social;
IV. 01 (Um) Representante de Farmácia;
V. 01 (Um) Representante da Fisioterapia;
VI. 01 (Um) Representante de Psicologia.
VII. 02 (dois) Coordenadores de Enfermagem;
VIII. 01 (Um) Representante do Núcleo de Segurança do Paciente – Presidente;
IX. 01 (Um) Representante do Faturamento;
X. 01 (Um) Representante da Recepção;
XI. 01 (Um) Diretor (a) Técnico.

Parágrafo único - A composição do grupo prevê a participação de parceiros e colaboradores nos projetos das comissões, conforme a demanda das ações.

ORGANIZAÇÃO

Art. 4° – Os cargos de vice-presidente e secretário serão definidos pelos membros da Comissão, em sua primeira reunião ordinária.

Art. 5° – A Comissão de Humanização será gerenciada por um coordenador e os membros da comissão.

Parágrafo único - A duração de cada gestão será de dois (02) anos, podendo haver recondução por igual período.

Art. 6° – Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser liberados de suas atividades assistenciais, por tempo necessário à participação nas reuniões e execução das atividades definidas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 7° – Outros serviços e setores poderão ter profissionais compondo a comissão, bem como participar das reuniões e ações de humanização.

Art. 8° – Fica a critério da comissão criar grupos de trabalhos específicos para a execução das atividades de humanização.

ATRIBUIÇÕES

Art. 9° – São atribuições da Comissão de Humanização:

I. Disseminar a cultura de humanização na instituição;
II. Melhorar a qualidade da assistência dispensadas aos usuários atendidos nos serviços da unidade;
III. Fortalecer e articular as iniciativas já existentes de humanização na unidade;
IV. Estimular a participação, a autonomia e a responsabilidade dos profissionais e trabalhadores da saúde;
V. Possibilitar o engajamento de todos no direcionamento de ações voltadas para a humanização;
VI. Implantar novas iniciativas de humanização que venham beneficiar a usuários, profissionais, trabalhadores da saúde, gestores e comunidade acadêmica;
VII. Assessorar a gestão no desenvolvimento de políticas e práticas de humanização em conjunto com as demais áreas da instituição;
VIII. Zelar pelos princípios do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Humanização;
IX. Agir sempre com integridade, transparência e justiça, resguardando, quando for o caso, o sigilo das informações;
X. Apresentar proposições que sejam atinentes as competências da comissão;
XI. Fazer-se representar nas reuniões dos Colegiados Operacionais e Colegiado Gestor.

Art. 10° – São atribuições do Presidente da comissão:

I. Presidir as atividades de promoção e efetivação da política de humanização;
II. Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da comissão;
III. Convocar as reuniões da comissão dando encaminhamento as respectivas deliberações;
IV. Representar oficialmente a comissão em suas relações internas e externas;
V. Apresentar relatórios das atividades da comissão à direção da unidade;
VI. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
VII. Fazer cumprir o regimento da comissão e da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis;
VIII. Emitir, nas decisões da comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 11° – São atribuições do Vice-Presidente da Comissão:

I. Convocar reuniões da comissão na ausência do Presidente;

II. Assumir a condução das atividades designadas ao Presidente, em sua ausência.

Art. 12° – São atribuições do Secretário da Comissão:

I. Organizar a pauta da reunião;

II. Encaminhar aos integrantes da comissão a pauta das reuniões;

III. Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV. Lavrar a ata das reuniões;

V. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente ou Vice-Presidente;

VI. Organizar e manter os arquivos da comissão;

VII. Preparar e enviar aos representantes da comissão cópia das atas aprovadas, deliberadas e outros documentos que lhe forem solicitados;

VIII. Realizar leitura das atas das reuniões;

IX. Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço de secretaria desta Comissão.

Parágrafo Único. A Secretaria da Comissão de Humanização poderá ser exercida por funcionário que realize o apoio administrativo da Comissão ou ainda por qualquer um dos seus membros.

Art. 13° – São atribuições dos membros da Comissão de Humanização:

I. Comparecer às reuniões da comissão;

II. Participar das ações de humanização na unidade.

REALIZAÇÃO DAS REUNIÕES

Art. 13° – As reuniões acontecerão mensalmente, em uma sala determinada pela instituição a fim de discutir e programar ações que serão realizadas na Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis, além de discutir resultados das ações realizadas.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14° – Este regimento entrará em vigor a partir da data de sua homologação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Eleição comissão de humanização	X											
Nomeação membros da comissão de humanização	X											
Reuniões mensais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaborar plano de ação para trabalhos educativos referentes as datas comemorativas de cada mês		X										
Trabalhar data comemorativa referente ao seu mês com murais e ações educativas conforme planejado .	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Treinamento sobre ética e humanização para colaboradores		X							X			
Colaborar com treinamentos na instituição sempre que solicitado a comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Participar, anualmente de Campanhas de Prevenção da AIDS												X
Emitir relatório anual												X

Tabela 62 - Cronograma da Comissão de Humanização

2.1.1.15.3 Comissão De Eventos

MEMBROS

I. 1 (Um) representante da Comunicação;
II. 1 (Um) representante da Diretoria Técnica;
III. 1 (Um) representante da Diretoria Administrativa;
IV. 1 (Um) representante da Comissão de Ensino e Pesquisa;
V. 1 (Um) representante da CIPA;
VI. 1 (Um) representante da Comissão de Humanização;
VII. 1 (Um) representante do Núcleo de Educação Permanente.

FINALIDADE

A comissão de Comissão de Eventos tem a finalidade de elaborar, promover e assessorar a realização de eventos propostos pelo calendário letivo que envolvam os colaboradores.

REGIMENTO INTERNO

NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1° – A Comissão de Eventos da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis é uma comissão vinculada à Diretoria Administrativa, de caráter permanente, multiprofissional, consultiva, e tem a finalidade de atuar como núcleo estratégico para normatizar a organização de eventos.

Art. 2° – A Comissão de Eventos na unidade tem por objetivos:

I. Definir e organizar o Calendário de Eventos Institucionais;
II. Elaborar e aprovar o calendário semestral;
III. Organizar e executar os eventos institucionais, tais como: Natal, Páscoa, Dia da Mulher, Aniversário, Dia das Mães, Dia dos Pais etc;
IV. Apoiar os demais eventos realizados na instituição;
V. Prestar suporte à Unidade de Comunicação no planejamento, acompanhamento, execução e avaliação das ações de comunicação institucional voltado aos eventos.

Art. 3° – A Comissão de Eventos orientar-se-á pelas normas, manuais e protocolos estabelecidos pela unidade.

COMPOSIÇÃO

Art. 4° – A Comissão de Eventos da unidade será composta pela equipe Multiprofissional, buscando atender a maior diversidade de unidades da instituição e garantir sua representatividade.

ATRIBUIÇÕES

Art. 5° – São atribuições dos Membros da Comissão de Eventos da unidade:

I. Participar das reuniões;

II. Deliberar sobre os assuntos em pauta;

III. Elaborar, atualizar e acompanhar os eventos do calendário anual da instituição;

IV. Apoiar a execução dos eventos promovidos;

V. Responder e encaminhar demandas e documentos às unidades promotoras dos eventos, bem como instituições que venham a estar envolvidas;

VI. Desempenhar outras atividades afins, relacionadas aos eventos.

Art. 6° – Compete ao Coordenador da Comissão:

I. Convocar, dirigir e presidir as reuniões;

II. Subscrever os documentos, atas e resoluções;

III . Estabelecer a pauta para as reuniões;

III. Distribuir as tarefas para os demais membros da Comissão.

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 7° – A Comissão de Eventos (CE) se reunirá, ordinariamente, uma vez por mês, podendo ser convocado extraordinariamente, em casos de urgência ou de acordo com necessidade identificada pelos seus membros.

Art. 8° – Os encontros se darão em todas as primeiras quintas-feiras de cada mês.

Art. 9° – As convocações para reuniões se darão por e-mail antecedência mínima de uma semana, informando a data, hora, local e pauta.

Art. 10° – As deliberações da Comissão de Eventos se darão por maioria simples, sem opção de abstenção. No caso de empate, a decisão caberá ao representante da Superintendência. Somente membros da comissão, nomeados em portaria, votam. Convidados não têm direito a voto.

Art. 11° – No caso de ausência do coordenador da comissão, a reunião será conduzida pelo representante da Superintendência.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 12° – O Mandato da CE será por prazo indeterminado, podendo a Portaria de Nomeação dos Membros, ser revisada e renovada quando necessário.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13° – Este Regimento Interno deverá ser revisado a cada dois anos e somente será modificado por votos da maioria dos membros da comissão.

Art. 14° – Casos não citados aqui neste documento, deverão ser decididos em reunião desta comissão.

Art. 16° – Este Regimento Interno entrará em vigor após aprovação dos membros da comissão e, posteriormente, validado pela instituição, revogadas as disposições em contrário.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Eleição comissão de eventos	X											
Nomeação membros da comissão de humanização	X											
Reuniões mensais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaborar plano de ação para trabalhos educativos referentes as datas comemorativas de cada mês		X										
Trabalhar data comemorativa referente ao seu mês com murais e ações educativas conforme planejado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Emitir relatório anual												X

Tabela 63 - Cronograma da Comissão de Eventos

2.1.1.15.4 Comissão de Padronização de Produtos para Saúde

MEMBRO

I.01 (Um) Farmacêutico;
II.01 (Um) Representante de Suprimentos;
III.02(Dois) Representantes do Corpo Clínico;
IV.01 (Um) Representante do SCIRAS;
V.03 (Três) Representantes da Enfermagem;
VI.01 (Um) Representante da Diretoria como membro consultor;
VII.01 (Um) Representante da Nutrição;
VIII.01 (Um) Representante da Fisioterapia;
IX.01 (Um) Representante do Laboratório de Análises Clínicas;
Outros representantes podem ser convidados a compor a comissão, conforme necessidade.

FINALIDADE

Facilitar os processos de seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e gerenciamento do estoque, de acordo com a Legislação vigente, através da racionalização sistemática e garantia da qualidade dos itens adquiridos nas unidades de saúde.
Respeitar a orientações da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, a qual altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; Legislação preconizada pelo Governo Federal, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078 de 11/09/90). Isto compreende a apresentação por parte dos fornecedores dos registros dos artigos na ANVISA, conforme a RDC Nº 185/2001 da ANVISA/MS, com sua publicação no D.O.U. ou o documento do cadastramento (RDC 260/02) dos produtos, nos casos aplicáveis.
Garantir a sustentação legal e efetiva da qualificação técnica frente ao processo de aquisições e programas de assistência à saúde. Promover estudos pertinentes a padronização de produtos para saúde. Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade dos materiais a serem adquiridos pela Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.
Elaborar a revisão da padronização dos produtos para saúde, uniformizando as especificações de acordo com a rede, sempre que possível. Criando e mantendo atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores, excluindo os itens da padronização que esteja ociosos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

REGIMENTO INTERNO

NATUREZA

Art. 1º - Comissão de Padronização de produtos de saúde é uma instância colegiada de caráter permanente e integrante da estrutura regimental da unidade, de natureza consultiva, científica, educativa, deliberativa, subordinada à Diretoria do referido instituto;

COMPOSIÇÃO

Art. 2º – A Comissão de Padronização de Produtos de Saúde terá obrigatoriamente em sua composição mínima:

I. 1 (Um) Farmacêutico;
II. 1 (Um) Representante de Suprimentos;
III. Representantes do Corpo Clínico;
IV. 1 (Um) Representante do SCIRAS;
V. Representantes da Enfermagem;
VI. 1 (Um) Representante da Diretoria como membro consultor;
VII. 1 (Um) Representante da Nutrição;
VIII. 1 (Um)Representante da Fisioterapia;
IX. 1 (Um) Representante do Laboratório de Análises Clínicas;

Outros representantes podem ser convidados a compor a comissão, conforme necessidade.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 3º – O mandato da Comissão de Padronização de Produtos de Saúde será de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Administrativa ou Diretoria Geral ou extinguido se houver motivo que justifique a cessação. O presidente da comissão deverá ser nomeado pela Diretoria Geral e o cargo de Secretário definido pela comissão em eleição. A reunião se dará mensalmente, entre a primeira ou segunda terça-feira do mês conforme cronograma, com local e horário previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizada uma reunião mensal. Reuniões extraordinárias devem ser realizadas quando necessárias. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa consideram a exclusão automática da comissão com votação imediata de membro substituto. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 4º – Comissão de Padronização de Produtos de Saúde terá como competências as seguintes diretrizes:

I. Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo de aquisição;

II. Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;

III. Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos na unidade;

IV. Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as suas especificações;

V. Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;

VI. Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;

VII. Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso da unidade, em conjunto com os demandantes e/ou consultores técnicos;

VIII. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

IX. Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;

X. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;

XI. Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

XII. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados na unidade;

XIII. Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;

XIV. Realizar estudos acerca do custo-benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;

XV. Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados na unidade, para os casos excepcionais;

XVI. Divulgar na unidade as atualizações da padronização;

XVII. Recomendar a diretoria, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial da unidade;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XVIII. Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta comissão;

XIX. Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;

XX. Receber assessoria jurídica da unidade, sempre que necessário, para consultas e orientações;

XXI. Assessorar a governança da unidade em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;

XXII. Prestar assessoria técnica à unidade de compras e a unidade de almoxarifado e produtos para saúde da unidade;

XXIII. Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente, acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;

XXIV. Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade e o VIGIMED para as reações adversas aos produtos de saúde utilizados na prática assistencial;

XXV. Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infeções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;

XXVI. Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde na unidade;

XXVII. Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados;

XXVIII. Trabalhar junto a Comissão de Educação Permanente para desenvolver programas educacionais, de modo a atualizar o conhecimento dos profissionais sobre novos produtos padronizados.

Art. 5º – São atribuições do Presidente da Comissão:

I. Conduzir as reuniões;

II. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

III. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

IV. Fazer cumprir este regimento.

V. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de minerva).

VI. Nas faltas e impedimentos legais do Presidente, assumirá o Secretário.

Art. 6º – É atribuição do Secretário da Comissão:

I. Assumir as atividades do Presidente na sua ausência;

II. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente;

III. Organizar a ordem do dia;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

IV. Receber e protocolar os processos e expedientes;

V. Lavrar a ata das sessões/reuniões.

Art. 7º – Aos demais membros remete:

I. Comparecer as reuniões;

II. Colaborar de forma efetiva com os trabalhos da comissão;

III. Monitorar e avaliar o desempenho clínico dos profissionais de saúde e propor melhorias conforme necessário;

IV. Supervisionar as operações gerais da unidade;

V. Conduzir investigações de denúncias ou violação ética e propor ações corretivas.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 8º – Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Padronização de Produtos de Saúde em conjunto com a Diretoria Administrativa da Instituição. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto. O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Administrativa.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

ATIVIDADES/ MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Criação e aprovação do regimento interno da comissão	X											
Nomeação dos membros da comissão de padronizaçã	X											
Reuniões mensal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisar e padronizar a lista de medicamentos e	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

materiais médico-hospitalares, ou sempre que necessário												
Divulgar a lista revisada de medicamentos e determinar seu uso como instrumento básico para a prescrição elaborada pela equipe de saúde				X								
Emitir parecer sobre as matérias que lhes forem demandadas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias												X
Divulgar relatórios para a comunidade interna	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir relatório anual												X

Tabela 64 - Cronograma da Comissão de Padronização

2.2.1 Qualidade Subjetiva

2.2.1.1 Acolhimento

2.2.1.1.1 Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes da Policlínica

INTRODUÇÃO

O acolhimento é uma escuta ética e adequada às necessidades de saúde dos usuários no momento de procura pelo serviço e na prestação de cuidados com o propósito de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade. Não tem local nem hora para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo, pois entende-se que acolher faz parte de todos os encontros do serviço de saúde assim se constituindo em uma postura ética, política e estética. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

A Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS criada em 2003, preconiza que o acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações, sendo arquitetado de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho objetivando a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. A proposta é desenvolver um atendimento humanizado e acolhedor, assumindo o compromisso da garantia de qualidade de assistência a população.

OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes para a execução de maneira ordenada e humanizada as indicações das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis.

FORMAS DE NOTIFICAÇÃO

A notificação compulsória é a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal.

Segundo a portaria GM/MS nº204/2016, a notificação deve ser realizada por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan que é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região.

Através da sua utilização efetiva, é possível a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 204, publicada em 17 de fevereiro de 2016, estabelece que as notificações compulsórias são divididas em três espécies:

- Notificação compulsória imediata (NCI): doenças como febre amarela , sarampo ou outras emergências sanitárias, cujo prazo de envio da notificação é de 24 horas;
- Notificação compulsória semanal (NCS): que tem 7 dias de prazo para envio;
- Notificação compulsória negativa (NCN): comunicação semanal que informará que não foi identificada nenhuma ocorrência, durante a semana.

O Núcleo de Vigilância Epidemiológico (NVE) irá realizar a capacitação de todos os profissionais para desenvolver o olhar atento aos casos passiveis de notificações. Mediante casos suspeitos ou confirmados, deverá ser realizado as notificações pelos profissionais de saúde e posteriormente o NVE dará seguimento ao caso realizando a notificação aos órgãos competentes.

Segue abaixo o fluxo de notificação compulsória do NVE:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

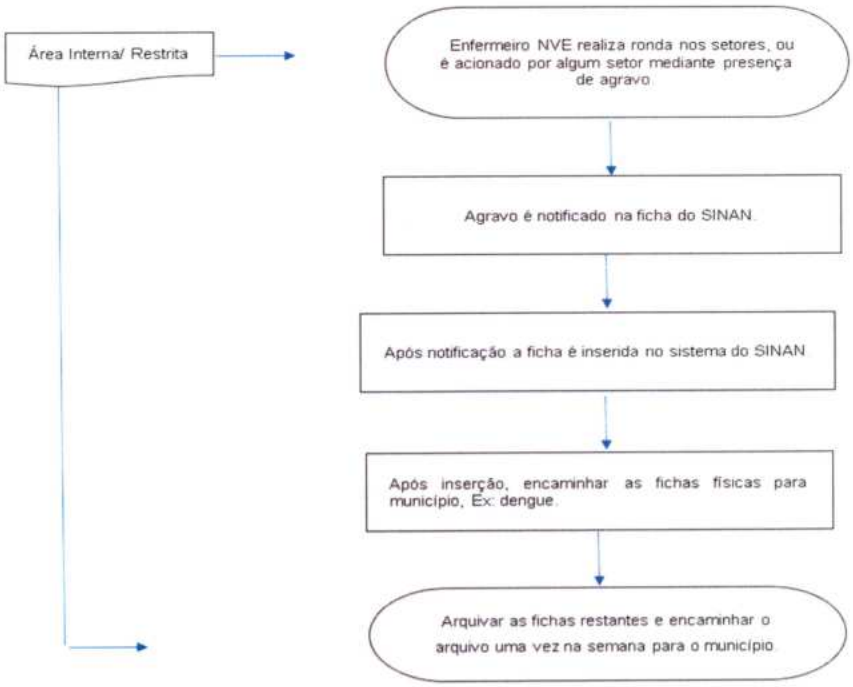


Figura 157 - Fluxograma de notificação compulsória do NHE

Os procedimentos para notificação incluem a identificação de casos, o registro em formulários padronizados e o encaminhamento ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE). É fundamental que todos os profissionais estejam treinados para reconhecer sinais de agravos à saúde.

RECEPÇÃO

O setor da recepção deve ser um espaço de acolhimento, uma vez que a experiencia do usuário é vivenciada desde a entrada na unidade.

Para garantir que todo o processo seja humanizado, promoveremos treinamento a todos os profissionais que atuarão na recepção, destacando a importância da escuta qualificada e respeitosa e da capacidade de diálogo. Além da equipe de atendimento na recepção, teremos como apoio um profissional "POSSO AJUDAR" para que auxilie no direcionamento, resolutividade e acolhimento ao usuário.

Além disso o setor terá um ambiente climatizado e acolhedor, contará com mobiliários confortáveis que possibilitará uma espera sentada, além de televisores e murais informativos que irão permitir acesso à informação durante a espera. Ainda adotaremos um sistema moderno de emissão de senhas, com aviso sonoro e visual em painéis que fará acionamento para todos

os tipos de atendimento.

A equipe deve passar por capacitações regulares, com treinamentos sobre acolhimento e comunicação efetiva, permitindo que todos compartilhem experiências e sugestões de melhorias.

ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL

O Acolhimento é um processo fundamental na funcionalidade dos serviços de saúde, que visa a humanização, trabalho em equipe e a garantia dos direitos dos usuários.

Orientação social e apoio psicossocial dar-se-á pelo acolhimento realizado aos usuários e/ou familiares, ofertando escuta qualificada, visando orientar os paciente ou familiares dos fluxos e rotinas da Unidade, busca ativa de informações, acionar a rede de apoio a nível municipal ou estadual quando necessária e proceder com o acompanhamento ao paciente e familiar na Unidade considerando suas demandas e particularidades de cada usuário/família.

Após o cadastro do paciente na recepção, o familiar será encaminhado ao Serviço Social onde é realizado o acolhimento, anamnese social e orientações de normas e rotinas, direitos e deveres, etc. Em casos de violência, sendo elas intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoa, intervenção legal, violência homofóbicas contra homens ou mulheres, é realizado a Ficha de Notificação SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificações pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica. Além disso, nos casos de violência, o serviço social aciona a rede de apoio de proteção necessária, polícia, conselho tutelar, conselho do idoso, entre outros.

A equipe de psicologia atuará na oferta de suporte emocional, prevenção, orientação aos pacientes e acompanhantes, através de palestras e grupos de apoio, e do atendimento ambulatorial com sessões agendadas. Além disso, ofertarão assistência psicológica no setor de hemodiálise, aos pacientes e seus familiares, quando necessário.

A implementação deste manual é de suma importância para a Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis, pois estabelece diretrizes claras para o acolhimento, notificação, orientação social e apoio psicossocial. Ao formalizar esses processos, garantimos que todos os usuários recebam um atendimento de qualidade, respeitando suas necessidades e promovendo uma experiência humanizada.

A prática de acolhimento não é apenas uma formalidade, mas um compromisso ético e social que impacta diretamente a confiança e a satisfação do usuário. Ao criar um ambiente acolhedor e seguro, onde as pessoas se sentem respeitadas e ouvidas, fortalecemos a relação

entre os profissionais de saúde e a comunidade, o que é fundamental para a promoção da saúde pública.

Além disso, a sistematização das notificações de saúde possibilita um acompanhamento mais eficaz das doenças e agravos na região, contribuindo para a identificação precoce de surtos e a implementação de intervenções adequadas. A capacitação contínua da equipe e o fortalecimento das redes de apoio social e psicológico são essenciais para lidar com as demandas complexas que surgem no atendimento à saúde.

Portanto, este manual não só orienta as práticas diárias, mas também reafirma o compromisso da Policlínica com a humanização do atendimento, a promoção do bem-estar e a construção de uma rede de cuidados mais efetiva e integrada. Ao adotá-lo, estamos investindo na melhoria da qualidade de vida da comunidade e no fortalecimento da saúde pública na região.

REFERÊNCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 fev. 2016. Disponível em: http://nhe.fmrp.usp.br/wpontent/uploads/2017/02/doencas_notificacoes_compulsorias.pdf. Acesso em: 01 set. 2024.

2.2.1.1.2 Proposta para implantação do Acolhimento dos Usuários da Policlínica.

INTRODUÇÃO

O Acolhimento aos usuários da Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis, é fundamental para garantir um atendimento humanizado e eficaz. A proposta visa melhorar a experiência dos pacientes e seus acompanhantes, promovendo um ambiente acolhedor e acessível.

OBJETIVOS

Os objetivos incluem a promoção de um atendimento humanizado, criando um ambiente em que os usuários e seus acompanhantes se sintam valorizados e respeitados, visando a implementação de medidas que garantam a satisfação e o bem-estar de todos.

ESTRATÉGIAS DE ACOLHIMENTO

Como forma de estratégia de acolhimento, implantaremos algumas medidas, conforme descritas abaixo:

- Realizar capacitações periódicas para todos os profissionais, focando em atendimento humanizado, comunicação empática e resolução de conflitos.
- Criar uma área de acolhimento com materiais informativos, onde os usuários possam obter informações sobre serviços, profissionais e procedimentos.
- Implementar um sistema de triagem que priorize atendimentos com base na necessidade, reduzindo o tempo de espera e melhorando a experiência do usuário.
- Criar mecanismos para coleta de feedback, como caixas de sugestão e pesquisas de satisfação, permitindo que os usuários expressem suas opiniões e sugestões.
- Promover eventos comunitários, como feiras de saúde, palestras e oficinas, para integrar a policlínica com a comunidade, esclarecendo dúvidas e promovendo a saúde preventiva.
- Garantir que todas as informações sobre serviços e procedimentos sejam disponibilizadas de forma clara e acessível, incluindo em formatos de fácil compreensão.

A implementação dessas estratégias não só melhorará a qualidade do atendimento, mas também fortalecerá a relação entre a policlínica e a comunidade local, contribuindo para uma saúde mais acessível e integrada.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Para que possamos avaliar monitorar a implantação do acolhimento, propomos estabelecer indicadores para medir a satisfação dos usuários e a efetividade das ações de acolhimento, além de promover reuniões periódicas com a equipe para discutir os resultados, desafios e melhorias contínuas no processo de acolhimento.

Para os indicadores, propomos:

- **Índice de Satisfação Global**: Uma escala de 0 a 10 onde os pacientes avaliam sua satisfação geral com os serviços;
- **Entrevistas ou Grupos Focais**: Sessões para coletar feedback mais profundo sobre a experiência do paciente;
- **Feedback Aberto**: Comentários livres onde os pacientes podem expressar suas opiniões sobre o atendimento;
- **Avaliação do Atendimento pela Equipe**: Satisfação dos pacientes com a cordialidade e profissionalismo da equipe;
- **Comunicação**: Avaliação da clareza das informações fornecidas aos pacientes.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DA PROPOSTA DE ACOLHIMENTO

Acreditamos que, ao priorizar o acolhimento, estaremos não apenas melhorando a satisfação dos pacientes, mas também contribuindo para resultados de saúde mais efetivos e duradouros. A seguir, apresentamos o cronograma detalhado que guiará a implementação desta proposta:

ETAPA	ATIVIDADES	PRAZO	RESPONSÁVEL
PLANEJAMENTO	Definição da equipe de trabalho	Semana 01	Direção da policlínica
	Levantamento de necessidades	Semana 02	Direção e Coordenações da Policlínica
CAPACITAÇÃO DA EQUIPE	Desenvolvimento de materiais de treinamento	Semana 03	Coordenações e NEP
	Realização de treinamentos	Semana 04	Coordenações e NEP

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

	(atendimento humanizado, comunicação)		
ESTRUTURAÇÃO DO ESPAÇO	Criação do espaço de acolhimento	Semana 05	Coordenação de enfermagem e Equipe Multiprofissional
	Organização de materiais informativos	Semana 06	
IMPLEMENTAÇÃO DA TRIAGEM	Desenvolvimento do sistema de triagem	Semana 07	Direção e Coordenações da Policlínica
	Treinamento da equipe sobre o novo sistema	Semana 08	Coordenações
COLETA DE FEEDBACK	Criação de formulários de feedback	Semana 09	Coordenações e ouvidoria
	Divulgação dos canais de feedback	Semana 10	Direção e Coordenações
EVENTOS DE INTEGRAÇÃO	Planejamento e organização de eventos	Semana 11	Direção e Coordenações
	Realização dos eventos (feiras, palestras)	Semana 12-13	Direção, Coordenações e equipe multiprofissional
AVALIAÇÃO E AJUSTES	Coleta de dados sobre satisfação dos usuários	Semana 14	Ouvidoria
	Reunião de avaliação e discussão de melhorias	Semana 15	Direção, Coordenações e equipe multiprofissional
RELATÓRIO FINAL	Elaboração do relatório de	Semana 16	Direção e Coordenações

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

	resultados e melhorias		
	Apresentação do relatório para a equipe	Semana 17	Direção e Coordenações
	Planejamento de próximos passos com base no relatório	Semana 18	Direção e Coordenações

Este cronograma poderá ser ajustado conforme a necessidade. Para tal, reuniões semanais serão programadas para acompanhar o progresso. As estratégias de acolhimento devem ser dinâmicas e adaptáveis, permitindo ajustes baseados no feedback contínuo dos usuários e da equipe.

REFERÊNCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

BAKER, R., & FORT, K. (2015). *A importância da satisfação do paciente na saúde*. *Revista de Administração em Saúde*, 17(66), 45-55.

AHRQ. (2016). *Experiência do paciente e satisfação do paciente*. Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde.

PEREIRA, R. M., & SILVA, A. F. (2017). *A avaliação da satisfação do paciente: uma revisão de literatura*. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 7(1), 133-143.

2.2.1.2 Atendimento

2.2.1.2.1 Proposta de implantação de serviço de atendimento ao usuário .

A implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) na Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis é essencial para garantir uma comunicação eficiente entre os usuários e a Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis. O SAU se constitui como um canal de comunicação para a população usuária dos serviços prestados, facilita a resolução de problemas, esclarecimento de dúvidas, recebimento de feedbacks, reclamações e sugestões, promovendo um atendimento de qualidade, ágil e humanizado.

O Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU está diretamente ligado à Ouvidoria do SUS da unidade, responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS.

A Ouvidoria e o SAU são serviços complementares de atendimento ao usuário e seus atendimentos devem ser registrados no sistema oficial de ouvidoria do SUS (OUVIDORSUS), conforme a natureza de atendimento, qual seja: manifestação de ouvidoria ou disseminação de informação.

JUSTIFICATIVA

A criação de um Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) visa melhorar a comunicação entre os usuários e a instituição, promovendo um canal centralizado para queixas, denuncias, sugestões, dúvidas e informações. Esse serviço é fundamental para garantir a satisfação dos usuários, reduzir a burocracia no atendimento e promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

OBJETIVO GERAL

Implementar um Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) eficiente e acessível, que ofereça suporte para esclarecer dúvidas, resolver problemas, registrar reclamações e sugerir melhorias, garantindo o bom relacionamento entre a instituição e os pacientes.

Zelar para que a Instituição atue com eficiência e mantenha um compromisso crescente com a assistência prestada.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Implantar canais de comunicação (telefone, formulário, e-mail, caixa de pesquisa de satisfação) para registro de demandas (reclamações, dúvidas, sugestões);
- Proporcionar uma resposta ágil e eficiente aos usuários;
- Monitorar a satisfação dos usuários e promover a melhoria contínua dos serviços oferecidos;
- Capacitar a equipe responsável pelo atendimento, garantindo a prestação de um serviço de qualidade;
- Utilizar as demandas dos usuários para identificar pontos de melhoria na organização.

ETAPAS DE IMPLANTAÇÃO

Diagnóstico Inicial e Definição das Necessidades

- Ação: Realizar um levantamento das necessidades do público-alvo, avaliando os canais de comunicação existentes, principais demandas dos usuários e gargalos no atendimento atual.
- Responsáveis: Gestor da unidade, equipe de comunicação e responsável pela SAU.
- Recursos: Questionários, entrevistas com usuários, análise de dados atuais.

Definição do Modelo de Atendimento

- Ação: Determinar o escopo e formato do SAU (presencial, telefone, e-mail, formulários, caixa de pesquisa de satisfação). Definir a equipe, fluxos de atendimento, canais e horários de funcionamento, seguindo as regras e diretrizes da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás -SES para funcionamento do SAU.
- Responsáveis: Gestor da unidade e responsável pelo SAU.
- Recursos: Reuniões de planejamento, análise de melhores práticas de mercado.

Infraestrutura

- Ação: Implantar a infraestrutura necessária de fácil acesso, organizar um ambiente destinado ao SAU (reservado e acolhedor) para receber os usuários, registro e monitoramento de atendimentos.
- Responsáveis: Gestor da unidade, equipe de comunicação e responsável pela SAU.
- Recursos: Telefone, computadores, mobílias, espaço físico adequado.

Capacitação da Equipe

- Ação: Capacitar a equipe responsável pelo atendimento ao usuário, focando em habilidades de comunicação, resolução de conflitos, empatia e conhecimento dos processos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

internos da instituição.

- Responsáveis: Recursos Humanos, gestor da unidade, setor de comunicação.
- Recursos: Instrutores, materiais didáticos, manuais de atendimento da SES.

Comunicação e Divulgação do Serviço

- Ação: Desenvolver campanhas de comunicação para divulgar o novo serviço, tanto internamente (para os colaboradores) quanto externamente (para os usuários). Informar sobre como acessar o SAU, os canais disponíveis e os tipos de demandas que podem ser atendidas.
- Responsáveis: Equipe de comunicação, marketing e gestor da unidade.
- Recursos: Materiais gráficos, redes sociais, site, e-mails informativos.

Implantação do Serviço

- Ação: Iniciar a operação do SAU com os canais definidos, garantindo que todas as demandas dos usuários sejam registradas, acompanhadas e respondidas dentro de prazos pré-estabelecidos pela SES seguindo o Decreto Estadual 10.466, de 14 de Maio de 2024.
- Responsáveis: Responsável pelo SAU, equipe de atendimento, gestor da unidade.
- Recursos: Sistema de gerenciamento de atendimento, todas as demandas serão registradas no sistema OuvidorSUS, equipe treinada.

Tratativa das manifestações

- Ação: O usuário realiza seu elogio, reclamação, denuncia ou sugestão, e em seguida as manifestações serão encaminhadas para o setor responsável que irá analisar e propor ações de melhoria para o serviço prestado.

O setor responsável irá ainda, buscar solução para o problema, e assim que finalizada a manifestação o usuário irá receber o parecer da área responsável com as medidas tomadas.

- Responsáveis: Responsável pela ouvidoria, gestor da unidade e responsável pela área inerente a queixa.
- Recursos: Sistema OuvidorSUS e e-mails.

Monitoramento e Avaliação

- Ação: Implantar indicadores de desempenho já estabelecidos pela SES para monitorar a qualidade e a eficácia do SAU, como Taxa global de Satisfação; Taxa de Satisfação do Usuário; Reclamações recebidas; Resolução de Queixas; Tempo Médio de Respostas das Demandas. Revisar e aprimorar os processos periodicamente.

Executar anualmente uma auditoria independente, para que a mesma ateste a confiabilidade da Pesquisa de Satisfação aplicada pela unidade através do Serviço de Atendimento ao

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Usuário/Ouvidoria. Após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada

- Responsáveis: Responsável SAU, gestor da unidade e equipe de monitoramento.
- Recursos: Ferramentas de avaliação (ouvidorSUS), pesquisas de satisfação, relatórios de desempenho, registro dos indicadores e atividades no Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS) da SES.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Implantação do SAU	x											
Diagnóstico e definição das necessidades	x											
Definição do modelo de atendimento	x											
Infraestrutura	x											
Capacitação da equipe	x											
Comunicação e Divulgação do Serviço		x										
Implantação do Serviço		x										
Tratativa das manifestações		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento e Avaliação		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Tabela 65 - Cronograma de execução

INDICADORES DE DESEMPENHO ESTABELECIDOS PELA SES

- Taxa global de Satisfação;
- Taxa de Satisfação do Usuário;
- Reclamações recebidas;
- Resolução de Queixas;
- Tempo Médio de Respostas das Demandas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ORÇAMENTO

CUSTOS COM OUVIDOR	VALOR
SALÁRIO BASE	R$ 2.248,96
INSALUBRIDADE	R$ 282,40
ENCARGOS SOCIAIS	R$ 721,44
PROV. DÉCIMO TERCEIRO	R$ 210,95
PROV. FÉRIAS	R$ 70,32
FGTS	R$ 202,51
TOTAL	**R$ 3.736,57**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) será um importante canal de comunicação entre a instituição e seus usuários, promovendo a resolução de problemas de forma rápida e eficiente, além de atuar como uma ferramenta de melhoria contínua na qualidade dos serviços prestados. O sucesso do SAU dependerá da estrutura tecnológica adequada, da capacitação da equipe e do monitoramento constante dos indicadores de desempenho.

2.2.1.2.2 Proposta de implantação da ouvidoria sus vinculada à secretaria de estado da saúde, com pesquisa de satisfação.

DEFINIÇÃO

A Ouvidoria é um canal democrático de comunicação entre o usuário e o gestor destinado a esclarecer dúvidas, receber elogios, sugestões, informações, reclamações e denúncias dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que permite à Secretaria do Estado da Saúde melhorar a qualidade do atendimento prestado ao usuário.

É papel da Ouvidoria efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda, e o retorno ao usuário, com o objetivo de propiciar uma resposta adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

O serviço de ouvidoria da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis cumprirá com as regras e diretrizes do Decreto Estadual 10.466, de 14 de Maio de 2024, que dispõe sobre a atividade e a estrutura de ouvidoria no Poder Executivo do Estado de Goiás.

JUSTIFICATIVA

A Ouvidoria é um serviço de extrema importância para promover a transparência, a escuta ativa e a mediação entre a instituição e seus usuários, garantindo a resolução de problemas e o atendimento eficaz de reclamações, sugestões, denúncias e elogios. Além de melhorar o relacionamento com os usuários, a Ouvidoria atua como ferramenta de controle interno, permitindo à organização monitorar seus serviços e implementar melhorias com base nas demandas recebidas.

OBJETIVO

A implantação da ouvidoria na Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis tem como principal objetivo atuar na mediação de conflitos entre o usuário e a instituição, fundamentando a sua atividade nos princípios da ética, eficiência, sigilo, boa-fé, isenção, contraditório e transparência nas relações entre o Estado e a sociedade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Receber, registrar, analisar e responder de forma eficiente às manifestações dos usuários;
- Garantir que as demandas sejam tratadas de forma imparcial, com transparência e sigilo;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Fornecer subsídios para a gestão da instituição, promovendo melhorias com base nas manifestações recebidas;
- Propor soluções e melhorias contínuas nos processos internos com base nos feedbacks dos usuários;
- Acompanhar e monitorar a satisfação dos usuários.

PLANO DE TRABALHO ETAPAS DO PROJETO

Diagnóstico e Planejamento Inicial

- Ação: Levantar as necessidades da organização e dos usuários, entendendo os fluxos de atendimento atuais e os principais problemas ou gargalos que a Ouvidoria poderá resolver.
- Responsáveis: Gestor da unidade e responsável pelo serviço de ouvidoria.
- Recursos: Análise de processos internos, entrevistas com funcionários e usuários.

Definição de Estrutura e Canais de Atendimento

- Ação: Definir a estrutura da Ouvidoria, ambiente de fácil acesso reservado e aconchegante, estabelecer os canais de atendimento (presencial, telefônico, formulários de satisfação, caixa de pesquisa de satifação, e-mail), e determinar o fluxo de trabalho para o recebimento, classificação e tratamento das manifestações.
- Responsáveis: Gestor da unidade e responsável pelo serviço de ouvidoria, equipe de comunicação.
- Recursos: Reuniões de planejamento, definições de recursos físicos e tecnológicos.

Regulamento e Normas da Ouvidoria

Ação: Ouvidoria cumprirá com as normas e rotinas estabelecidas no Decreto Estadual 10.466, de 14 de Maio de 2024 e normas da Secretaria de Estado da Saúde -SES, que dispõe sobre a atividade e a estrutura de ouvidoria no Poder Executivo do Estado de Goiás, como instruções para conduzir as manifestações, prazos para resposta, indicadores, classificação das manifestações (reclamações, sugestões, denúncias, elogios), além de garantir o sigilo das informações, quando necessário.

- Responsáveis: Gestor da unidade e responsável pelo serviço de ouvidoria.
- Recursos: Normas e rotinas da Secretaria de Estado da Saúde -SES e Decreto Estadual 10.466, de 14 de Maio de 2024.

Capacitação da Equipe de Ouvidoria

- Ação: Selecionar e treinar a equipe responsável pela Ouvidoria, garantindo que os profissionais possuam habilidades de comunicação, mediação de conflitos, resolução de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

problemas e sigilo ético. O ouvidor (pessoa selecionada) participará de capacitações e treinamentos da SES.

- Responsáveis: Recursos Humanos e gestor da unidade.
- Recursos: Instrutores, materiais de capacitação, manuais de atendimento e capacitações da SES.

Implementação da Tecnologia

- Ação: Implantar sistemas de gerenciamento de atendimentos para registrar, acompanhar e gerar relatórios das manifestações recebidas, além de garantir a integração dos canais (telefone, site, e-mail, presencial) em uma plataforma única, sistema OuvidorSUS e registro dos indicadores e atividades no Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS) da SES.
- Responsáveis: Responsável pela ouvidoria, gestor da unidade.
- Recursos: Sistemas de gestão da ouvidoria OuvidorSUS e SIGUS

Comunicação e Divulgação da Ouvidoria

- Ação: Realizar uma campanha de comunicação interna e externa, informando aos colaboradores e aos usuários sobre a criação da Ouvidoria, seus objetivos e os canais disponíveis para contato.
- Responsáveis: Equipe de comunicação, marketing e responsável pela ouvidoria.
- Recursos: Materiais gráficos, redes sociais, site, e-mails, palestras informativas.

Início das Operações da Ouvidoria

- Ação: Implementar oficialmente o serviço de Ouvidoria, com todos os canais de atendimento em funcionamento, e começar a receber, registrar e tratar as manifestações dos usuários.
- Responsáveis: Equipe de Ouvidoria.
- Recursos: Sistema de ouvidoria, equipe capacitada.

Monitoramento e Avaliação Contínua

- Ação: Gerenciar os indicadores estabelecidos pela SES para monitorar o desempenho da Ouvidoria, como Taxa global de Satisfação; Taxa de Satisfação do Usuário; Reclamações recebidas; Resolução de Queixas; Tempo Médio de Respostas das Demandas, disponibilizar os dados no SIGUS e gerar relatórios periódicos para a alta gestão.
- Responsáveis: Equipe da Ouvidoria, gestor da unidade.
- Recursos: Ferramentas de avaliação e monitoramento, pesquisas de satisfação, relatórios gerenciais.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Implantação da ouvidoria	x											
Diagnóstico e planejamento	x											
Definição da estrutura e canais de atendimento	x											
Regulamento e normas da ouvidoria	x											
Capacitação da equipe	x											
Implantação da tecnologia	x											
Comunicação e divulgação		x										
Início das operações		x										
Monitoramento e Avaliação		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Tabela 66 - Cronograma de execução

INDICADORES DE DESEMPENHO ESTABELECIDOS PELA SES

- Taxa global de Satisfação;
- Taxa de Satisfação do Usuário;
- Reclamações recebidas;
- Resolução de Queixas;
- Tempo Médio de Respostas das Demandas.

CUSTOS COM OUVIDOR	VALOR
SALÁRIO BASE	R$ 2.248,96
INSALUBRIDADE	R$ 282,40
ENCARGOS SOCIAIS	R$ 721,44
PROV. DÉCIMO TERCEIRO	R$ 210,95
PROV. FÉRIAS	R$ 70,32
FGTS	R$ 202,51
TOTAL	**R$ 3.736,57**

DESENVOLVIMENTO DO SERVIÇO DA OUVIDORIA

Tipos de Manifestações:

- Elogio: Satisfação ou agradecimento por atendimento prestado por um serviço do SUS.
- Informação: Comunicação verbal ou escrita na qual o manifestante faz questionamento a respeito do sistema de saúde ou sobre a assistência a saúde.
- Pedido de informação: Solicitação de informação, baseada na lei de acesso a informação.
- Dúvidas: Dúvidas referente ao Sistema único de Saúde (SUS) e ações e programas de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES-GO).
- Sugestão: Sugestões de ações e campanhas de saúde/ SUS.
- Solicitação: Relato que indica insatisfação necessariamente contendo requerimento de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde/Sus. Não pode ser anônima ou sigilosa
- Reclamação: Relato de insatisfação em relação às ações e aos serviços de saúde, sem conteúdo a requerimento.
- Denúncia: Comunicação de irregularidades ou indício na administração ou atendimento por entidade pública de Saúde / SUS.
- Disseminação: Informação da base de conhecimento que foi disseminada no momento de atendimento.

Canais de Atendimento da Ouvidoria da Policlínica

A Policlínica contará com setor de ouvidoria, com ambiente apropriado para acolher o usuário quando o mesmo desejar registrar uma reclamação, denuncia, sugestão, dúvidas, elogio ou

solicitação, os registros também poderão ser efetuados através de whatsapp, telefone, e-mail, caixinhas de sugestão disponibilizadas em todos os setores do hospital.

Diariamente o responsável pela ouvidoria passará nos setores de atendimento ao usuário como sala de hemodiálise, Serviço de Apoio Diagnostico e Terapêutico - SADT, ambulatório médico e não médico, farmácia ambulatorial para dispensação, aplicando o formulário de pesquisa de satisfação por tipo de atendimento, serão aplicados após os atendimentos de egressos / retornos, consultas eletivas, exames, sessão de hemodiálise, após o registro das manifestações serão inseridas no sistema OuvidorSUS.

Outros canais de Atendimento da Ouvidoria do SUS / SES-GO

- Telefone: 0800 643 3700
- Ramal interna do setor de ouvidoria
- E-mail: ouvidoria.saude@goias.gov.br
- Presencialmente: Av. República do Líbano nº 1875, 2º andar, Edifício Vera Lúcia, no Setor Oeste, em Goiânia (atendimento de segunda a sexta, das 07h às 18h).
- Via Web: OuvidorSus

Os registros realizados em outros canais da ouvidoria, serão direcionados para ouvidoria da Policlínica através do sistema OuvidorSUS.

Ações Interna do setor de ouvidoria da Policlínica

Após o registro das manifestações, serão inseridos no sistema ouvidorSUS, as demandas podem ser registradas anônimas ou sigilosas, quando não for anônimo é inserido os dados do usuário, direciona para a área responsável pelo parecer, também é encaminhado para o gestor e diretoria da área responsável via e-mail.

Lançar no sistema OuvidorSUS a disseminação de informações, trata-se de esclarecimentos de dúvidas sobre rotinas e normas da instituição, que são realizadas via telefone, whatsapp, e-mail ou pessoalmente.

➢ Ações para conduzir reclamação ou denúncia:

- O setor de ouvidoria da Policlinica, encaminhará a demanda via e-mail ao gestor responsável pelo setor inerente a reclamação com cópia para diretoria;

- O gestor apurará os fatos, ouvindo os envolvidos e avaliando a situação, para tomar uma conduta assertiva;

- O gestor conduzirá com sabedoria agindo com empatia, sinceridade e clareza, primeiramente pedindo desculpas pelo transtorno ocorrido, verificando as necessidades e preferencias do paciente / usuário e oferecer solução para o problema gerado, agradecer o registro da reclamação, pois contribuem para as buscar constantes de melhorias, o responsável pelo setor

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

deverá registrar esta ação no formulário de resposta da ouvidoria, com validação e ciência da diretoria da área e posteriormente encaminhar para o setor de ouvidoria interno da Policlínica.

- O gestor fará uma orientação verbal com registro em ata de orientação aos colaboradores envolvidos, e compartilhará com outros departamentos sem expor os envolvidos, a fim de impedir que o problema se torne a repetir, prezando por um atendimento de qualidade, humanizado e faze-los refletir que o usuário ou acompanhante se encontram em momento de fragilidade, sendo necessário acolhe-los, agir com empatia, aborda-los com educação, clareza, comunicar de maneira não violenta, perguntar ao usuário quais são suas necessidades e oferecer solução para o problema .
- O setor de ouvidoria responderá a denúncia no OuvidorSUS com ações realizadas pelo gestor da área dentro do prazo máximo de 20 dias, não ultrapassando o último dia do mês vigente (todas as demandas serão respondidas dentro do mês de registro da manifestação).
- O responsável pela ouvidoria entrará em contato pessoalmente, via telefone ou e-mail com o usuário dando-lhe uma posição da resolutividade do seu registro e aplicará a Pesquisa de Satisfação do Serviço da Ouvidoria.

➢ Ação para conduzir elogios:

- O elogio sempre identificado, será encaminhado para o conhecimento do respectivo servidor publico que prestou o atendimento e para seu chefe imediato, que irá avaliar se a conduta deve receber publicidade interna para estimular boas práticas.
- A resposta conterá a cientificação do servidor publico elogiado através da assinatura no caderno de protocolo ou foto que serão inseridos no ouvidorSUS.
- O elogio anónimo será arquivado.
- O setor de ouvidoria do Policlínica, registrará o elogio no sistema OuvidorSUS e encaminhará o elogio via e-mail ao gestor responsável pelo setor inerente ao elogio com cópia para diretoria;
- Os colaboradores elogiados serão destaques no mural de Elogiados do Mês, será utilizado a foto do colaborador e nome, também estarão em destaque no site, redes sociais e intranet do IPGSE;
- Os elogiados receberam os parabéns pelo gestor da área e diretoria, será entregue um chocolate com a cópia do elogio e participaram do sorteio de brindes dos elogiados do mês.

Fazer o ranking trimestral dos colaboradores mais elogiados do período e destacá-los no mural.

<u>Monitoramentos e avaliação do serviço de ouvidoria</u>

O responsável pela ouvidoria alimentará os indicadores no Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), trimestralmente (Janeiro, Abril, Julho e Outubro), será solicitado para ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde /SES-GO, via e-mail, os registros do banco de dados para inserção dos mesmos no SIGUS, tais como: Número de Manifestações Registradas no Sistema OuvidorSUS; Percentual de Manifestações da Unidade de Saúde, Percentual de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Manifestações Queixosas Recebidas no Sistema OuvidorSUS; Número de Atendimentos Registrados no OuvidorSUS; Percentual de Satisfação do usuário (com serviço da ouvidoria).

Após a inserção dos dados no SIGUS, será emitido um relatório de desempenho ilustrativo com gráficos dos indicadores e encaminhado via e-mail para ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde /SES-GO.

A satisfação dos usuários referente ao atendimento na Policlínica serão mensurados e monitorados através de indicadores no Sistema de Gestão da Qualidade, serão alimentados mensalmente, realizando análise crítica e elaboração do plano de ação para os indicadores que se encontrarem com resultados críticos, indicadores: Taxa global de Satisfação; Taxa de Satisfação do Usuário; Reclamações recebidas; Resolução de Queixas; Tempo Médio de Respostas das Demandas da Ouvidoria; Taxa de Pesquisa Aplicada.

É realizado relatório mensal das atividades desempenhadas pelo setor de ouvidoria e disponibilizados para avaliação da diretoria.

A ouvidoria da Policlínica será ativa com disponibilização de dados de desempenho e atividades via site e redes sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, o relatório e os indicadores servem de termômetro para medir o nível de satisfação dos usuários atendidos na policlínica, bem como contribuir com planos de ações em busca de melhorias contínuas.

2.2.1.2.3 Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores.

INTRODUÇÃO

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste, localizada em Quirinópolis, desempenha um papel fundamental na saúde da população, atendendo 28 municípios e oferecendo diversas especialidades médicas, incluindo hemodiálise em três turnos. A diversidade de localidades atendidas e a complexidade dos serviços prestados demandam não apenas excelência técnica, mas também um acolhimento humanizado que considere as necessidades dos usuários, acompanhantes e colaboradores. O acolhimento adequado é essencial para promover o bem-estar, reduzir a ansiedade e melhorar a experiência de todos que frequentam a unidade.

OBJETIVO

O objetivo deste documento é apresentar propostas de acolhimento para usuários e acompanhantes durante os atendimentos na Policlínica, com foco especial naqueles que residem em localidades diversas. Além disso, busca-se criar estratégias de suporte para os colaboradores, promovendo um ambiente de trabalho positivo e produtivo.

PROPOSTA DE FORMAS DE ACOLHIMENTO PARA USUÁRIOS E ACOMPANHANTES

O acolhimento aos usuários e acompanhantes na Policlínica Estadual da Região Sudoeste, especialmente para aqueles que residem em localidades diversas, deve ser pensada de forma integral, levando em consideração o contexto social, emocional e físico em que esses indivíduos se encontram. Aqui estão propostas detalhadas para um acolhimento efetivo:

Infraestrutura e Ambiente Acolhedor

A primeira etapa para um acolhimento efetivo é a criação de um ambiente confortável. A sala de espera será ampla e equipada com poltronas confortáveis, mesas de apoio e acesso a Wi-Fi gratuito, além de áreas de leitura com revistas e livros. A decoração incluirá cores suaves e elementos naturais, como plantas, para tornar o espaço mais agradável e acolhedor.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Orientação e Recepção

Toda a equipe da unidade desempenha um papel crucial nesse contexto. A equipe deve estar devidamente treinada, desde a guarita ao atendimento final, para recepcionar pacientes e acompanhantes, proporcionando informações claras sobre os serviços, horários e procedimentos. Além disso, a criação de guias visuais e materiais informativos ajudará a orientar os usuários de forma eficaz.

Suporte Emocional e Psicológico

O suporte emocional é essencial para pacientes e acompanhantes, que muitas vezes enfrentam momentos de vulnerabilidade. A disponibilização de psicólogos ou assistentes sociais na unidade permitirá que esses indivíduos recebam orientação e apoio durante o tratamento. Além disso, propomos a criação de grupos de apoio, onde pacientes e acompanhantes possam compartilhar experiências e estratégias de enfrentamento, será uma fonte valiosa de suporte.

Alimentação e Conforto

O IPGSE, propõe criar um espaço para alimentação aconchegante para que pacientes e acompanhantes , que vem de longas distâncias para atendimento, possam se alimentar. Espaços de descanso para acompanhantes, equipados com poltronas reclináveis, também serão fundamentais para garantir conforto durante as longas horas de espera.

Atividades Recreativas e Culturais

Promover o bem-estar dos usuários e acompanhantes pode ser alcançado através de atividades recreativas. Organizar oficinas de arte, música ou yoga contribuirá para o alívio da ansiedade e para a socialização. Eventos culturais, como apresentações musicais e sessões de cinema, também podem fortalecer o sentimento de comunidade e oferecer um espaço para interação social.

Feedback e Melhoria Contínua

Por fim, a implementação de um sistema de sugestões permitirá que usuários e acompanhantes compartilhem suas experiências e contribuam com ideias para melhorias. Pesquisas de satisfação após os atendimentos podem identificar áreas que necessitam de ajustes, garantindo que as necessidades dos pacientes sejam sempre atendidas.

Ao integrar cuidados técnicos e suporte emocional, a Policlínica se posiciona como um

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ambiente que respeita e valoriza a dignidade de cada paciente, promovendo a saúde e o bem-estar integral de todos, sendo exemplo de cuidado e suporte à saúde integral na região.

Proposta de formas de acolhimento para usuários e acompanhantes do serviço de hemodiálise e diálise peritonial

A hemodiálise é um tratamento essencial para pacientes com insuficiência renal, exigindo sessões frequentes e prolongadas. Em uma unidade como a Policlínica Estadual da Região Sudoeste, onde o serviço é realizado em três turnos, o acolhimento adequado para esses pacientes e seus acompanhantes é crucial, sendo fundamental implementar uma série de ações que garantam conforto, apoio emocional e um ambiente propício para a recuperação e bem-estar dos pacientes e seus acompanhantes. A seguir, são apresentadas propostas específicas para melhorar a experiência durante o tratamento de hemodiálise.

Ambiente Aconchegante

Um dos primeiros passos para um acolhimento eficaz é a criação de um ambiente acolhedor na sala de hemodiálise. Isso envolve a utilização de cadeiras reclináveis e climatização adequada para proporcionar conforto durante as longas sessões de tratamento. A decoração será leve e agradável, utilizando cores suaves para minimizar a sensação de um ambiente hospitalar. Além disso, as telas que exibam informações úteis e entretenimento ajudarão a distrair os pacientes durante o tratamento.

Apoio ao Paciente e Acompanhantes

A recepção e orientação são essenciais para que pacientes e acompanhantes se sintam seguros e bem-informados. A equipe do setor, será treinada em comunicação empática, e estará disponível para fornecer informações sobre o processo de hemodiálise ou diálise peritonial, esclarecendo dúvidas e preocupações. A criação de um espaço separado para acompanhantes, equipado com poltronas confortáveis, acesso à internet e materiais de leitura, permitirá que eles aguardem com tranquilidade enquanto os pacientes estão em tratamento.

Transporte Acessível

Para garantir que todos tenham acesso ao tratamento, continuaremos disponibilizando um serviço de transporte gratuito para pacientes e acompanhantes que vêm de localidades distantes, utilizando vans ou micro-ônibus.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Suporte Emocional

O tratamento de hemodiálise é uma experiência emocionalmente desgastante. Portanto, é essencial disponibilizar apoio psicológico. Profissionais capacitados estarão à disposição para atender pacientes e acompanhantes, ajudando-os a lidar com a ansiedade e o estresse relacionados ao tratamento. Propomos também, a formação de grupos de apoio, onde os participantes possam compartilhar experiências e encontrar conforto em relatos semelhantes.

Alimentação e Conforto

A nutrição é um aspecto importante para pacientes em hemodiálise. O serviço contará com suporte nutricional balanceado, com lanches reforçados e avaliados pela equipe de nutrição da unidade de forma gratuita aos usuários. Espaços de descanso adequados para acompanhantes também deverão ser criados, permitindo que eles se recuperem durante as longas horas de espera.

Atividades Recreativas

A promoção do bem-estar pode ser alcançada por meio de atividades recreativas. A organização de oficinas de arte, com pintura, desenho, artesanato, música ou playlist personalizadas, etc proporcionará aos pacientes e acompanhantes momentos de descontração e socialização, aliviando a ansiedade associada ao tratamento. Propomos oferecer sessões de alongamento suave para ajudar a aliviar a tensão e o desconforto durante a hemodiálise, promovendo o relaxamento, além da criação de espaços para discussões sobre temas variados, como saúde, hobbies ou experiências de vida, incentivando a troca de experiências entre os pacientes.

Além disso, organizaremos dinâmicas de grupo, como quizzes ou bingo, que promovam a interação e o espírito de equipe e convidaremos voluntários ou profissionais para lerem livros ou contos em voz alta, proporcionando entretenimento e relaxamento.

Feedback e Melhoria Contínua

Para assegurar que as necessidades dos pacientes sejam sempre atendidas, implantaremos um sistema de feedback. Questionários de satisfação serão aplicados após as sessões de hemodiálise, permitindo que usuários e acompanhantes compartilhem suas experiências e sugestões. Essa prática contribuirá para a melhoria contínua dos serviços oferecidos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Proposta de formas de acolhimento para colaboradores

A valorização dos colaboradores é essencial para garantir um ambiente de trabalho saudável e produtivo. Implementar estratégias de acolhimento para a equipe não só aumenta a satisfação no trabalho, mas também melhora a qualidade do atendimento prestado aos pacientes. A seguir, apresentamos uma série de propostas que visam proporcionar suporte e acolhimento aos colaboradores.

Ambiente de Trabalho Aconchegante

Criar um ambiente de trabalho confortável é fundamental. Isso pode ser alcançado através da implementação de espaços de descanso equipados com poltronas confortáveis, mesas de apoio e acesso a café e chá. A decoração do local também deve ser cuidadosa, com móveis ergonômicos e uma estética agradável que promova o bem-estar. Essas medidas ajudarão a melhorar o clima organizacional e a satisfação dos colaboradores.

Capacitação e Desenvolvimento Profissional

Investir no desenvolvimento profissional dos colaboradores é uma forma eficaz de acolhimento. Oferecer treinamentos regulares sobre temas como acolhimento humanizado e manejo do estresse demonstra que a instituição valoriza a capacitação da equipe. Além disso, implementar programas de mentoria, onde colaboradores mais experientes possam orientar novos integrantes, facilitará a integração e o aprendizado contínuo.

Apoio Emocional e Psicológico

O suporte emocional é crucial, especialmente em ambientes de saúde. A criação de grupos de apoio proporcionará um ambiente de troca de experiências, onde os colaboradores se sintam compreendidos e apoiados.

Reconhecimento e Valorização

Reconhecer o esforço e a dedicação dos colaboradores é fundamental para a motivação e a satisfação no trabalho. Implementaremos programas de reconhecimento, como o "Funcionário do Mês", e estabeleceremos uma cultura de feedback positivo, onde as conquistas sejam celebradas, ajudando a construir um ambiente mais positivo e motivador.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Flexibilidade e Equilíbrio Trabalho-Vida Pessoal

Oferecer horários flexíveis e promover o equilíbrio entre vida pessoal e profissional são práticas que beneficiam tanto os colaboradores quanto a instituição. Além disso, programas de bem-estar, como meditação, alongamento, incentivará os colaboradores a cuidarem da sua saúde física e mental, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Comunicação Aberta e Transparente

Estabelecer uma comunicação aberta e transparente é fundamental para criar um ambiente de confiança. Reuniões regulares para discutir questões relevantes e ouvir sugestões dos colaboradores ajudam a manter todos informados e engajados. Propomos a implementação de uma caixa de sugestões, onde os colaboradores possam deixar suas ideias, sendo uma estratégia eficaz para promover a participação e a melhoria contínua.

Integração e Trabalho em Equipe

Promover a integração entre os colaboradores é vital para um bom ambiente de trabalho. Organizar eventos sociais, como confraternizações e almoços em equipe, contribui para fortalecer os laços entre os integrantes da equipe. Dinâmicas de grupo e atividades em equipe também ajudarão a fomentar a colaboração e a construção de um ambiente mais harmonioso.

Com essas estratégias de acolhimento, podemos criar um ambiente de trabalho mais positivo e motivador para nossos colaboradores.

A interconexão entre os cuidados oferecidos aos usuários, acompanhantes e colaboradores resulta em um ciclo positivo: quando os colaboradores se sentem bem e valorizados, isso se reflete no atendimento que prestam. Um ambiente de acolhimento integral beneficia não apenas a qualidade do serviço de saúde, mas também a experiência de todos os envolvidos, promovendo um cuidado mais humanizado e eficaz.

Assim, ao priorizar o acolhimento e a valorização de todos os participantes do processo de saúde, a Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis, pode se consolidar como um modelo de excelência em atendimento, contribuindo para a saúde e o bem-estar da comunidade que atende.

REFERÊNCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

FREITAS, M. I.; ALMEIDA, M. A. (2018). Cuidado humanizado: desafios e perspectivas na prática

da saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(1), 1-3.

PEREIRA, A. C.; FERNANDES, A. C. (2019). Grupos de apoio em saúde: uma abordagem integrativa. São Paulo: Editora Abril.

RIBEIRO, R. M.; OLIVEIRA, R. S. (2017). Acolhimento e humanização na saúde: reflexões e práticas. Caderno de Saúde Pública, 33(3), 569-576.

SILVA, L. C.; COSTA, R. A. (2021). Aspectos sociais e emocionais da hemodiálise: uma revisão da literatura. Revista de Enfermagem da UFMG, 29, e3851.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

2.2.1.2.4 Plano / projeto para implantação do sistema de contra referência a atenção primária da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Para implantar um sistema de contrarreferência na Atenção Primária da Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis, é essencial desenvolver um plano estruturado que considere as necessidades locais e a integração dos serviços de saúde.

PLANO DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE CONTRARREFERÊNCIA DA POLICLÍNICA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Introdução

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde é essencial para garantir a continuidade do cuidado ao paciente. O IPGSE, propõe a implantação de um sistema de contrarreferência que assegure que os pacientes atendidos na Policlínica retornem à Atenção Primária, facilitando o seguimento e o tratamento contínuo. Este plano detalha as estratégias e ferramentas necessárias para a implementação eficaz desse sistema.

Objetivos do Projeto

- Melhorar a Continuidade do Cuidado: Garantir que os pacientes que recebem atendimento na Policlínica sejam acompanhados na Atenção Primária após a conclusão de seus tratamentos.
- Aprimorar a Comunicação: Estabelecer um fluxo de informações eficaz entre as equipes da Policlínica e da Atenção Primária.
- Otimizar o Atendimento: Reduzir reencaminhamentos desnecessários e melhorar a qualidade do cuidado prestado.

Diagnóstico Situacional

O diagnóstico situacional ocorrerá através de levantamento de dados. No primeiro momento, será mapeado o número de pacientes que são encaminhados da Policlínica para a Atenção Primária e o número que retorna.

Posteriormente será realizado a identificação das condições de saúde mais frequentemente tratadas na Policlínica. Após esse levantamento, será realizado a identificação de gargalos, como dificuldades na comunicação entre as equipes da Policlínica e da Atenção Primária, ou ausência de um registro sistemático sobre os retornos dos pacientes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Estratégias de Implementação

Como estratégia para implementação do plano/ projeto, inicialmente desenvolveremos protocolo claro para contrarreferência, que inclua as condições que devem ser tratadas na atenção primária após atendimento na Policlínica.

O próximo passo é a capacitação da equipe, através de treinamentos regulares para os profissionais da Policlínica sobre a importância da contrarreferência e o uso de ferramentas de comunicação.

Formulário de Contrarreferência

O formulário de contrarreferência a ser utilizado, é o da " Ficha de Compartilhamento do Cuidado" que se encontra no sistema de gestão hospitalar, conforme apresentado abaixo:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS

Dados do Paciente — Data e Hora

Atendimento		Matrícula SAME	
Paciente		Prontuário	
		Sexo	
Nome Mãe		Estado Civil	SOLTEIRO
Nascimento		Cidade	QUIRINOPOLIS
Idade		Estado	GO
Leito		Profissional	

FICHA DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

DADOS PESSOAIS

CPF: 43476317153 Município de residência: QUIRINOPOLIS

Telefone contato: (64) 984081282 UBS de referência:

HISTÓRIA PREGRESSA E QUEIXA INICIAL

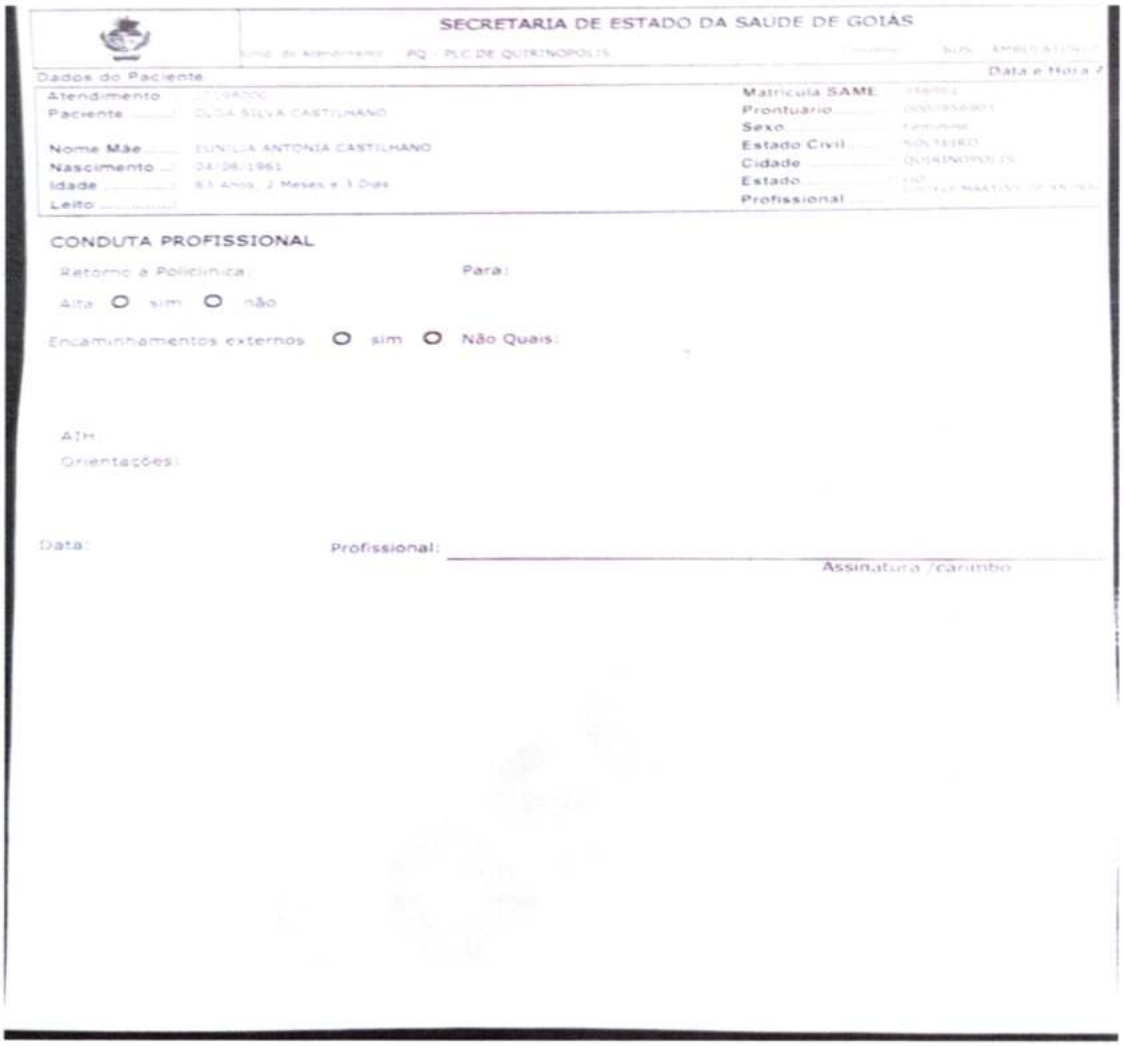
ATENDIMENTOS REALIZADOS

☐ Consulta de Enfermagem ☐ Consulta Farmacêutica ☐ Fisioterapia ☐ Fonoaudiologia ☐ Nutricionis
☐ Serviço Social ☐ Terapia Ocupacional
☐ Práticas Integrativas
☐ Especialidades Médicas

☐ Exames:

QUADRO ATUAL (comorbidades, sintomas persistentes, estado físico e mental.....)

Figura 158 - Ficha de Compartilhamento do Cuidado



SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE GOIÁS

Dados do Paciente

Atendimento
Paciente
Nome Mãe
Nascimento
Idade
Leito

Matrícula SAME
Prontuário
Sexo
Estado Civil
Cidade
Estado
Profissional

CONDUTA PROFISSIONAL

Retorno a Policlínica: Para:

Alta ○ sim ○ não

Encaminhamentos externos ○ sim ○ Não Quais:

AIH:

Orientações:

Data: Profissional:

Assinatura /carimbo

Figura 159 - Ficha de Compartilhamento do Cuidado

Monitoramento e Avaliação

Utilizaremos indicadores de desempenho para monitoramento. São eles:

- Taxa de retorno de pacientes da Policlínica para a Atenção Primária.
- Tempo médio entre o encaminhamento e o retorno.

Além disso, serão realizadas reuniões de avaliação, por meio de encontros periódicos com a equipe da Policlínica e da Atenção Primária para discutir a eficácia do sistema e identificar oportunidades de melhoria.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Cronograma de Implantação

A seguir, apresentamos o cronograma detalhado que guiará a implementação desta proposta:

ETAPA	ATIVIDADES	PRAZO	RESPONSÁVEL
PLANEJAMENTO	Diagnóstico Situacional	1° Mês	Direção da policlínica
	Mapeamento de necessidades		Direção e Coordenações da Policlínica
DESENVOLVIMENTO E CAPACITAÇÃO DA EQUIPE	Desenvolvimento de protocolos	2° Mês	Direção e Coordenações da Policlínica Responsáveis da atenção Primária
	Capacitação da equipe e sensibilização		Direção e Coordenações da Policlínica Responsáveis da atenção Primária
ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	Reunião de avaliação e ajustes e discussão de melhorias	3° mês e contínuo	Direção e Coordenações da Policlínica Responsáveis da atenção Primária

Tabela 67 – Cronograma de implantação

Este cronograma poderá ser ajustado conforme a necessidade. É uma ferramenta essencial para garantir que todas as etapas da implantação do projeto sejam realizadas de forma organizada e eficiente, promovendo um ambiente colaborativo que beneficie a saúde da comunidade.

Fluxo de Contra referência

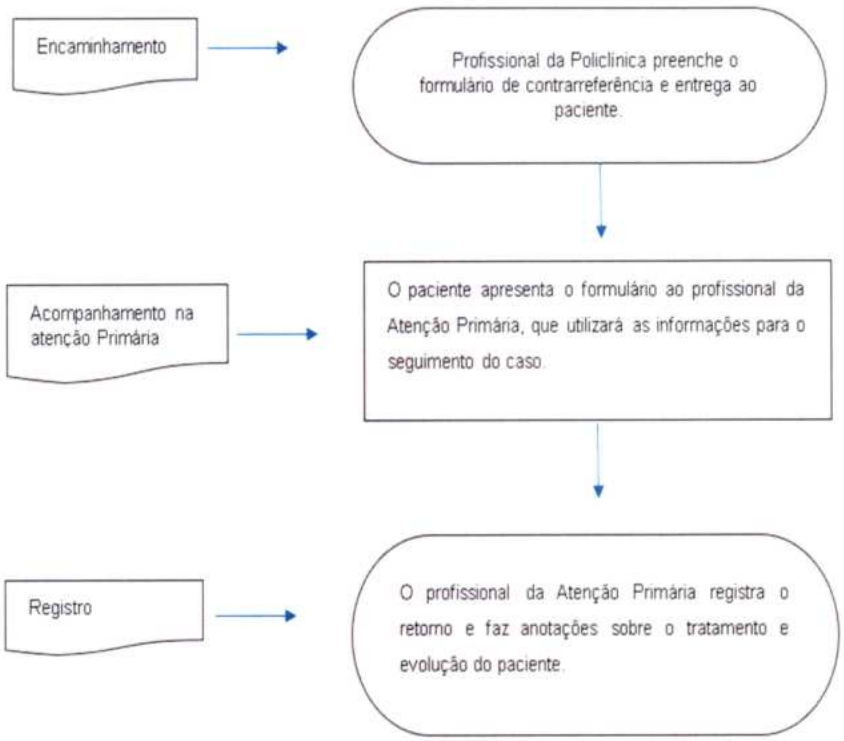


Figura 160 – Fluxo de contra referência

A implantação do sistema de contrarreferência da Policlínica para a Atenção Primária é um passo importante para garantir a continuidade do cuidado e a satisfação dos pacientes. A efetiva comunicação entre as equipes de saúde, aliada a um protocolo claro e a ferramentas adequadas, permitirá um atendimento mais integral e humano, refletindo no aprimoramento da qualidade da saúde na região.

REFERÊNCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C. M., & VASCONCELOS, M. I. (2015). Integração entre a Atenção Primária e a Atenção Especializada: A Experiência da Rede de Atenção à Saúde. *In:* Atenção Primária à Saúde no Brasil: Práticas e Desafios. São Paulo: Editora Hucitec.

CÂMARA, F. L., & FERREIRA, A. A. (2020). A Integração das Redes de Atenção à Saúde: Desafios e Possibilidades. *In:* Redes de Atenção à Saúde: Teoria e Prática. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

SES
Secretaria de Estado da Saúde

GOVERNO DE GOIÁS
O ESTADO QUE DÁ CERTO



FA.3 ÁREA DE ATIVIDADE

IPGSE

980

FA.3 QUALIDADE TÉCNICA

3.1 Experiência Anterior em Gestão de Unidade de Saúde da proponente

3.1.1 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 200 leitos.

O documento pertencente a este item está disposto na página seguinte.

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA NA GESTÃO DE HOSPITAIS COM SERVIÇO AMBULATORIAL POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 200 LEITOS

Ref.: Chamamento Público nº 09/2024

Nos termos do Chamamento Público nº 09/2024, o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados – IPGSE, situado na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, Rio Verde, Goiás, CEP 75.901-140, inscrito no CNPJ nº 18.176.322/0001-51, vem a público, por meio de seu Diretor Presidente, ALUÍSIO PARMEZANI PANCRACIO, brasileiro, casado, engenheiro, portador da Identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP e CPF nº 159.938.598-81, declarar para os devidos fins que esta Organização da Sociedade Civil (OSC) não possui experiência prévia na gestão de hospitais com serviço ambulatorial e com quantidade igual ou superior a 200 leitos.

Tal informação se faz necessária para atender às exigências do referido chamamento público e para elucidar a capacidade operacional do IPGSE no que tange à gestão hospitalar, não havendo no portfólio de nossa instituição a experiência específica nesse critério.

Declara-se, ainda, que o IPGSE segue comprometido com os mais altos padrões de gestão de serviços especializados de saúde e mantém seu foco na melhoria contínua de suas operações, mesmo que sua experiência prévia não contemple a administração de unidades hospitalares com o porte requisitado.

Rio Verde (GO), 08 de outubro de 2024.

Tabelionato

ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO
Diretor Presidente
Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados – IPGSE



CARTÓRIO TEIXEIRA

OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE-GO

EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL

Av. Universitária, Quadra 08, Lote 20 - Jardim Presidente - CEP: 75.908-935 - Rio Verde - Goiás - Fone: 3620 99202-0083 / 3620 99202-0083 / 3620 99202-0083

01022410075643824300965 - Consulte em: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

Reconheço por Semelhança a assinatura de INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTAO DE SERVICOS ESPECIALIZADOS - IPGSE representado por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO. Dou fé. *GAF*F6WJQMXKF-1554887-12* Emolumentos: R$6,67 Fundos Estaduais: R$1,42, ISS: R$0,33

Rio Verde, 09 de outubro de 2024.

Em Testº da Verdade

Kamylla Oliveira Viana-Escrevente notarial

Marília Gabrielle Araújo Cunha
Escrevente Notarial

Registro Civil - Tabelionato de Notas Rio Verde - GO

000983

3.1.2 Experiência da Organização da Sociedade Civil – OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos

Os documentos pertencentes a este item estão dispostos na página seguinte.

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA NA GESTÃO DE HOSPITAIS COM SERVIÇO AMBULATORIAL POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS E INFERIOR A 200 LEITOS

Ref.: Chamamento Público nº 09/2024

Nos termos do Chamamento Público nº 09/2024, o **Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados – IPGSE**, situado na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, Rio Verde, Goiás, CEP 75.901-140, inscrito no CNPJ nº 18.176.322/0001-51, vem a público, por meio de seu Diretor Presidente, **ALUÍSIO PARMEZANI PANCRACIO**, brasileiro, casado, engenheiro, portador da Identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP e CPF nº 159.938.598-81, declarar para os devidos fins que esta Organização da Sociedade Civil (OSC) possui experiência prévia na gestão de hospitais com serviços ambulatoriais e com quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos. Durante o período, foram firmados os seguintes contratos e acordos:

1. Em 23/03/2021, foi firmado o **Contrato de Gestão Emergencial 08/2021**, no qual, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), o **HERSO** (Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado) possuía os seguintes leitos cadastrados:
    - Leitos Cirúrgicos: 53
    - Ortopedia Traumatologia: 35
    - Cirurgia Geral: 18
    - Clínica Geral: 8
    - Leitos Complementares: 25
    - UTI Pediátrica Tipo II: 10
    - Unidade de Isolamento: 5
    - UTI Adulto Tipo II: 10
    - Pediatria Clínica: 8

    Total de leitos: 94
2. No período de maio a setembro de 2021, atendendo à solicitação da SES/GO, foram implementados 10 leitos adicionais de UTI COVID-19 na estrutura do HERSO, conforme demonstrado no Despacho nº 1721/2023, em anexo. À época, segundo o CNES, o hospital possuía os seguintes leitos cadastrados:

Registro Civil e Tabelionato de N
Evandro Antun
Tabelião e Ofici

000985

- Leitos Cirúrgicos: 53
- Ortopedia Traumatologia: 35
- Cirurgia Geral: 18
- Clínica Geral: 8
- Leitos Complementares: 25
- UTI Pediátrica Tipo II: 10
- Unidade de Isolamento: 5
- UTI Adulto Tipo II: 10
- UTI Adulto Tipo II - Síndrome Respiratória Aguda Grave COVID-19: 10
- Pediatria Clínica: 8

Total de leitos: 104

3. Em 05/10/2022, o IPGSE assinou o **Contrato de Gestão Emergencial nº 88/2022**, com vigência até 31/10/2022.
4. Em 01/11/2022, o IPGSE assinou o **1º Termo Aditivo** ao Contrato de Gestão Emergencial nº 88/2022, com vigência até 29/04/2023.
5. Em 30/04/2023, o IPGSE assinou o **2º Termo Aditivo** ao Contrato de Gestão Emergencial nº 88/2022, com vigência até 26/10/2023.
6. Em 05/01/2024, o IPGSE assinou o **3º Termo Aditivo** ao Contrato de Gestão Emergencial nº 88/2022, com vigência até 23/04/2024.
7. Em 30/08/2024, o IPGSE assinou o **Termo de Colaboração nº 101/2024 – SES**, na forma da Lei Federal nº 13.019/2014, conforme o Edital de Chamamento Público nº 04/2023 e seus anexos, com vigência de 36 meses, visando o fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.
8. Em 25/07/2024, o IPGSE assinou o **Termo de Colaboração nº 93/2024 – SES**, com vigência de 180 (cento e oitenta) dias ou até a conclusão do chamamento público, conforme o art. 38 da Lei Federal nº 13.019/2014.

Esta informação é necessária para atender às exigências do referido chamamento público e para esclarecer a capacidade operacional do IPGSE no que se refere à gestão hospitalar com serviço ambulatorial, dentro da faixa de 100 a 200 leitos.

000986

Declara-se, ainda, que o IPGSE está comprometido com os mais altos padrões de gestão de serviços especializados de saúde e continua a investir na melhoria contínua de suas operações, consolidando sua capacidade de administração hospitalar nessa faixa de leitos.

Rio Verde (GO), 08 de outubro de 2024.

Tabelionato

ALUÍSIO PARMEZANI PANCRACIO

Diretor Presidente

Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados – IPGSE


CARTÓRIO TEIXEIRA
OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE - GO
EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL
01022410075643824300966 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por Semelhança a assinatura de INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTAO DE SERVICOS ESPECIALIZADOS - IPGSE representado por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO. Dou fé.
*GAF*F6WH*ND29-241888B-12* Emolumentos: R$6,67 Custas Estaduais: R$1,42 ISS: R$0,33
Rio Verde, 09 de outubro de 2024.
Em Test° da Verdade
Kamylla Oliveira Viana-Escrevente notarial

Marilia Gabrielle Araújo Cunha
Escrevente Notarial
Cartório de Notas Rio Verde GO

...de - GO
...ra
...istro

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

OFÍCIO Nº 49104/2023/SES

Goiânia, 11 de setembro de 2023.

Ao Senhor
Fábio Vilela Matos
Superintendente Administrativo
Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE
Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central
75901-140 Rio Verde/GO
fabio@ipgse.org.br

Assunto: Solicitação atestado de comprovação.

Senhor Superintendente,

Em atenção ao Ofício nº 100/2023 - IPGSE (51136118), por meio do qual o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados solicita atestado, comprovando que durante o período da pandemia do COVID 19, manteve em sua estrutura 10 (dez) leitos UTI COVID Adulto adicionais a sua estrutura física, encaminhamos o Despacho nº 1721/2023/SES/GAE (51404290), de lavra da Gerência de Atenção Especializada, subsidiado pela Subsecretaria de Vigilâncias e Atenção Integral à Saúde desta Pasta, com as informações pertinentes ao pleito em comento.

Assim, em caso de resposta ou nova solicitação referente ao mesmo assunto, favor mencionar o Processo SEI! nº 202300010049167.

Atenciosamente,

000988

ADRIANO SULLIVAN CHAGAS
Chefe de Gabinete

Documento assinado eletronicamente por **ADRIANO SULLIVAN CHAGAS**, **Chefe de Gabinete**, em 12/09/2023, às 14:41, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **51588814** e o código CRC **C5C406A9**.

GABINETE DO SECRETÁRIO
RUA SC 1 299 - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - CEP 74860-270 - GOIÂNIA - GO

Referência: Processo nº 202300010049167 SEI 51588814

000989

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Referência: Processo nº 202300010049167

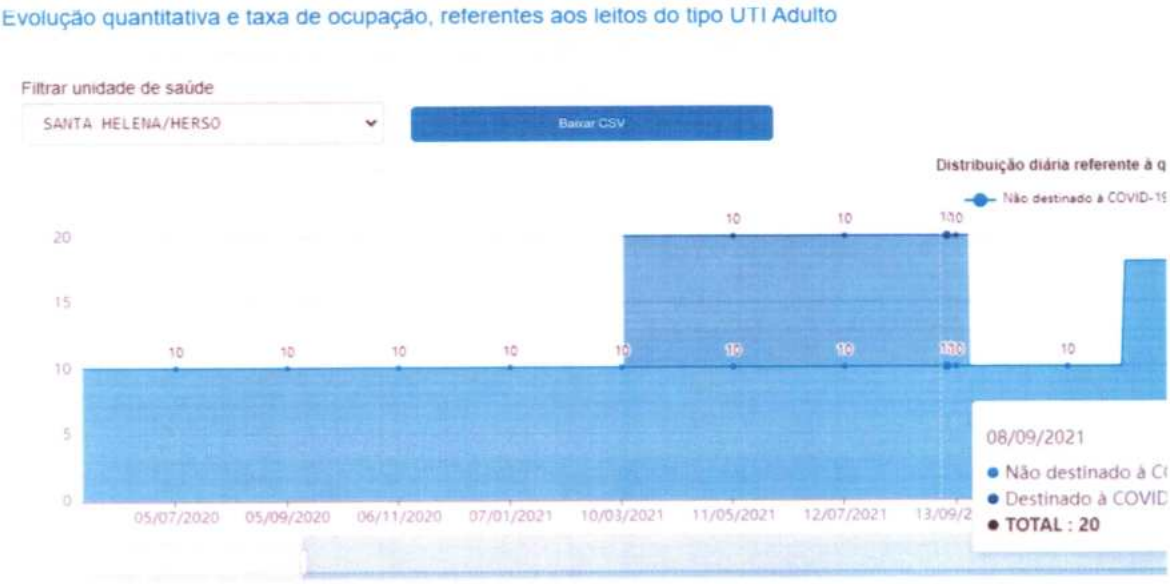
Interessado(a): Instituto de de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados Medicina, Estudos - IPGSE

Assunto: Solicitação de atestado - Contratação de 10 (dez) leitos de UTI COVID Adulto.

DESPACHO Nº 1721/2023/SES/GAE-18347

Versam os autos acerca do Despacho 6992(51143170) da secretaria geral, onde encaminha o Ofício nº 100/2023 - IPGSE (51136118), cujo Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, solicita atestado comprovando que durante o período da pandemia do COVID 19, aquele instituto manteve em sua estrutura 10 (dez) leitos UTI COVID Adulto adicionais a sua estrutura física.

Informamos que de acordo com a situação epidemiológica e os períodos sazonais vivenciado na pandemia de COVID-19 e orientado pelo grupo técnico da coordenação de operações estratégicas para a pandemia de COVID-19- (COE) foram abertos 10 leitos de UTI para atendimentos a pacientes com COVID-19 no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - HERSO, no período de maio a setembro de 2021, conforme mapa de leitos no painel da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, link : https://indicadores.saude.go.gov.br/public/mapadeleitos.html



Ante ao exposto encaminho o processo ao gabinete do secretario para prosseguimento do pleito.

GOIANIA, 04 de setembro de 2023.

TICIANE PEIXOTO NAKAE DA SILVA
Técnica Coordenação Geral de Atenção Hospitalar

DANIELA DA SILVA TEIXEIRA
Coordenadora Geral de Atenção Hospitalar

CAMILA DA CRUZ BRUM E ALENCAR
Gerência de Atenção Especializada

PAULA DOS SANTOS PEREIRA

000990

Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde

LUCIANO DE MOURA CARVALHO

Subsecretário de Vigilância e Atenção Integral à Saúde

Documento assinado eletronicamente por **DANIELA DA SILVA TEIXEIRA**, **Coordenador (a)**, em 04/09/2023, às 14:59, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **TICIANE PEIXOTO NAKAE DA SILVA**, **Técnico (a) em Saúde**, em 04/09/2023, às 14:59, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **CAMILA DA CRUZ BRUM E ALENCAR**, **Gerente**, em 05/09/2023, às 12:49, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **PAULA DOS SANTOS PEREIRA**, **Superintendente**, em 05/09/2023, às 13:21, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **LUCIANO DE MOURA CARVALHO**, **Subsecretário (a)**, em 08/09/2023, às 16:55, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **51404290** e o código CRC **0EC9F1E2**.

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção Especializada da Saúde (SAES)
Departamento de Regulação Assistência e Controle (DRAC)
Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 24/09/2024

CNES: 6665322 Nome Fantasia: HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIAS HERSO CNPJ: --

Nome Empresarial: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: AVENIDA UIRAPURU Número: S/N Complemento: ESQUINA RUA MUTUM

Bairro: PARQUE ISAURA Município: 521930 - SANTA HELENA DE GOIAS UF: GO

CEP: 75920-000 Telefone: (64)3614-9700 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 1

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: UBYRATAN GONZAGA COELHO 10/11/2021

Cadastrado em: 21/12/2010 Atualização na base local: Última atualização Nacional: 14/11/2021

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	5	5
UTI ADULTO - TIPO II	10	10
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	10	10
UTI PEDIATRICA - TIPO II	10	10
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	18	18

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

000992

Ubyratan Gonzaga Coelho
Diretor Geral/Técnico
CRM 9998-GO
HERSO/IPGSE

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	35	35
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	8	8
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	8	8

Data desativação: --

Motivo desativação: --

Ubyratan Gonzaga Coelho
Diretor Geral/Técnico
CRM 9998-GO
HERSO/IPGSE

000993

Art. 2º Exonerar dos correspondentes cargos de provimento em comissão os que neles se acham investidos, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social, e nomear os indicados a seguir para exercê-los:

Nº DE ORDEM	EXONERAR	CARGO	NOMEAR
1	LUIZA RODRIGUES VÍTOR CPF/ME Nº 048.455.915-02	Superintendente de Desenvolvimento, Assistência Social e Inclusão, DAS-4	SILVANA CRUZ FUINI CPF/ME Nº 315.506.221-53
2	-	Gerente de Proteção Social Básica, DAI-1	MÔNICA BARCELOS DA SILVA QUEIROZ CPF/ME Nº 575.719.611-49
3	FLÁVIA CRISTINA OLIVA MEIRELES RESENDE CPF/ME Nº 017.494.091-27	Gerente de Proteção Social Especial, DAI-1	MARCELLO ROSA CPF/ME Nº 008.037.101-94
4	-	Superintendente de Gestão e Controle de Parcerias, Contratações e Transferências, DAS-4	CÁSSIA RODRIGUES DE BESSA CPF/ME Nº 006.064.041-39
5	EDILBERTO ALEXANDRE SILVA MACHADO CPF/ME Nº 615.180.693-04	Superintendente de Gestão Integrada, DAS-4	RITA DE CÁSSIA DIAS BORGES MELO CPF/ME Nº 691.413.631-91
6	THIAGO MENDONÇA VALADÃO CPF/ME Nº 027.124.751-78	Gerente de Compras e Apoio Administrativo, DAI-1	DANIELA HINHUG VILARINHO CPF/ME Nº 002.420.581-83
7	GLEIDSON BERNARDES DE BRITO JÚNIOR CPF/ME Nº 045.111.281-46	Gerente de Execução Orçamentária e Financeira, DAI-1	ANDREA CILENE DE MATTOS CPF/ME Nº 844.804.751-68
8	-	Chefe de Gabinete, DAS-4	CÁSSIO SILVA DE BRITO CPF/ME Nº 664.927.771-15

Art. 3º Exonerar do correspondente cargo de provimento em comissão o que nele se acha investido, da Secretaria de Estado da Administração, e nomear a indicada a seguir para exercê-lo, com lotação na Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social:

Nº DE ORDEM	EXONERAR	CARGO	NOMEAR
1	MARCELLA AIRES RODRIGUES CPF/ME Nº 708.375.891-34	Assessor Especial AE1	CAMILA CAIADO DE CARVALHO MOURA CPF/ME Nº 724.140.571-49

Art. 4º A eficácia dos provimentos estabelecidos pelos artigos 2º e 3º fica condicionada ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião das respectivas posses.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 23 de março de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 223218

Secretaria da Saúde - SES

EXTRATO DO CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL Nº 08/2021-SES/GO (IPGSE/HURSO). Processo nº: 202100010000191. Objeto: formação de parceria com vistas ao gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades do **HOSPITAL DE URGÊNCIA DA REGIÃO SUDOESTE DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HURSO)**, localizado a Avenida Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, CEP: 75.920-000, para atendimento, em regime de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias na semana, ininterruptamente, nos termos do que se encontra detalhado no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 144/2017-SES/GO. **Parceiro Privado:** INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE. **Valor do Contrato:** R$ 29.839.641,06. **Dotação Orçamentária**: 2850.10.302.1043.2149.03.100.90. **Vigência**: Prazo máximo de **180 (cento e oitenta)** dias consecutivos e ininterruptos, contados da outorga do ajuste (23/03/2021), ou por prazo inferior, até a conclusão de novo chamamento público, com observância ao estabelecido no art. 6º-F, inciso I, da Lei Estadual nº 15.503/2005. **Data de assinatura:** 23/03/2021. **Signatários**: Juliana Pereira Diniz Prudente, Procuradora-Geral do Estado; Ismael Alexandrino Junior, Secretário de Estado da Saúde; Eduardo Pereira Ribeiro-INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE.

Protocolo 223207

EXTRATO DO CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL Nº 07/2021-SES/GO (FUNEV/HEELJ). Processo nº: 202100010000187. Objeto: formação de parceria com vistas ao gerenciamento, operacionalização e a execução das atividades do **HOSPITAL ESTADUAL DE PIRENÓPOLIS ERNESTINA LOPES JAIME -HEELJ**, localizado na Rua Pirineu, Q. Área, s.nº, Centro, Pirenópolis-GO, para atendimento, em regime de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias na semana, ininterruptamente, nos termos do que se encontra detalhado no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 004/2014-SES/GO. **Parceiro Privado:** FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA EVANGÉLICA - FUNEV. **Valor do Contrato:** R$ 15.828.185,52. **Dotação Orçamentária**: 2850.10.302.1043.2149.03 .100.90. **Vigência**: 180 (cento e oitenta) dias, contados **a partir da publicação** de seu resumo na imprensa oficial, ou, por prazo inferior, até a conclusão de novo chamamento público. **Data de assinatura:** 22/03/2021. **Signatários**: Juliana Pereira Diniz Prudente, Procuradora-Geral do Estado; Ismael Alexandrino Junior, Secretário de Estado da Saúde; João Pedro dos Santos Pereira - FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA EVANGÉLICA - FUNEV.

Protocolo 223208

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

SECRETARIA DE AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO DO ESTADO DE GOIÁS

AGÊNCIA GOIANA DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA, EXTENSÃO RURAL E PESQUISA AGROPECUÁRIA

AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRONICO Nº 1/2021

Agência Goiana de Assistência Técnica, Extensão Rural e Pesquisa Agropecuária - EMATER, torna público, para conhecimento dos interessados, que realizará licitação na modalidade Pregão na forma Eletrônica, tipo Menor Preço por lote.

Processo: 201812404000652 - Pregão Eletrônico nº 001/2021 - EMATER

Objeto: Contratação de empresas especializadas na execução de atividades para a obtenção do Selo de IG da Banana de Buriti Alegre, conforme estabelecido no Convênio 839679/2016, firmado entre esta EMATER e o MAPA, conforme condições e especificações constantes do Anexo I -Termo de Referência deste Edital.

Valor estimado: R$ 83.063,32 - Fonte de Recurso: 100/Estadual e 290/Federal

Data de início da apresentação das propostas e documentos de habilitação: A partir das 14h do dia 24/03/2021

Data da abertura: 08/04/2021 às 09h, hora oficial de Brasília, no site: www.comprasnet.go.gov.br

Download do Edital: www.comprasnet.go.gov.br e www.emater.go.gov.br

Goiânia-GO, 22 de Março 2021.
TATIANA TEODORO ZOCCOLI
Pregoeira

SECRETARIA DE ESTADO DE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

AVISO DE LICITACAO
PREGAO ELETRONICO Nº 2/2021

A SEMAD informa a realizacao de Pregao (Eletronico), tipo Menor Preco (global), em sessao publica eletronica a partir das 09:00 de 08/04/2021, no site www.comprasnet.go.gov.br, para CONTRATACAO DE CONSULTORIA PESSOA FISICA PARA A ORGANIZACAO DE DADOS PARA A ELABORACAO DAS CONTAS DA AGUA NO ESTADO DE GOIAS: CONTAS DE ATIVOS E TABELA DE RECURSOS E USOS, com recursos do contrato 059/2017/ANA/PROGESTAO II, de acordo com o edital, seus anexos, nos termos da Lei Estadual 17.928/2012, Decretos Estaduais 9.466/2020 e 7.466/2011, Lei Federal 10.520/2002 e 123/2006, Decreto Federal 10.024/2019 e, subsidiariamente, a Lei Federal 8.666/1993. O Edital encontram-se disponivel no site www.comprasnet.go.gov.br e e-mail licitacao.meioambiente@goias.gov.br

Goiania-GO 23 de março de 2021
WILLIAM NEVES PINHEIRO
Pregoeiro

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EXTRATO DE CONTRATO

EXTRATO DO CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL Nº 07/2021-SES/GO(FUNEV/HEELJ).Processo nº: 202100010000187.
Objeto: formação de parceria com vistas ao gerenciamento, operacionalização e a execução das atividades do HOSPITAL ESTADUAL DE PIRENÓPOLIS ERNESTINA LOPES JAIME -HEELJ, localizado na Rua Pirineu, Q. Área, s.nº, Centro, Pirenópolis-GO, para atendimento, em regime de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias na semana, ininterruptamente, nos termos do que se encontra detalhado no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 004/2014-SES/GO.
Parceiro Privado: FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA EVANGÉLICA - FUNEV.
Valor do Contrato: R$ 15.828.185,52.
Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043.2149.03.100.90.
Vigência: 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da publlicação de seu resumo na imprensa oficial, ou, por prazo inferior, até a conclusão de novo chamamento público, com observância ao estabelecido no art. 6º-F, inciso I, da Lei Estadual nº 15.S03/2005. Data de assinatura: 22/03/2021. Signatários: Juliana Pereira Diniz Prudente. PROCURADORA-GERAL DO ESTADO. Ismael Alexandrino Junior. SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE.
João Pedro dos Santos Pereira. FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA EVANGÉLICA - FUNEV.

EXTRATO DE CONTRATO

EXTRATO DO CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL Nº 08/2021-SES/GO (IPGSE/HURSO). Processo nº: 202100010000191.
Objeto: formação de parceria com vistas ao gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades do HOSPITAL DE URGÊNCIA DA REGIÃO SUDOESTE DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HURSO), localizado a Avenida Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, CEP: 75.920-000, para atendimento, em regime de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias na semana, ininterruptamente, nos termos do que se encontra detalhado no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 144/2017-SES/GO.
Parceiro Privado: INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE.
Valor do Contrato: R$ 29.839.641,06.
Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043.2149.03.100.90.
Vigência: Prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos, contados da outorga do ajuste (23/03/2021), ou por prazo inferior, até a conclusão de novo chamamento público, com observância ao estabelecido no art. 6º-F, inciso I, da Lei Estadual nº 15.503/2005. Data de assinatura:23/03/2021.
Signatários: Juliana Pereira Diniz Prudente. PROCURADORA-GERAL DO ESTADO.
Ismael Alexandrino Junior. SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE. Eduardo Pereira Ribeiro. INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE.

AVISO DE DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO

Declaração Nº 34/2021 - CLICIT -09368
RATIFICAÇÃO DA DECLARAÇÃO Nº 33/2021 CLICIT -09368 E DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL

Ratifico a Declaração nº 33/2021 CLICIT - 09368, em conformidade com os documentos que instruem o processo nº 202000010042734,e com assento no Decreto Estadual n.º 9.429/2019, quanto a autorização do Secretário de Estado da Administração para realização de ajustes cujos valores ultrapassem R$500.000,00 (quinhentos mil reais), DECLARO a Dispensa de Chamamento Público para a Contratação Emergencial do INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE - INTS, qualificado como Organização Social de Saúde, no âmbito do Estado de Goiás, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o nº 11.344.038/0018-46, para a formação de parceria com vistas ao gerenciamento, operacionalização e à execução das ações no HOSPITAL REGIONAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS, cuja vigência será contada a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, condicionada a sua eficácia à outorga pela Procuradoria-Geral do Estado, até o dia 02/07/2021, ou até a conclusão de novo chamamento público, o que ocorrer primeiro, com fundamento no art. 24, inciso IV, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e no art. 5º, inc. I, do Decreto nº 9.653, de 19 de abril de 2020, visando a prestação de serviços de saúde conforme as linhas de contratação contidas nas Especificações Técnicas (000017290064): Internação: saídas clínicas, no perfil de síndromes respiratórias agudas e COVID-19; clínicas gerais e cirúrgicos gerais; Cirurgias Programadas; e Atividade ambulatorial: consultas médicas, não médicas e SADT Externo., ao valor mensal de R$ 3.659.980,21 (três milhões, seiscentos e cinquenta e nove mil, novecentos e oitenta reais, e vinte e um centavos), que perfaz o montante global de R$ 21.959.881,26 (vinte e um milhões, novecentos e cinquenta e nove mil, oitocentos e oitenta e um reais, e vinte e seis centavos).

Goiânia-GO, 22 de março de 2021.
ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR
Secretário de Estado da Saúde

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E JUSTIÇA

EXTRATO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 3/2021

Processo nº: 202000016001969. Contratante: Secretaria da Segurança Pública. Contratada: Techbiz Forense Digital Ltda, CNPJ: 05.757.597/0002-18. Objeto: Aquisição de Analisador Forense para dispositivos móveis e portáteis, para a Superintendência de Inteligência Integrada. Recurso: 280/União. Valor total: R$ 284.760,37 (duzentos e oitenta e quatro mil setecentos e sessenta reais e trinta e sete centavos). Fundamentação: caput do Art. 25 da Lei nº 8.666/93. Ratificação: 22/03/2021.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS

AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 4/2021

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 004/2021. PROCESSO Nº 202000020007794. ÓRGÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS - UEG. TIPO: MENOR PREÇO - POR ITEM. DATA E HORÁRIO DE INÍCIO DO RECEBIMENTO DE PROPOSTAS: 24/03/2021 às 9h, através do Portal www.comprasnet.go.gov.br, até o início da sessão pública. DATA DE ABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA: 08/04/2021 às 09:00 h, através do Portal www.comprasnet.go.gov.br. OBJETO: Aquisição de equipamentos de informática com recurso da Emenda Parlamentar da Deputada Federal Flávia Morais para atender à Unidade Universitária de Trindade da Universidade Estadual de Goiás. VALOR MÁXIMO AUTORIZADO: R$ 90.528,00 (noventa mil e quinhentos e vinte e oito reais). DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 2021.3162.12.364.1038.2133.04. NATUREZA DA DESPESA: 4.4.90.52.11. FONTE: 220 e 290. O Instrumento Convocatório e seus Anexos se encontram à disposição dos interessados nos sites www.comprasnet.go.gov.br, www.ueg.br, Sistema Eletrônico de Informações de Goiás - SEI www.sei.goias.gov.br/ (para usuários cadastrados). Informações pelo e-mail: licitacao@ueg.br.

Em, 23 de março de 2021.
TONY VINÍCIUS LEMOS DE LIMA
Coordenador

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO

CASA CIVIL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO

DESPACHO

RATIFICO, o Parecer Jurídico nº 32/2021 - ASSEJUR/UEMA (fls nº 433/443) e AUTORIZO a contratação direta por Dispensa de Licitação, com fundamento no art. 24, inciso XIII da Lei Federal n.º 8.666/93. No valor R$ 2.110.917,60 (dois milhões cento e dez mil novecentos e dezessete reais e sessenta centavos) que tem como objeto a contratação de pessoa jurídica para gerenciamento de atividades administrativas e financeiras relativas aos colaboradores técnicos dos cursos no âmbito do Sistema Universidade Aberta do Brasil, na modalidade de Educação a Distância, referente ao Convênio nº 843502/2017 - UEMA/CAPES, em favor da empresa: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Extensão - FAPEAD, inscrita no CNPJ sob o nº 06.145.017/0001-13.:PROCESSO ADMINISTRATIVO nº 137305/2020 - UNIDADE GESTORA: 240201 - Universidade Estadual do Maranhão -UEMA; UNIDADE ORÇAMENTÁRIA: 24201 - Universidade Estadual do Maranhão - UEMA; FUNÇÃO:12 Educação SUBFUNÇÃO:364 - Ensino Superior PROGRAMA:0177-Ensino de Graduação; AÇÃO; 2118 - Formação de Nível Superior - SUBAÇÃO:16016 - Oferta e Cursos de Graduação -UAB SÃO LUÍS CONVÊNIO Nº 843502/17 NATUREZA DE DESPESA: 33.90.39.05 FONTE:0103.Considerando que foram atendidas as prescrições legais pertinentes, Publiquem-se, para ciência dos interessados observados as normas legais.

São Luís, 17 de março de 2021.
GUSTAVO PEREIRA DA COSTA
Reitor

EMPRESA MARANHENSE DE SERVIÇOS HOSPITALARES-EMSERH

AVISO DE ADIAMENTO

LICITAÇÃO ELETRÔNICA Nº 87/2021 - CSL/EMSERH
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 137.453/2020 - EMSERH
OBJETO: Contratação de empresa para o fornecimento de GÊNEROS SECOS, CARNES, AVES, PEIXES, HORTIFRUTIS, POLPAS, DESCARTAVÉIS, QUIMICOS e MATERIAL DE LIMPEZA, mediante Sistema de Registro de Preços, para atender à demanda do Hospital Regional de Urgência e Emergência de Presidente Dutra, unidade administrada pela EMSERH.
CRITÉRIO DE JULGAMENTO: MENOR PREÇO POR LOTE
DATA DA ABERTURA: anteriormente marcada para às 09h00min (horário de Brasília) do dia 31/03/2021, fica ADIADA para às 09h00min (horário de Brasília) do dia 08/04/2021.
Motivo: Em razão da ERRATA 001 que alterou no Anexo II - Modelo de Proposta de preços na planilha do Lote 05 - o valor unitário do ITEM 09.
Local de Realização: Sistema Licitações-e (www.licitacoes-e.com.br.)
Licitação ID nº 862240
Edital e demais informações estão disponíveis em www.emserh.ma.gov.br e www.licitacoes-e.com.br.
Informações adicionais serão prestadas na CSL/EMSERH localizada, na Av. Borborema, Qd-16, n° 25, Bairro do Calhau, São Luís/MA no horário de 08h00min as 12h00min e das 14h00min as 18h00min de segunda a sexta, pelos e-mails csl@emserh.ma.gov.br e/ou vinicius.boueres@emserh.ma.gov.br ou pelo Telefone (98) 3235-7333.

São Luís (MA), 18 de março de 2021.
VINÍCIUS BOUERES DIOGO FONTES
Agente de Licitação da CSL/EMSERH

AVISO DE LICITAÇÃO

LICITAÇÃO ELETRÔNICA Nº 94/2021 - CSL/EMSERH
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 144.037/2020 - EMSERH
OBJETO: trata-se de Contratação de empresa especializada na prestação de serviços de saúde para atender a demanda da POLICLÍNICA DA VILA LUIZÃO.
CRITÉRIO DE JULGAMENTO: MENOR PREÇO POR ITEM
DATA DA ABERTURA: 19/04/2021 às 09h00min, horário de Brasília.
Local de Realização: Sistema Licitações-e (www.licitacoes-e.com.br.)
Edital e demais informações estão disponíveis em www.emserh.ma.gov.br e www.licitacoes-e.com.br.
Informações adicionais serão prestadas na CSL/EMSERH localizada, na Av. Borborema, Qd-16, n° 25, Bairro do Calhau, São Luís/MA no horário de 08h00min as 12h00min e das 14h00min as 18h00min de segunda a sexta, pelos e-mails csl@emserh.ma.gov.br e/ou igor.rochacsl@gmail.com ou pelo Telefone (98) 3235-7333.

São Luís (MA), 19 de março de 2021.
VICENTE DIOGO SOARES JÚNIOR
Presidente da CSL/EMSERH

000995

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONTRATO Nº 08/2021 - SES

Ajuste de Parceria na forma de Contrato de Gestão, em caráter emergencial, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - **IPGSE**, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, com vistas ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações nas dependências do Hospital de Urgência da Região Sudoeste Dr. Albanir Faleiros Machado - **HURSO**, para os fins a que se destina.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado pela **PROCURADORA-GERAL DO ESTADO**, DRA. JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE, brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES-GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 18.176.322/0001-51, com sede na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por EDUARDO PEREIRA RIBEIRO, inscrito no CPF nº 484.680.881-53, portador da CI/RG nº 2352091, expedido pela SSP/GO, residente e domiciliado em Rio Verde - GO.

RESOLVEM, na forma da Lei estadual nº 15.503/05, e suas posteriores alterações, na Lei federal nº. 12.527/2011, na Lei estadual nº. 18.025/2013, no Decreto Estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020 (000018273452), no Despacho Governamental nº 49/2021 (000018622963), publicado no Suplemento do Diário Oficial do Estado de Goiás nº 23.493, de 18/02/2021, página 11 (000018622997), na Autorização Governamental Despacho Gabinete nº Automático 1424/2021 (000018272291), no Despacho do Gabinete nº Automático 442/2021-GAB/SES (000018255878), no Despacho do Gabinete nº Automático 900/2021-GAB/SEAD (000017989077), no Ofício nº 1.224/2021-ECONOMIA (000018481438), na Autorização do Secretário de Estado da Saúde, Declaração nº 16/2021 (000018313665); no Ato de Dispensa de Chamamento Público Para Contrato de Gestão Emergencial, Declaração nº 11/2021 (000018255272), ratificado pela Declaração nº 12/2021 (000018255340) e na Resolução Normativa nº. 013/2017- TCE/GO, celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, com fundamento no no art. 6º, F, inc. I, da Lei Estadual nº 15.503/2005, e em conformidade com o processo administrativo nº 202100010000191 mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria com vistas ao gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades do **HOSPITAL DE URGÊNCIA DA REGIÃO SUDOESTE DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HURSO)**, localizado a Avenida Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, CEP: 75.920-000, para atendimento, em regime de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias na semana, ininterruptamente, nos termos do que se encontra detalhado no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 144/2017, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

000996

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005 e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO**:

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 144/2017, que integram este instrumento, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** exclusivamente na execução do seu objeto;

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observando as normas de gestão de patrimônio, editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 30 (trinta) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis, adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, nos termos do art. 9º, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05;

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração;

2.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;

2.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;

2.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;

2.12. Prover os serviços, bem como os equipamentos e insumos necessários para a sua execução, conforme especificado no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 144/2017, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes nos referidos documentos;

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários à execução dos serviços, conforme Termo de Referência, Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 144/2017;

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, com a previsão de mecanismos que confiram a agilidade necessária ao hábil atendimento das demandas emergenciais inerentes ao objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, inclusive mediante contratação direta com terceiros, desde que assegurada a sua vantajosidade e atendidos os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

000997

2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo dar ciência à Controladoria-Geral do Estado para manifestação posterior;

2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;

2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto;

2.20. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 144/2017, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente;

2.21. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art. 8º, II, ambos da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas posteriores alterações;

2.22. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

2.23. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.24. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;

2.25. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

2.26. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;

2.27. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.28. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta **PARCERIA**, por meio de registro de ponto e de frequência;

2.29. Manter, durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas no procedimento de Dispensa de Chamamento Público.

2.30. Manter durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o Estatuto Social vigente;

2.31. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.32. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL,** quando cabível;

2.33. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.34. Emitir e apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, nos prazos estabelecidos no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos, na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 144/2017 ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo comparativo

000998

específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE;

2.35. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros, quando possível;

2.36. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao PARCEIRO PÚBLICO, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

2.37. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

2.38. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989), quando possível;

2.39. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.40. Publicar ao final do prazo de vigência contratual o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades executadas;

2.41. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.42. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.43. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.44. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

2.45. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.46. Possuir conta bancária individualizada para cada **CONTRATO DE GESTÃO**, observado o disposto nos §§2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.47. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

2.48. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do **PARCEIRO PÚBLICO** pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.48.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001;

2.49. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.50. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

2.51. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.52. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão; 000999

2.53. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.54. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão;

2.55. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao **PARCEIRO PÚBLICO**, cuja inexatidão será considerada falta grave;

2.56. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

2.57. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;

2.58. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;

2.59. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;

2.60. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;

2.61. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros;

2.62. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;

2.63. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;

2.64. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ ou discriminatórias;

2.65. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

2.66. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará os documentos relacionados à execução contratual, em atenção à Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011;

2.67. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

2.68. Cumprir todas as obrigações descritas no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 144/17.

2.69. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação pelo **PARCEIRO PRIVADO** o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

2.70. Cumprir a Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.71. Pautar a celebração dos contratos, necessários à execução desta **PARCERIA**, preferencialmente com particulares comprometidos com o enfrentamento da atual emergência de saúde pública do Estado de Goiás, e que se disponham, em caráter preventivo, ao compromisso de negociar, mitigar e suprimir a imposição de consequências patrimoniais desfavoráveis ao **PARCEIRO PRIVADO**, quando a inexecução contratual deste for decorrente estritamente da imprevisibilidade inerente ao presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.72. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item **7.11**.

2.73. Apresentar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público.

2.74. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao PARCEIRO PÚBLICO, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento.

2.75. Observar o disposto nos arts. 4º-A, 4º-B, 5º-A, 5º-B, 5º-C e 5º-D, da Lei Nacional nº 6.019, de 03 de janeiro de1974, assim como o estabelecido no art. 8º, inciso III, da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, na contratação de trabalhador autônomo ou prestador titular de pessoa jurídica, qualquer que seja o ramo de atuação, para atividade meio ou fim, inclusive assistencial, objeto do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

001000

3. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.2. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra, salvo se, após juízo de discricionariedade, a medida mostrar-se conveniente e oportuna, bem como necessária, diante da finalidade a que se destina o presente ajuste e do contexto fático subjacente à sua pactuação;

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL;**

3.5. Avaliar e, após juízo de discricionariedade, proceder, caso seja oportuno e conveniente, à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao **PARCEIRO PRIVADO** segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005;

3.6. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;

3.7. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, encaminhando-o ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constantes do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.8. Manter os processos relativos à Dispensa do Chamamento Público, bem como da contratação e da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 (cinco) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.9. Manter os processos de prestação de contas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.10. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contando, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.11. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005;

3.12. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.13. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.14. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados;

3.15. Ressarcir o PARCEIRO PRIVADO por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL.**

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

4. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

4.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação;

4.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

4.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais;

001001

4.4. Divulgar as ações/resultados advindos do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor;

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la;

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao **PARCEIRO PRIVADO** a ampla defesa e o contraditório;

5.1.3. Notificado o **PARCEIRO PRIVADO** sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização;

5.1.4. Rejeitada a justificativa o **PARCEIRO PRIVADO** poderá interpor recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados da ciência da decisão;

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível;

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

5.4. O presente Contrato de Gestão será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.48, Cláusula Segunda;

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará semestralmente ou sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar, até o término da vigência contratual, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão emergencial, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, em especial com relação ao pagamento de: i) salários e benefícios previstos em norma coletiva; ii) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e iii) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá comunicar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada

001002

pelo **PARCEIRO PRIVADO** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** pelo prazo máximo de **180 (cento e oitenta)** dias consecutivos e ininterruptos, contados da outorga do ajuste ou por prazo inferior, até a conclusão de novo chamamento público, com observância ao estabelecido no art. 6º-F, inciso I, da Lei Estadual nº 15.503/2005.

6.2. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e à ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, em atenção ao especificado no Termo de Referência e Anexos Técnicos, o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** a importância global estimada de **R$ 29.839.641,06** (vinte e nove milhões, oitocentos e trinta e nove mil, seiscentos e quarenta e um reais e seis centavos) para fazer face ao período de 180 (cento e oitenta) dias.

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados no orçamento do presente ano e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

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

7.7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria-Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

7.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

001003

7.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar;

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos;

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos;

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos;

7.14. Ao final do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o **PARCEIRO PRIVADO** obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SUPER/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do Contrato de Gestão.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS

8.1. Durante os **180 (cento e oitenta)** dias a que compreende a vigência do presente ajuste, o valor a ser repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO** será de **R$ 29.839.641,06** (vinte e nove milhões, oitocentos e trinta e nove mil, seiscentos e quarenta e um reais e seis centavos), em parcelas mensais estimada em **R$ 4.973.273,51** (quatro milhões, novecentos e setenta e três mil, duzentos e setenta e três reais e cinquenta e um centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga e os demais até o 5º dia útil de cada mês.

8.2. As despesas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** correrão por conta das notas de empenho e dotação orçamentária a seguir (000018169260):

NOTAS DE EMPENHO			
Nº	**DATA**	v. SEI	**VALOR (R$)**
00086	04/02/2021	000018254968	4.973.273,51
00119	22/02/2021	000018647717	24.866.367,55
TOTAL			**29.839.641,06**

Sequencial: 064	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**	
Descrição	**Código**	**Denominação**
Unidade Orçamentária	2850	FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FES
Função	10	SAÚDE
Subfunção	302	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL
Programa	1043	SAÚDE INTEGRAL
Ação	2149	ATENDIMENTO ASSISTENCIAL EM SAÚDE
Grupo de despesa	03	OUTRAS DESPESAS CORRENTES

001004

Fonte	100	RECEITAS ORDINÁRIAS
Modalidade de Aplicação	90	APLICAÇÕES DIRETAS

8.3. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa nas dotações orçamentárias de que trata o item 8.2. poderá ser substituída por outra, tanto de origem federal quanto de origem estadual, a que apresentar disponibilidade financeira.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

9.2. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

9.3. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

9.4. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.5. O PARCEIRO PRIVADO poderá utilizar, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados, com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria e empregados.

9.6. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

9.7. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas nas Cláusulas Décima Primeira e Décima Quinta;

9.8. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

9.9. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL.**

9.10. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

9.11. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos **pelo PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

9.12. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

9.13. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

9.14. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

9.15. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

9.16. O PARCEIRO PRIVADO, para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

9.17. Caso o PARCEIRO PRIVADO possua mais de um contrato de gestão firmado com o PARCEIRO PÚBLICO na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.5 e 9.6 deste, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os **PARCEIROS**, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como as referentes ao Termo de Referência, aos Anexos Técnicos e a Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 144/2017, conforme o § 1º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** o **PARCEIRO PRIVADO** perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e as disposições legais;

11.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois bimestres não cumprir as metas previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

11.1.5. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **CONTRATO DE GESTÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

001006

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº. 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações;

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

d) **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL;**

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parceiras, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO**.

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**:

a) Termo de Referência e seus Anexos I, II e III;

b) Anexos Técnicos I, II, III e IV;

c) Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 144/2017;

001007

d)Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis e

e) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis.

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública em que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo **PARCEIRO PRIVADO** de regra constante deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o **PARCEIRO PÚBLICO**, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) Rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação, por extrato, do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, e no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, nos termos do art. 6º, §1º, inciso V, da Lei Estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013 de 2020 será providenciada, imediatamente, após sua outorga, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO DO CONTRATO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

001008

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

2-DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 - A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 - O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 - Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 - O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública da existência e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

ANEXO TÉCNICO I

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em dois segmentos: **(1) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(2) Descritivo de Serviços**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato.

1. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1.1 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão ambulatorial adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

001009

1.1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde (MS).

1.1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas em horário padronizado, sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista).

1.1.4. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

1.1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e da Unidade.

1.1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, *outdoors*, papéis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás.

1.1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade observando as Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigentes.

1.1.7. Será de inteira responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP.

1.1.7.1. Sempre que o **PARCEIRO PÚBLICO** for demando judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo P**ARCEIRO PÚBLICO**;

1.1.7.2. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

1.1.7.3. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.1.8. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada.

1.1.9. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

1.1.10. Consolidar a imagem do HOSPITAL como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência.

1.1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar *online* à Secretaria de Estado da Saúde, o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC n° 02, de 25 de janeiro de 2010 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da SES ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido.

1.1.11.1. As atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde deverão estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas. Essas atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de uso.

1.1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, registro civil e endereço completo da residência do usuário, bem como nome completo da mãe, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

1.1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

001010

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade.

d) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e) Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

f) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

g) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

h) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

i) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

j) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

k) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

l) Fornecer ao usuário, por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- Nome do usuário.
- Nome do Hospital.
- Localização do Hospital (endereço, município, estado).
- Motivo da internação (CID-10).
- Data de admissão e data da alta hospitalar.
- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
- Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".
- Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.
- Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

m) Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

1.1.15. Incentivar o uso seguro de medicamentos em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

1.1.16. Assegurar a implantação e/ou manutenção da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

1.1.17. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, bem como em conformidade com a legislação estadual correlata.

1.1.18. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia *Net Promoter Score* (NPS), com envio de seus resultados a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

1.1.19. 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 (trinta) dias úteis.

1.1.20. Mensurar mensalmente a Taxa de Absenteísmo dos colaboradores da Unidade Hospitalar de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista).

1.1.21. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

1.1.22. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

1.1.23. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

001011

1.1.24. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos II e III deste Contrato.

1.1.25. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação, compartilhando esta informação em regime semanal com a Central de Regulação Estadual e incluindo essa informação nos relatórios gerenciais do hospital.

1.1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação (NIR), que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio do Complexo Regulador Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes.

1.1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas e Comitês:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.

b) Comissão de Verificação de Óbitos.

c) Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem.

d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

e) Comissão de Ensino e Pesquisa por Comitê de Ética e Pesquisa.

f) Comissão de Transplantes por Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT.

g) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT.

1.1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento um **Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH**, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

1.1.29. Implementar e manter um **Núcleo de Engenharia Clínica** responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde que atenda às disposições da RDC nº 02/2010 da ANVISA, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943.

1.1.30. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o ambulatório à Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como à NBR 15943:2011 e as demais resoluções.

1.1.31. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o inventário técnico atualizado dos equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos.

1.1.32. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá fornecer senha e *login* do seu *software* de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do **PARCEIRO PÚBLICO**. O acesso ao *software* não desobriga o **PARCEIRO PRIVADO** a encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

1.1.33. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025.

1.1.34. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.1.35. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

1.1.36. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências

001012

- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- PT MS/GM Nº 1.631, de 10 de junho de 2015, aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.
- PT MS/GM Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências, consolidada na PT MS/GM Nº 4, de 28 de setembro de 2017.
- Lei Nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, dispõe sobre o estágio de estudantes e alterações;
- PT GM/MS Nº 2.616, de 12 de maio de 1998, estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares.
- PT SAS/MS Nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, estabelece critérios para a classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo.
- PT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- PT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raio-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- PT MS/SAS Nº 202, de 19 de junho de 2001, estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do SUS.
- PT MS/SAS Nº 793, de 24 de abril de 2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.
- PT Nº 1.377, de 09 de julho de 2013, aprova os protocolos de segurança a paciente (cirurgia segura, higiene das mãos, úlcera por pressão).
- PT Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, aprova os protocolos básicos de segurança do paciente (prevenção de quedas, identificação, segurança de prescrição, uso e administração de medicamentos – NT 01/2015 e NT 02/2015.
- PT Nº 529/MS, de 1º de abril de 2013, e RDC Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Núcleo de Segurança do Paciente.
- RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.
- RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem, avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).
- Resolução do COFEN Nº 358/2009 - Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.
- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- RDC ANVISA 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.
- RDC Nº 34, de 11 de junho de 2014, da ANVISA, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.
- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

001013

- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.
- PT GM/MS Nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- PT GM/MS Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.
- PT GM/MS Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
- PT GM/MS Nº 1. 559, de 1º de agosto de 2008, institui a Política Nacional de Regulação do SUS.
- PT GM/MS Nº 67, de 21 de fevereiro de 1985, define uso e condições sobre o uso de saneantes e domissanitários.
- Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) define critérios e parâmetros para formação e o desenvolvimento de profissionais e trabalhadores do SUS;
- Alimentação do Sistema NOTIVISA (Segurança do Paciente) e FORMSUS (Controle de Infecção nos Serviços de Saúde);
- Seguir a Nota Técnica ANVISA Nº 02/2017 no que diz respeito aos Critérios de Diagnósticos de Infecções relacionadas à Associação à Saúde para Notificações dos Indicadores Regionais;
- Garantir às Vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme Resolução 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais – HDT, ou outra Unidade de Saúde de Referência, incluindo o fluxo de atendimento e notificações.
- Buscar pela habilitação dos serviços realizados com o auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme diretrizes do SUS.
- Normas e legislações vigentes que não entrem em conflito com o disposto neste Edital.

1.1.37. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

1.1.38. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

1.1.38.1. A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe.

1.1.38.2. Para a execução dos serviços de imagem, o mesmo deverá ser definido por meio de rotinas administrativas de funcionamento, protocolos de diagnóstico atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico pela atividade, devendo abordar todos os processos envolvidos no diagnóstico, que contemplem os aspectos organizacionais, operacionais e técnicos.

1.1.38.3. O **PARCEIRO PRIVADO** adotará ou permitirá a adoção de sistema eletrônico, com as informações completas dos exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento, ou assinadas digitalmente, em conformidade com a legislação vigente. Os laudos deverão estar devidamente armazenados com *backup* e transferidos *on line* para a Unidade Solicitante devendo, para tanto, serem assegurados todos os meios necessários quanto à rede de informática, sistemas e programas, com o encaminhamento dos relatórios para a SES/GO.

1.1.38.4. O **PARCEIRO PRIVADO** compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de radiologia.

1.1.38.5. O **PARCEIRO PRIVADO** compromete-se a ter um sistema que permita que tanto os exames de imagem como os respectivos laudos sejam enviados ao sistema de Pacs e Ris da SES/GO. Posteriormente, a Superintendência de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade (SUTIS) detalhará os procedimentos para contemplar que os laudos terão que ser integrados com o sistema de gestão hospitalar e as imagens serão acessadas através de *link*, pois ficarão hospedadas na SES/GO, ao que será informado previamente.

001014

1.4. Vigência

1.4.1. O contrato celebrado com o **PARCEIRO PRIVADO** para a prestação dos serviços deste termo terá prazo de vigência de até 180 (cento e oitenta) dias ou até a conclusão de novo chamamento público.

1.5. Recursos Financeiros

1.5.1. A Organização Social deverá apresentar projeção orçamentária com despesa operacional mensal máxima de acordo com o Sistema de Repasse descrito no Anexo Técnico IV da Minuta de Contrato, da seguinte forma:

1.5.2. O valor de repasse mensal perfaz um total de **R$ 4.973.273,51 (quatro milhões, novecentos e setenta e três mil, duzentos e setenta e três reais e cinquenta e um centavos)**.

1.5.3. Para a vigência do Contrato de Gestão, 180 (cento e oitenta) dias, o valor estimado será de **R$ 29.839.641,06** (vinte e nove milhões, oitocentos e trinta e nove mil, seiscentos e quarenta e um reais e seis centavos)..

1.5.4. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a que apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

2. DESCRITIVO DE SERVIÇOS

2.1. Características dos Serviços Contratados

2.1.1. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.1.2. O Serviço de Admissão do **PARCEIRO PRIVADO** solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.1.3. No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

2.1.4. Em caso de hospitalização, o **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o **PARCEIRO PRIVADO**, em decorrência da assinatura deste contrato de gestão, presta serviços de assistência à saúde, por meio da Regulação Estadual.

2.1.5. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.1.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá aderir ao sistema de informação para monitoramento, controle e avaliação a ser disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO,** por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.1.7. O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a manter um serviço de **Plantão Controlador Interno**, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01(um) hora.

2.2. Descrição da Unidade

Nome: Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste – HURSO

CNES: 6665322

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

Tipo de Unidade: Hospital geral de pequeno porte.

Gestão da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente.

2.2.1. O HURSO irá atuar com leitos destinados à internação de pacientes com atendimentos clínicos e cirúrgicos distribuídos da seguinte forma:

001015

Quadro 1. Capacidade Operacional do HURSO:

Descrição	Leitos
Clínica Médica	08
Clínica Médica Pediátrica	08
Clínica Cirúrgica	53
UTI Adulto	10
UTI Pediátrica	10
Leitos Totais	**89**
Salas Cirúrgicas	04

2.2.2. O hospital irá dispor de salas específicas para o funcionamento do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) disponibilizando serviços de Imagenologia e Laboratorial aos usuários atendidos em regime de urgência/emergência, internação e atendimento ambulatorial.

2.2.3. A distribuição física poderá ser adequada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com anuência prévia do **PARCEIRO PÚBLICO**, considerando, sempre a melhor distribuição para o atendimento assistencial dos pacientes relacionados ao perfil do referido hospital.

2.3. Assistência Hospitalar

2.3.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

2.3.2. No processo de hospitalização, estão incluídos:

a) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.
b) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.
c) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde.
d) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.
e) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT que sejam requeridos durante o processo de internação.
f) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.
g) Assistência por equipe médica e multiprofissional especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar, incluído médico diarista para cobertura horizontal nas 12 horas/dia em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).
h) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.
i) O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem à assistência multiprofissional e tratamentos.
j) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde).
k) Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário.
l) Sangue e hemoderivados.
m) Fornecimento de roupas hospitalares.
n) Procedimentos especiais de alto custo para pacientes hospitalizados, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.
o) Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, contempladas na tabela unificada do SUS, com efetiva comprovação da utilização das OPME's.
p) Garantir a realização das cirurgias eletivas e emergenciais, evitando cancelamentos administrativos (falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros).
q) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24 hs.

2.4. Atendimento às Urgências Hospitalares

2.4.1. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma referenciada pela Central de Regulação Médica Municipal.

2.4.2. Sendo o hospital do tipo referenciado, o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde /Central de Regulação Municipal, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

001016

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

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

2.5. Atendimento Ambulatorial

2.5.1. O atendimento ambulatorial compreende:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) Consultas subsequentes (retornos).

2.5.2. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Regulação Estadual ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

2.5.3. Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

2.5.4. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

2.5.5. As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

2.5.6. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das **07h às 19h, de segunda a sexta-feira,** conforme demanda da população de usuários do Hospital.

3. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

3.1. Caso, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE - HURSO** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada por meio de Termo Aditivo ao presente contrato.

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

4.1. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada, conforme necessidade e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**.

4.2. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

a) Relatórios contábeis e financeiros.

b) Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade.

c) Relatório de Custos, em regime trimestral.

d) Censo de origem dos pacientes atendidos.

e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.

f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

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

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

001017

ANEXO TÉCNICO II
ESTIMATIVA DE PRODUÇÃO

1. REGRA GERAL

1.1. **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE (considerada como parte fixa) de assistência oferecida aos usuários do **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE - HURSO**.

1.2. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado. Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

1.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **HURSO**:

a) Internações Hospitalares: saídas cirúrgicas, saídas clínicas;

b) Atendimento às Urgências Hospitalares;

c) Atendimento Ambulatorial: consulta médica e não médica.

2. INTERNAÇÃO (Saídas Hospitalares)

2.1. O hospital deverá realizar um número mensal de 331 saídas hospitalares, com variação de ± 15% de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Internação (saídas hospitalares)	Meta Mensal	Meta Total
Clínica Médica	103	618
Clínica Cirúrgica	228	1.368
Total	331	1.986

3. ATENDIMENTO À URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

3.1. Deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, e deverá realizar um número de atendimento de urgência mensal de no mínimo 970.

Urgência	Meta Mensal	Meta Total
Atendimentos	970	5.820

4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

4.1. O hospital deverá realizar mensalmente 500 Consultas Médicas e 500 consultas não Médicas, de acordo com a capacidade operacional do ambulatório.

Especialidades médicas do ambulatório	Meta de Consultas/mês	Meta Total
Cirurgia Geral (torácica, vascular, neurocirurgia e bucomaxilofacial)	500	3.000
Ortopedia/Traumatologia		

Consultas não médicas	Meta de Consultas/mês	Meta total
Enfermagem	500	3.000
Fisioterapia		
Psicologia		
Nutricionista		
Farmácia		
Biomédico		
Cirurgião Dentista		

001018

4.2. Serão consideradas as consultas médicas nas áreas de: Cirurgia Geral (torácica, vascular, neurocirurgia e bucomaxilofacial).

4.3. Serão consideradas consultas por profissionais de nível superior não médico, nas áreas de: Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Farmácia, Biomedicina e Cirurgião Dentista.

ANEXO TÉCNICO III

INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/DESEMPENHO

O Parceiro Privado deverá informar mensalmente os Resultados dos 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.

Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, até o dia 10 (dez) de cada mês.

Para atribuição do percentual referente aos indicadores abaixo discriminados será atribuído 25% quando do cumprimento da meta, e em caso de cumprimento parcial, será atribuído 0% ao indicador, sendo que cada indicador somente poderá ter dois valores, 0% ou 25%.

METAS E INDICADORES

Para o primeiro ano estabelecem-se como indicadores determinantes do repasse da parte variável do contrato:

O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Autorização de Internação Hospitalar	25%
Atenção ao Usuário	25%
Controle de Infecção Hospitalar	25%
Mortalidade operatória	25%

1. Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) - A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

A meta é a atingir é apresentação da totalidade (100%) das AIH emitidas pelo gestor referentes às saídas em cada mês de competência do HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE – HURSO Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar. O prazo para a entrega da informação é o dia 10 (dez) de cada mês, após a emissão de relatórios oficiais para o gestor. Os dados devem ser enviados em arquivos eletrônicos, contendo exclusivamente AIH do mês de competência, livres de crítica e de reapresentações.

2. Atenção ao Usuário – Resolução de queixas e pesquisa de satisfação - A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação do usuário.

Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente.

Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados, mensalmente, em amostra aleatória de pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatórios dos hospitais, abrangendo 10% do total de pacientes em cada área de internação e 10% do total de pacientes atendidos em consulta no ambulatório.

A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. Os modelos dos questionários deverão ser avaliados e aprovados pela Secretaria de Estado da Saúde. Será

001019

fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações em três grupos: o de pacientes internados, o de acompanhantes de pacientes internados e o de pacientes em atendimento ambulatorial. O envio das planilhas de consolidação dos três grupos até o dia 10 (dez) do mês imediatamente subsequente.

3. Controle de Infecção Hospitalar - A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

A meta a ser atingida é o envio do relatório até o dia 10 (dez) do mês imediatamente subsequente.

Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência na área de infecção hospitalar apresentamos os indicadores que incluem: Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto, Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Adulto, Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Adulto. O Hospital deverá enviar um relatório mensal, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar para a UTI Adulto que contenha o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias.

Definições:

Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto: número de episódios de infecção hospitalar na UTI no mês dividido pelo número de pacientes-dia da UTI no mês, multiplicado por 1000;

Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Adulto: número de infecções hospitalares na corrente sanguínea no mês dividido pelo número de pacientes-dia com cateter venoso central no mês, multiplicado por 1000;

Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Adulto: número de pacientes com cateter central-dia no mês dividido por número de pacientes-dia no mesmo período.

Os critérios adotados são os estabelecidos pelo NNISS (National Nosocomial Infection Surveillance System) que é a metodologia utilizada pelo CDC (Center for Disease Control) EUA. As infecções primárias da corrente sanguínea incluem as infecções confirmadas laboratorialmente e as sepses clínicas.

4. Taxa de Mortalidade Operatória - O valor ponderal será de 25% em cada trimestre.

A meta a ser atingida é o envio do relatório até o dia 10 (dez) do mês imediatamente subsequente. Com a finalidade de monitorar o desempenho assistencial na área de cirurgia acompanharemos como indicadores a Taxa de Mortalidade Operatória estratificada por Classes (de 1 a 5) da Classificação da American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA) e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

Definições:

a) **Taxa de Mortalidade Operatória:** número de óbitos ocorridos até sete dias após o procedimento cirúrgico classificado por ASA no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.

b) **Taxa de Cirurgias de Urgência:** Número de cirurgias de urgência realizadas no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.

O número de cirurgias deve ser preenchido com o número total de cirurgias efetuadas no Centro Cirúrgico, incluindo as cirurgias ambulatoriais. Estes dados devem ser enviados através de relatórios mensais nos quais constem a Taxa de Mortalidade Operatória com a análise deste índice elaborada pela Comissão de Óbitos e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

ANEXO TÉCNICO IV

SISTEMA DE REPASSE

I – REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.1. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO a ser contratada subdivide-se em 03 (três) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO II:

a) Internações Hospitalares: saídas cirúrgicas, saídas clínicas;

001020

b) Atendimento às Urgências Hospitalares;

c) Atendimento Ambulatorial: consulta médica na atenção especializada, consulta não médica na atenção especializada e não médica.

1.2. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

1.4. Além das atividades de rotina, a Unidade Hospitalar poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Descritivo de Serviços.

1.5. O montante do orçamento econômico-financeiro para o custeio do **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE - HURSO,** está estimado em **R$ 29.839.641,06** (vinte e nove milhões, oitocentos e trinta e nove mil, seiscentos e quarenta e um reais e seis centavos), para até 180 (cento e oitenta) dias de contrato.

1.6. O valor mensal total de cada parcela está fixado em **R$ 4.973.273,51 (quatro milhões, novecentos e setenta e três mil, duzentos e setenta e três reais e cinquenta e um centavos)**.

1.6.1. **90%** (noventa por cento) da parte fixa serão repassados em parcelas mensais, no valor de R$ 4.475.946,16 (quatro milhões, quatrocentos e setenta e cinco mil, novecentos e quarenta e seis reais e dezesseis centavos), conforme a distribuição percentual abaixo:

a) 80% (oitenta e oito por cento) do valor, R$ 3.580.756,93 (três milhões, quinhentos e oitenta mil, setecentos e cinquenta e seis reais e noventa e três centavos) corresponde ao custeio das despesas com o atendimento hospitalar (internação).

b) 17% (dezessete por cento) do valor, R$ 760.910,85 (setecentos e sessenta mil, novecentos e dez reais e oitenta e cinco centavos) corresponde ao custeio das despesas com os atendimentos de urgência/emergência.

c) 3% (três por cento) do valor, R$ 134.278,39 (cento e trinta e quatro mil, duzentos e setenta e oito reais e trinta e nove centavos) corresponde ao custeio das despesas com atividade ambulatorial.

1.6.2. **10%** (dez por cento) da parte variável serão repassados mensalmente junto com as parcelas da parte fixa, no valor estimado de R$ 497.327,35 (quatrocentos e noventa e sete mil, trezentos e vinte e sete reais e trinta e cinco centavos), vinculado à avaliação dos indicadores de desempenho e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo.

1.7. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE – HURSO.**

1.10. Visando ao acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o **PARCEIRO PRIVADO** nos ANEXOS TÉCNICOS II e III, o mesmo deverá encaminhar **mensalmente**, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo HURSO.

1.11. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.12. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.13. As informações deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) do mês subsequente à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

1.14. As metas de desempenho serão avaliadas em regime trimestral, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto no Anexo Técnico III.

1.15. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

1.16. O Sistema Integrado das Organizações Sociais (SIGOS) disponibilizado na *Internet* emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE – HURSO** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

1.17. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

1.18. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do não alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

001021

1.19. A cada período de 03 (três) meses, a Secretaria de Estado da Saúde procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

1.20. Ao final de 06 (seis) meses, a Secretaria de Estado da Saúde procederá a análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

1.21. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

1.21.1. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.
1.20.2. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

1.22. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta estabelecidos, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre e/ou semestre avaliado, a depender do caso (indicadores de desempenho e quantitativos, respectivamente).

1.23. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

1.24. A análise referida no item 1.20 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

1.25. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

1.26. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará, mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE REPASSE

2. Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

2.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL (90% do Contrato de Gestão)

2.1.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados, EM REGIME SEMESTRAL, nos meses subsequentes aos períodos de avaliação.

2.1.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela 4 - Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE – HURSO**, a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo II e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada nas Tabelas 2 e 3 deste Anexo Técnico IV.

Tabela 4 - Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do HURSO.

	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Internações Hospitalares Peso 80%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade da internação
	Menos que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade da internação
Urgência/Emergência	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade urgência/emergência

001022

Peso 17%	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade urgência/emergência
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade urgência/emergência
	Menos que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade urgência/emergência
AMBULATÓRIO Peso 3%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade do ambulatório
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade do ambulatório
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade do ambulatório
	Menos que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade do ambulatório

2.2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

2.2.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico III – INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/DESEMPENHO**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 1.19. deste documento (anexo). Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL.**

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, implantado nas dependências do Hospital de Urgência da Região Sudoeste Dr. Albanir Faleiros Machado (HURSO).

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela PROCURADORA-GERAL DO ESTADO, DRA. **JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE** brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo Secretário de Estado da Saúde, **ISMAEL ALEXANDRINO**, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614- DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 18.176.322-0001/51, com sede na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por EDUARDO PEREIRA RIBEIRO, inscrito no CPF nº 484.680.881-53, portador da CI/RG nº 2352091, expedido pela SSP/GO, residente e domiciliado em Rio Verde - GO, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão Emergencial nº 08/2021 SES/GO, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o IPGSE - Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital de Urgência da Região Sudoeste Dr. Albanir Faleiros Machado (HURSO).

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202100010000191, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

001023

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão e antes do início da gestão no Hospital de Urgência da Região Sudoeste Dr. Albanir Faleiros Machado - **HURSO,** localizado à Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão Emergencial nº 08/2021 SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens no Hospital de Urgência da Região Sudoeste Dr. Albanir Faleiros Machado (HURSO), somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSIONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão Emergencial nº 08/2021 SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão Emergencial nº 08/2021 SES/GO.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE,** com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de

001024

dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão Emergencial nº 08/ 2021 SES/GO.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação**.**

CLÁUSULA SÉTIMA – DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão Emergencial nº 08/2021 SES/GO.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público – CICP/GAB/SESGO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante.*

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou

001025

materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO – VI
TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o IMED – Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso de bens Imóveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, implantado nas dependências do Hospital de Urgência da Região Sudoeste Dr. Albanir Faleiros Machado (HURSO)

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela PROCURADORA-GERAL DO ESTADO, DRA. **JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE** brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo Secretário de Estado da Saúde, **ISMAEL ALEXANDRINO**, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614- DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

O **INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 18.176.322-0001/51, com sede na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por EDUARDO PEREIRA RIBEIRO, inscrito no CPF nº 484.680.881-53, portador da CI/RG nº 2352091, expedido pela SSP/GO, residente e domiciliado em Rio Verde - GO, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando o disposto no Contrato de Gestão Emergencial nº 08/2021 SES/GO, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, nas dependências do Hospital de Urgência da Região Sudoeste Dr. Albanir Faleiros Machado (HURSO).

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202100010000191 **RESOLVEM** as partes firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, do Hospital de Urgência da Região Sudoeste Dr. Albanir Faleiros Machado (HURSO), localizado a localizado à Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, pelo período de até 180 (cento e oitenta) dias ou até a conclusão de novo chamamento público.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão Emergencial nº 08/2021 SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

001026

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento do Hospital de Urgência da Região Sudoeste Dr. Albanir Faleiros Machado (HURSO), sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão Emergencial nº 08/2021 SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão Emergencial nº 08/2021 SES/GO, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão Emergencial nº 08/2021 SES/GO;

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão Emergencial nº 08/2021 SES/GO.

001027

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público – CICP/GAB/SESGO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA – DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Documento assinado eletronicamente por **Eduardo Pereira Ribeiro**, **Usuário Externo**, em 15/03/2021, às 16:47, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 15/03/2021, às 17:42, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE**, **Procurador (a) Geral do Estado**, em 23/03/2021, às 10:14, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000019169540** e o código CRC **CCB2A55D**.

COORDENAÇÃO DE LICITAÇÕES
NAO CADASTRADO - Bairro NAO CADASTRADO - CEP 74000-000 - GOIANIA - GO - NAO CADASTRADO

Referência: Processo nº 202100010000191 SEI 000019169540

001028

Resumo	Percentual de encaminhamentos para serviço especializado Reflete o número de encaminhamentos para atendimento especializado em relação ao total de consultas médicas básicas
Complemento	Para o cálculo deste indicador, consideram-se os encaminhamentos para atendimentos ou tratamentos em qualquer especialidade como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e todas as especialidades médicas. Este indicador mede a relação entre as consultas médicas e os encaminhamentos para atendimento especializado, tendo como objetivo avaliar a resolubilidade da consulta médica Mede os encaminhamentos realizados por médicos para serviços especializados em relação aos atendimentos realizados pelo profissional médico, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
Usos	O indicador permite verificar o nivel de resolutividade na Atenção Básica, a fim de identificar a necessidade de intervenções em áreas específicas, melhorando a organização da oferta do cuidado em saúde entre os pontos da rede de atenção à saúde. De forma complementar dentro de um sistema de saúde, a regulação serve como ferramenta importante para o uso racional dos serviços especializados, organizando o acesso dos usuários às consultas e/ou procedimentos, por meio dos protocolos de regulação, apenas quando apresentem indicação clínica para realizá-los. Essa ação de filtro deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na AB, evitando a exposição dos usuários a consultas e/ou procedimentos desnecessários (prevenção quaternária) (NORMAN; TESSER, 2009).
Limitações	Não permite identificar a qual especialidade o usuário foi encaminhado.
Fórmula	Número de encaminhamentos médicos para atendimento especializado *100 Número total de atendimentos médicos individuais no mesmo local e período
Parâmetro/Meta	Parâmetro: 5 a 15% dos encaminhamentos médicos para serviço especializado/mês. Meta: < 20%
Fonte	Centralizador estadual/e-SUS
Referências	Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 - 2016). Brasília, 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>
Tabulação/Cálculo	Numerador: Total de atendimentos individuais realizados por médicos vinculados à equipe (INE), onde a conduta/desfecho for registrado como "encaminhamento para serviço especializado". Fonte: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). Denominador: Total de atendimentos individuais realizados por médicos vinculados à equipe (INE) Fonte: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). Para os municípios cujo numerador esteja zerado, será atribuído nota zero para alcance do indicador Percentual de encaminhamentos para serviço especializado. Serão considerados os códigos Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) dos profissionais médicos cadastrados nas unidades básicas. MÉDICO 2231F8 médico em medicina preventiva e social 225125 médico clínico 225142 médico da estratégia de saúde da família 225130 médico de família e comunidade 225170 médico generalista 225124 médico pediatra 225139 médico sanitarista 225250 médico ginecologista e obstetra Fonte: CNES
Elaborado	Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Gerência de Atenção Primária. Coordenação de Gestão. Telefone: (62) 3201-7876 e-mail: gerenciaaps.sais@gmail.com

Protocolo 334175

EXTRATO DO CONTRATO Nº 87/2022-SES/GO. Processo nº: 202200010027984. **Contratante:** Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde. **Contratada:** Imex Medical Comércio e Locação LTDA. **Objeto**: Contratação de empresa para o fornecimento de equipamento médico hospitalar (Mamógrafo) para fins de operação e funcionamento do Hospital Estadual do Centro-Norte Goiano - HCN, conforme as especificações técnicas, condições, exigências e obrigações estabelecidas no Termo de Referência. **Valor do contrato**: R$ 420.999,99. **Dotação Orçamentária**: 2850.10.302.1043.2151.04.15000100.90. **Vigência**: A vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás. **Data da assinatura**: 23/09/2022. **Signatários**: Sandro Rogério Rodrigues Batista - Secretário de Estado da Saúde; Marcus Daniel Fracanela - Imex Medical Comércio e Locação LTDA.

Protocolo 334032

EXTRATO DO CONTRATO Nº 88/2022-SES/GO. Processo nº: 202200010020876. **Contratante:** Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. **Contratada:** Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE. **Objeto:** Contrato de Gestão Emergencial com vista a formação de parceria para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO. **Valor do contrato:** R$ 15.929.237,82. **Dotação Orçamentária:** 2850.10.302.1043.2149.03.15000100.90 e 2850.10.302.1043.2149.03.16000100.90. **Vigência:** A vigência do contrato será a partir da data da publicação do extrato do contrato na imprensa oficial até o dia 31/10/2022 . **Signatários:** Sandro Rogério Rodrigues Batista - Secretário de Estado da Saúde. Eduardo Pereira Ribeiro - Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE.

Protocolo 334043

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Contrato 88/2022 - SES

Ajuste de Parceria na forma de Contrato de Gestão, em caráter emergencial, que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado simplesmente **PARCEIRO PÚBLICO,** pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato, com fulcro no Decreto estadual nº 9.898/2021 c/c art. 84-A da Lei estadual nº 17.928/2012, representado pelo Secretário de Estado da Saúde, SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA, médico, portador da Cédula de Identidade nº 3788518 - DGPC/GO e CPF nº 699.515.191-72, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, doravante denominado simplesmente **PARCEIRO PRIVADO**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0002-32, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por EDUARDO PEREIRA RIBEIRO, inscrito no CPF nº 484.680.881-53, portador da Cédula de Identidade nº 2352091 - SSP/GO, residente e domiciliado em Rio Verde - GO.

RESOLVEM, na forma da Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, na Lei federal nº 12.527/2011, na Lei estadual nº 18.025/2013, na Resolução Normativa nº 013/2017-TCE/GO, no Despacho Governamental nº 1177/2022 (000034136475), publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 23.890, de 28/09/2022, no Despacho nº 1266/2022-SES/GAB (000029096396), no Ofício nº 24792/2022-SES (000030390283), no Ofício nº 061/2022-IPGSE (000030706094), no Despacho nº 542/2022-SES/GERAT (000029662394), no Despacho nº 263/2022-SES/SESG (000029662668), no Despacho nº 1117/2022-SES/SUPER (000030348173), na Autorização SES/DEOF (000030142982), na Requisição de Despesa nº 88/2022-SES/SUPER (000031819101), no Termo de Referência -SES/SUPER (000033695840), nos Anexos I/2022-SES/GERAT (000029771746), II/2022-SES/SESG (000029662641), III/2022-SES/GGDP (000029982806), IV/2022-SES/COES (000031817945) e V/2022-SES/COES (000031817990), no Ato de Dispensa de Chamamento Público para Contrato de Gestão Emergencial - Declaração nº 067/2022-CLICIT, ratificada pelo Secretário de Estado da Saúde em 29/08/2022 (000032645190), publicada em 30/08/2022 (000033211606), celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, com fundamento no art. 24, inciso IV, da Lei federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e em conformidade com o processo administrativo nº 202200010020876, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria 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**, nos termos do que se encontra detalhado no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO**:

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, que integram este instrumento, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e as políticas públicas nas áreas de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** exclusivamente na execução do seu objeto;

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observando as normas de gestão de patrimônio, editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO;**

001030

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 05 (cinco) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, nos termos do art. 9º, caput, da Lei estadual nº 15.503/05;

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração;

2.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;

2.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;

2.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;

2.12. Prover os serviços, bem como os equipamentos e insumos necessários para a sua execução, conforme especificado no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes nos referidos documentos;

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários à execução dos serviços, conforme Termo de Referência e Anexos Técnicos;

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, caput, da Lei Estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da publicação do acordo na imprensa oficial, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, compras e serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;

2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da publicação do acordo na imprensa oficial deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto;

2.20. As Organizações Sociais poderão utilizar as modalidades de contratação de mão de obra permitidas na legislação brasileira, inclusive o previsto na Lei federal nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, com a redação dada pela Lei federal nº 13.429, de 31 de março de 2017, para contratar recursos humanos para as atividades meio e fim do objeto do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, incluindo-se aí as atividades assistenciais das unidades de saúde;

2.21. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento;

2.22. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta Técnica, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente;

2.23. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art.8º, II, ambos da Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas posteriores alterações;

2.24. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional;

2.25. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;

2.27. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:
a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;
b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;
c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

2.28. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técnica apresentada;

2.29. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;

2.30. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.31. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta PARCERIA, por meio de registro de ponto e de frequência;

001031

2.32. Manter durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas;

2.33. Manter durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta Técnica;

2.34. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.35. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários a regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.35.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.36. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo PARCEIRO PÚBLICO, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.37. Emitir e apresentar, a qualquer momento conforme recomende o interesse público, à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO,** contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás –TCE;

2.38. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros;

2.39. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

2.40. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

2.41. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989);

2.42. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.43. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, com envio de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.43.1. Verificar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.44. Publicar ao final da vigência do contrato o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução, atinentes às atividades realizadas;

2.45. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.46. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor;

2.47. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papeis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.48. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.49. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

2.50. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.51. Possuir conta bancária individualizada para cada **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observado o disposto nos §§ 2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.52. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras;

2.53. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do **PARCEIRO PÚBLICO** pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.53.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº 13.800/2001;

2.54. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.55. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência;

001032

2.56. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.56.1 Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão;

2.57. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

2.58. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.59. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão;

2.60. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao PARCEIRO PÚBLICO, cuja inexatidão será considerada falta grave;

2.61. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

2.62. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;

2.63. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;

2.64. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;

2.65. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e às atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;

2.66. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros;

2.67. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;

2.68. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;

2.69. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ou discriminatórias;

2.70. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los;

2.71. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido;

2.72. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

2.73. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos itens 18 a 34, do Anexo I, da Resolução Normativa nº 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº 15.503/2005;

2.74. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento;

2.75. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada;

2.76. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação pelo **PARCEIRO PRIVADO** do recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago;

2.77. Cumprir rigorosamente a Lei estadual nº 15.503/2005;

2.78. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.9;

2.79. Observar o disposto nos arts. 4º-A, 4º-B, 5º-A, 5º-B, 5º-C e 5º-D, da Lei Nacional nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, assim como o estabelecido no art. 8º, inciso III, da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, na contratação de trabalhador autônomo ou prestador titular de pessoa jurídica, qualquer que seja o ramo de atuação, para atividade meio ou fim, inclusive assistencial, objeto do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.80. Apresentar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

3. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.2. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra;

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.5. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.6. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao PARCEIRO PRIVADO segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005;

001033

3.7. Proceder ao pagamento dos vencimentos e ao recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;

3.8. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, encaminhando ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constante do Anexo I, da Resolução Normativa nº 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.9. Manter os processos relativos à Dispensa do Chamamento Público, bem como da contratação e da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 (cinco) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.10. Manter os processos de prestação de contas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 (cinco) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme o ANEXO I, da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.11. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contendo, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.12. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº 15.503/2005;

3.13. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas, os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.14. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

4.1. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

4.1.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação.

4.1.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL.**

4.1.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais.

4.1.4. Divulgar as ações/resultados advindos do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor.

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la.

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao **PARCEIRO PRIVADO** a ampla defesa e o contraditório.

5.1.3. Notificado o **PARCEIRO PRIVADO** sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização;

5.1.4. Rejeitada a justificativa o **PARCEIRO PRIVADO** poderá interpor recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados da ciência da decisão.

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível.

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final da vigência do contrato a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

5.4. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.53;

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar, até o término da vigência contratual, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, em especial com relação ao pagamento de: 1) salários e benefícios previstos em norma coletiva; 2) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e 3) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá comunicar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo **PARCEIRO PRIVADO** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial e se dará até o dia 31/10/2022, ou até a contratação decorrente da conclusão de chamamento público em andamento através do Processo nº 202100010000964, o que ocorrer primeiro, conforme estabelecido no documento de Retificação da Ratificação do Ato de Dispensa de Chamamento Público para Contrato de Gestão Emergencial (000032645190).

6.2. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente instrumento, assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e à ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, em atenção ao especificado no Termo de Referência e Anexos Técnicos, o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** parcelas mensais estimadas em R$ 7.964.618,91 (sete milhões, novecentos e sessenta e quatro mil, seiscentos e dezoito mil reais e noventa e um centavos), durante a vigência deste contrato, observadas as disposições do item 8.1, da Cláusula Oitava deste instrumento.

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas.

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros.

c) venda de espaço publicitário.

d) exploração comercial das instalações.

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

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

7.7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria-Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

7.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar.

001035

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos.

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos.

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos

7.14. Ao final do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o **PARCEIRO PRIVADO** obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SUPER/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do Contrato de Gestão.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1. Para o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** o valor a ser repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO** será de R$ 15.929.237,82 (quinze milhões, novecentos e vinte e nove mil, duzentos e trinta e sete reais e oitenta e dois centavos), em 02 (duas) parcelas mensais de R$ 7.964.618,91 (sete milhões, novecentos e sessenta e quatro mil, seiscentos e dezoito mil reais e noventa e um centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do início da vigência do ajuste e os demais até o 5º dia útil de cada mês.

8.2. As despesas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

SEQUENCIAL: 053	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000032070938)**	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	15000 100	Recursos não Vinculados de Impostos - Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

SEQUENCIAL: 054	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000032070938)**	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	16000 100	Transferência Fundo a Fundo de Recursos do SUS
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

8.3. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a que apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

001036

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** de acordo com o plano de gestão de recursos humanos apresentados em sua Proposta Técnica, podendo considerar um modelo misto de trabalhadores, composto por servidores públicos do **PARCEIRO PÚBLICO** e por empregados contratados, em regime celetista, mediante processo seletivo. A Organização Social, para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74;

9.2. É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade;

9.3. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este;

9.4. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

9.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada;

9.6. O PARCEIRO PRIVADO responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

9.7. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria e empregados;

9.8. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual;

9.9. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO** na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.7 e 9.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos;

9.10. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas, poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico;

9.11. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver compatibilidade de horário;

9.12. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

9.13. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa;

9.14. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade;

9.15. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar à disposição, os empregados pagos com recursos do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

9.16. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso;

9.17. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei;

9.18. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir a apuração dos fatos praticados pelo referido profissional;

9.19. Para fins dos limites estabelecidos nos itens 9.7 e 9.8, computam-se as despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do **PARCEIRO PÚBLICO** cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 9.9.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os **PARCEIROS**, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como as referentes ao Termo de Referência e aos Anexos Técnicos, conforme o § 1º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

001037

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** o **PARCEIRO PRIVADO** perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e as disposições legais;

11.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois bimestres não cumprir as metas previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

11.1.5. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **CONTRATO DE GESTÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações.

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s).

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s).

d) **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL;**

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parceiras, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração **do PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

001038

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO.**

x) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente que exercem as atividades-fim das unidades estaduais geridas e que se relacionam à substituição de servidor público, com os respectivos salários.

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**:

a) Termo de Referência;

b) Anexos I, II, III, IV e V;

c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis (Anexo VI) e,

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis (Anexo VII).

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis, que contemplam, inclusive, os bens objeto do Contrato nº 88/2022-SES/GO 1 – De Entrega de Bens Móveis e Imóveis, serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública em que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo **PARCEIRO PRIVADO** de regra constante deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o **PARCEIRO PÚBLICO**, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) Rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação, por extrato, do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, e no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, nos termos do art. 6º, §1º, inciso V, da Lei Estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, será providenciada imediatamente, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO AO CONTRATO DE GESTÃO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em

001039

Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

1.1. O presente Termo de Referência tem por objeto a seleção de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização Social em Saúde, visando à celebração de Contrato de Gestão Emergencial 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, conforme definido neste Termo de Referência e seus Anexos (Especificações Técnicas).

1.2. Considerando:

a. O Despacho do Gabinete Nº Automático 1266 (SEI nº 000029096396) de lavra do Senhor Secretário de Saúde, no qual determina a abertura de procedimento de contratação emergencial com o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPSGE, visando à celebração de Contrato de Gestão Emergencial 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 CONTRATAÇÃO:

2.1. De início, impede consignar que o Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar - IBGH era o gestor da Unidade em caráter regular, contudo, após sucessivas reclamações a respeito do gerenciamento do Hospital, conforme evidenciado nos autos 202000010044353, o titular da Pasta à época notificou a Parceira Privada a respeito da intenção em continuar na administração do nosocômio.

2.2. Em sequência a Organização Social encaminhou o Ofício nº 378/2020-IBGH (v. 000017539705, nos autos 202000010044353) no qual manifestou de forma expressa o seu desinteresse na continuidade da execução do Contrato de Gestão nº 144/2017-SES/GO (000017670240 e 000017670312, autos nº 201600010008683), fato que vulnerou o direito fundamental à saúde da população beneficiada, ensejando pronta resposta do Poder Público com o fito de evitar o completo desamparo aos que usufruem dos serviços colocados à disposição da população.

2.3. Diante desse cenário, o Secretário de Estado da Saúde na ocasião, via Despacho nº 106/2021 – GAB (000017669998), declarou que "(...) *diante da manifestação do IBGH e tendo em vista a impossibilidade desta administração pública de assumir diretamente o gerenciamento das unidades, por total ausência de condições* (...)", para tanto determinou a abertura de chamamento público regular para seleção de Organização Social visando o gerenciamento da unidade de saúde em epígrafe e, paralelamente, a deflagração de procedimento de dispensa de chamamento público com o intuito de resguardar a continuidade dos serviços de saúde, ante a iminente desvinculação da OSS das atividades prestadas na unidade de saúde.

2.4. A referida contratação via procedimento de dispensa de chamamento público, foi fundamentada no art. 6º-F, *caput*, inciso I, da Lei Estadual nº 15.503/2005, que dispõe sobre contratação na hipótese de rescisão contratual em caso inadimplemento do ajuste pelo parceiro privado. Após todo trâmite processual, o ajuste foi aprovado pela Procuradoria-Geral do Estado via Despacho do Gabinete Nº Automático 441 (SEI nº 000019327602), com a consecutiva assinatura do Contrato 08 (SEI nº 000019169540), em caráter emergencial, com prazo máximo de 180 dias.

2.5. Já o processo de chamamento público da Unidade foi autuado no início do ano de 2021, com parecer favorável ao prosseguimento do feito, via Parecer 644 (SEI nº 000021557020, nos autos 202100010000964) em junho de 2021 e publicação do ato convocatório em setembro do mesmo ano (v. 000023815601).

2.6. Após a publicação do ato convocatório, foi aberto o período para impugnação do edital, ocasião em que duas Organizações Sociais, sendo elas: Instituto Actum de Sáude (v. 000023687814) e Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE (v. 000024495415), impugnaram o certame no que se refere a estimativa de custeio da unidade, razão pela qual os autos foram direcionados à área técnica responsável pela precificação da Unidade e, após análise dos anexos IV e V constantes do processo de chamamento, identificaram possível déficit na estimativa.

2.7. Desta forma a Gerência de Avaliação de Organizações Sociais - GAOS emitiu o Despacho 1136 (SEI nº 000024633049), sugerindo, por cautela, a suspensão do chamamento público do HERSO até que fosse concluída a revisão dos anexos IV e V e resposta definitiva às impugnações promovidas pela concorrentes. Nesse sentido, considerando a importância dos anexos técnicos ao certame, o Senhor Secretário acolheu a sugestão da área técnica e determinou a suspensão do Chamamento Público até a solução do imbróglio, conforme Despacho do Gabinete Nº Automático 3567 (SEI nº 000024717305).

2.8. Neste período, considerando a proximidade do fim da vigência do Contrato Emergencial nº 08 (SEI nº 000019169540), foi dado início as tratativas para prorrogação contratual do Ajuste, conforme Despacho 2001 (SEI nº 000023252821) e autorizado pelo titular da Pasta no Despacho do Gabinete Nº Automático 2975 (SEI nº 000023478808), ambos dos autos 202100010038800.

001040

2.9. Em compulso aos autos, verifica-se que anteriormente ao ora pretendido Aditivo de prorrogação da vigência contratual, foi iniciado o trâmite de Termo Aditivo, consoante Minuta carreada aos autos (000022615528), que comtemplava como objeto: ***(i)*** o **acréscimo de 10 (dez) leitos de UTI COVID - adulto no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO;** ***(ii)*** o repasse de recursos financeiros, a título de custeio, para o fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) no Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste Dr. Albanir Faleiros Machado - HURSO e; ***(iii)*** a readequação do valor do repasse mensal para o 1º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 08/2021-SES/GO.

2.10. À respeito, nota-se que após a devida instrução processual para o referido Aditivo, os autos foram remetidos à Procuradoria Setorial, que, por sua vez, exarou o Despacho nº 1524/2021 - PROCSET (000022850464), solicitando esclarecimentos acerca da disparidade dos valores nos documentos instrutórios do feito referente ao acréscimo de leitos pretendido, - *sobretudo diante da informação de que havia sido feita regularização de despesas* -, e, consequentemente, requerendo sua consequente retificação.

2.11. Por ocasião a GAOS emitiu o Despacho 977 (SEI nº 000023848460), manifestando o seguinte teor: "(...) *Em relação ao acréscimo de 10 (dez) leitos de UTI COVID adulto no HERSO, implementados a partir do dia 23/03/2021, atesta-se para os devidos fins, que já ocorreram nos autos do processo SEI 202100010005142 os pagamentos via procedimento de regularização de despesas até o dia 30.08.2021, restando pendente, desse modo, o pagamento dos mencionados leitos apenas do período de 1º a 18 de setembro deste ano, o qual se dará, também, por meio do procedimento de regularização de despesas.*"

2.12. Após os esclarecimentos apresentados, os autos foram direcionados à Procuradoria Setorial para análise do pretendido Termo Aditivo, reverberando no Parecer 954 (SEI nº 000023962300) no dia 28/09/2021, a qual manifestou de forma favorável ao prosseguimento do feito, com a celebração da pretendida prorrogação, condicionada às providências delimitadas ao longo do opinativo.

2.13. Em desfecho, os autos foram direcionados à diversos setores técnicos para o cumprimento das condicionantes, inclusive Órgãos Externos, contudo, devido a excessiva quantidade de trabalhos nesta Secretaria relacionados às contratações de leitos para o enfretamento da COVID-19, conforme já justificado no Despacho 961 (SEI nº 000023760299), bem como a morosidade de resposta dos Órgãos Externos, o caderno processual só retornou à Procuradoria no dia 08/11/2021.

2.14. Em sequência, no dia 10/11/2021, foi produzido o Despacho 1984 (SEI nº 000025054511), de lavra do Setor Jurídico, tecendo questões prejudiciais ao deslinde da causa, especificamente a respeito da data de vigência contratual posta na Minuta de Aditivo, resultando no retorno dos autos, no mesmo dia, à Gerência de Contratos para retificação do documento. Nesse passo, vale destacar, com o devido acatamento, que a Procuradoria Setorial foi extremamente didática ao demonstrar os motivos pelos quais, do ponto de vista legal, a data apresentada na minuta pela Gerência estava equivocada.

2.15. Uma vez recepcionados os autos pelo Setor de Contratos, este, ao invés de proceder com a adequação da cláusula de acordo com os preceitos didaticamente apresentados pela Procuradoria Setorial, limitou-se a exarar o Despacho 1295 (SEI nº 000025156101) no dia 11/11/2021, sugerindo o envio dos autos *"à* ***Superintendência de Performance****, para conhecimento e apresentação dos* ***esclarecimentos requisitados pela PROCSET, quanto ao prazo de vigência contratual*** *e, consequentemente, estipulação do termo inicial do vertente aditivo e se houve a manutenção ou a readequação das Metas de Produção e Desempenho."*

2.16. Como é cediço, neste período, a Superintendência de Performance, através da Secretaria de Estado da Saúde, promovia a instrução processual de diversos aditivos desta Pasta, entre eles o da respectiva Unidade (v. 202100010000191) e ainda do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorim - HEJA (v. 202100010000046), Hospital Estadual de Pirenópolis Ernestina Lopes Jaime - HEELJ (v. 202100010000187), Centro Estadual de Referência e Excelência em Dependência Química - CREDEQ Prof. Jamil Issy (v. 201300010015939), Hospital Estadual Materno Infantil Dr. Jurandir do Nascimento - HMI e Hospital Estadual e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes - HEMNSL (v. 201100010015037), Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad - HDT e Centro Estadual de Atenção Prolongada e Casa de Apoio Condomínio Solidariedade – CEAP - SOL (v. 201100010017260), Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse (v. 202000010028601), Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Goianésia (v. 201900010038452), Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis (v. 201900010038461).

2.17. Além do mais a formalização de contratações emergenciais e chamamentos públicos, tais como: Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD) (v. 202100010054422 e 202100010054420), Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO (v. 202100010054419 e 202100010054415), dentre outros.

2.18. O referido encaminhamento, com a devida licença, mostrou-se equivocado, na medida em que a PROCSET não postulou esclarecimentos acerca do prazo de vigência contratual, pelo contrário, foi o referido setor jurídico quem apresentou esclarecimentos acerca do assunto para demonstrar o equívoco na inserção do prazo na referida cláusula pela Coordenação de Contratos. Logo, caberia ao setor responsável pela elaboração e adequação da minuta do ajuste pretendido a devida correção.

2.19. Desta forma foi produzido o Despacho 1523 (SEI nº 000026363754), pela Gerência de Avaliação de Organizações Sociais, sugerindo à Superintendência de Performance o envio dos autos à Superintendência de Gestão Integrada para conhecimento da situação apresentada e adoção das medidas necessárias à adequação da minuta do termo aditivo para, consequentemente, viabilizar o deslinde do processo.

2.20. Concomitante a isso, a Gerência de Atenção Terciária, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, em atendimento item 6.3 do Parecer PROCSET nº 954/2021 (000023962300), consignou, mediante o Despacho nº 1160/2021 - GERAT (000025330244), que "*[...] que no que se refere ao ANEXO I (000023639412) elaborado por esta Gerência,* ***houve readequação das metas de Produção e de Desempenho,*** *uma vez que foi revisto e alterado a taxa de permanência hospitalar por especialidade e ampliado os serviços de apoio e diagnóstico, impactando diretamente nas metas de produção*" (grifos originais).

2.21. Posteriormente, a mesma gerência, materializado no Despacho nº 1257/2021 - GERAT (000025916808), requereu "(...) *autorização para alteração do perfil dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva pediátrica para Unidade de Terapia Intensiva adulto/UTI Adulto tipo II, tendo em vista a necessidade de otimização de processos e ampliação de produtividade, resultando em melhor atendimento e em menor custo*" e, no mesmo documento, apresentou os critérios técnicos para alteração.

2.22. Os autos foram direcionados à Subsecretaria de Saúde, a qual, mediante o Despacho nº 1075/2021 - SUB (000025997310), manifestou-se "*(...) favorável à alteração proposta e encaminho os autos à Superintendência de Performance para que proceda análise, e tome as providências necessárias para sua operacionalização*".

2.23. Por sua vez, a gerência de Gerência de Avaliação de Organizações Sociais, exarou o Despacho nº 1523/2021 - GAOS (000026363754), arguindo que "*(...) em atenção ao Despacho 1257 (SEI nº 000025916808) e Despacho 1075 (SEI nº 000025997310) informa-se que será realizada nova estimativa de custeio para formalização do aditivo*".

2.24. Nesse sentido, considerando a manifestação da Gerência de Atenção Terciária - GERAT, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS, no Despacho nº 1160/2021 - GERAT (000025330244) e no Despacho nº 1257/2021 - GERAT (000025916808), informando que houve readequação das metas de produção e desempenho por motivos técnicos, foi produzido o Despacho 24 (SEI nº 000026498613) de lavra da Procuradoria Setorial, aduzindo que "(...) ***caso os setores técnicos prossigam na alteração da proposta de trabalho anteriormente adotada***

001041

- consoante já anunciado nos autos - a referida modificação deverá ser objeto de robusta e detalhada justificativa, apta a justificar e demonstrar cabalmente o interesse público de tal modificação, com a respectiva ratificação pelo Titular da Pasta."

2.25. Isso porque a pretensa contratação foi fundamentada no art. 6º-F, inciso I, da Lei Estadual nº 15.503/2005, que condiciona à parceira privada, a adoção da mesma proposta de trabalho objeto do ajuste rescindido.

2.26. A referida justificativa foi apresentada no Despacho 220 (SEI nº 000027038554), de lavra da Superintendência de Performance.

2.27. Sem dúvida todos esses acontecimentos foram determinantes para morosidade dos procedimentos de contratação do HERSO, visto que vários fatores alheios a normalidade de uma contratação ocorreu no processo em comento.

2.28. Assim, o período proposto para vigência contratual exauriu, sem, contudo, a formalização de instrumento contratual.

2.29. Atualmente, no que se refere ao Chamamento Público nº 06/2022-SES/GO, há de mencionar que por situação alheia a normalidade, o Instituto de Gestão e Humanização - IGH apresentou denúncia, com pedido liminar, junto ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás, em face de supostas irregularidades no instrumento de Chamamento da Secretaria da Saúde do Estado de Goiás, o que cominou na suspensão do certame, nos termos do Acordão - Suspensão STA HELENA (SEI nº 000033694760).

2.30. Com efeito, apesar dos esforços desta Pasta no sentido de sanar as pendências apontadas e concluir o chamamento em tempo hábil, a vigência contratual não foi suficiente para conclusão do certame.

2.31. Desta forma, considerando o tempo necessário de conclusão do chamamento público, bem como a importância de cobertura contratual para oferta de assistência em saúde na Unidade, necessário, portanto, a formalização do presente contrato de gestão emergencial até a conclusão do procedimento de contratação.

2.32. Lado outro, cabe ressaltar que o modelo de parceria com entidades sem finalidade lucrativa está regulamentado pela legislação federal bem como pelo Governo do Estado de Goiás por meio de legislação própria (Lei Estadual nº 15.503 de 28 de dezembro de 2005, e alterações posteriores).

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

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

2.35. Os principais benefícios da gestão de unidades hospitalares e/ou ambulatoriais realizadas por meio de uma Organização Social são:

a) Autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais com estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde;

b) Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;

c) 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;

d) Agilidade na tomada de decisões.

e) Menores gastos com recursos humanos;

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

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

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

*O administrativista **contemporâneo** tem consciência da diversificação e capilaridade das funções do Estado atual, realizadas, em grande parte, pela atuação da Administração Pública. Por conseguinte, o direito administrativo, além da finalidade de limite ao poder e garantia dos direitos individuais ante o poder, **deve preocupar-se em elaborar fórmulas para efetivação de direitos sociais e econômicos, de direitos coletivos e difusos, que exigem prestações positivas**. O direito administrativo tem papel de relevo no desafio de uma nova sociedade em **constante mudança** (ênfase acrescida).*[1]

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

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

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

2.41. Esses aprimoramentos instituídos e planejados pela Gestão Estadual podem destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas, quais sejam: a regulação estatal dos processos de gestão dos bens públicos, o

001042

aperfeiçoamento da avaliação, controle e fiscalização dos contratos de gestão com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados, maior publicização das informações de prestação de contas objetivando maior transparência do modelo de parcerias e ajustes do instrumento contratual objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

2.42. A Instituição responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na referida unidade deverá 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.

3. ANEXOS TÉCNICOS

3.1. A gestão por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá seguir às condições estabelecidas neste Termo de Referência, observados os seguintes Anexos:

ANEXO TÉCNICO I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE SERVIÇOS, INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO (v. 000029771746);

ANEXO TÉCNICO II - ENSINO E PESQUISA (v. 000029662641);

ANEXO TÉCNICO III – GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS (v. 000029982806);

ANEXO TÉCNICO IV – ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL (v. 000031817945);

ANEXO TÉCNICO V - SISTEMA DE REPASSE (v. 000031817990).

4. PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES

4.1. O **Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste – HERSO** é caracterizado como Hospital Geral de Alta e Média Complexidade em Urgência e Emergência, inserido na Rede de Urgência e Emergência como porta de Entrada (aberta), conforme classificação de risco, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Sudoeste de Goiás e demais Macrorregiões.

4.2. Além das diretrizes determinadas pelo Anexo I (v. 000029771746) deverá, também, o **PARCEIRO PRIVADO** observar os seguintes tópicos:

4.3. **Da Vigilância em Saúde**

4.3.1. **O PARCEIRO PRIVADO** deverá seguir os seguintes preceitos da Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde:

a) Os laboratórios prestadores de serviços aos hospitais da Rede do Estado de Goiás devem seguir o fluxo de monitoramento de bactérias multirresistentes, incluindo a disponibilidade de cepas de bactérias.

b) Garantir a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente.

c) Alimentar os sistemas relacionados à segurança do paciente (Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária - NOTIVISA), ao controle de infecção hospitalar (Sistema FORMSUS) e ao controle de eventos adversos relacionados a medicamentos e vacinas (Sistema VIGIMED).

d) Seguir a Nota Técnica ANVISA nº 02/2017, sobre Critérios de Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde para Notificações dos Indicadores Nacionais.

e) Garantir às vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme Resolução nº 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), incluindo o fluxo de atendimento e notificações.

f) Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme diretrizes do SUS.

4.4. Da Tecnologia de Informação

4.4.1.A Unidade deverá adotar Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico, pela equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).

4.4.2. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiganóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

4.4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemplem, no mínimo: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado, farmácia e nutrição), sistema de custos, prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº 1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam ao Órgão Fiscalizador do Contrato/SES-GO acessar via *Internet* e gestão do bloco cirúrgico e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios à Secretaria de Estado da Saúde.

4.5. Da Gestão Integrada

001043

4.5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de um Núcleo de Manutenção Geral (NMG), que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, bem como um Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos na Unidade, e manter o Núcleo de Engenharia Clínica para o bom desempenho dos equipamentos.

4.5.2. Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial e de manutenção de equipamentos cujo uso lhe fora permitido.

4.6. Da Integridade e Transparência

4.6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir o acesso à informação, conforme previsto nas Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 e Lei nº 18.025, de 22 de maio de 2013, respectivamente.

4.6.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar a informação relativa à Transparência das OSS, observando sempre o dever de transparência ativa, o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link* (este gerado pela OSS) a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO.

4.6.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar serviço de OUVIDORIA destinado a esclarecer dúvidas, receber elogios, sugestões, informações, reclamações e denúncias dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que permite à Secretaria do Estado da Saúde melhorar a qualidade do atendimento prestado ao usuário. Providenciar resposta adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

4.6.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de Ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

5. MODELO DE GESTÃO E METAS

5.1. O modelo de gestão para gerenciamento dos serviços em parceria com Organizações Sociais deverá respeitar os princípios e diretrizes do SUS, preservando a missão da SES/GO, a legislação ambiental e normas sanitárias, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários.

5.2. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o compromisso de cumprir as obrigações fiscais e financeiras, prestar informações periódicas acerca do funcionamento da Unidade, além de quantificar as metas alcançadas, por meio de sistema informatizado que guardará conexão com os sistemas utilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

5.3. As metas de produção do **HERSO,** serão estimadas para o período de vigência do Contrato de Gestão, e compõem ANEXO TÉCNICO I – Especificações Técnicas, Descritivo de Serviços, Indicadores e Metas de Produção e Desempenho (v. 000029771746), deste documento.

6. VIGÊNCIA

6.1. Os serviços, objeto deste Termo de Referência, serão iniciados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial.

6.2. A vigência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será contada a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial e se dará até o dia 31/10/2022, ou até a contratação decorrente da conclusão de chamamento público em andamento através do Processo nº 202100010000964, o que ocorrer primeiro.

7. DO VALOR DO CONTRATO DE GESTÃO E DO SISTEMA DE REPASSE

7.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste (HERSO),** é de **R$6.118.004,28 (seis milhões, cento e dezoito mil quatro reais e vinte e oito centavos),** no percentil *P50*.

7.2. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a que apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

7.3. **Com relação aos valores a título de custeio dos servidores públicos cedidos ao hospital (v. 000029982806), como é cediço, a referida verba não é repassada à OSS administradora da Unidade, sendo tal montante objeto da denominada "glosa da folha", na medida em que os servidores em questão são diretamente remunerados pelo Estado de Goiás.**

8. DOS INDICADORES DE METAS E DA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1. A avaliação mensal será efetivada em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial até o dia 10 (dez) do mês subsequente. As informações mencionadas serão encaminhadas por meio de formulários definidos pela Secretaria de Estado da Saúde e por meio de registros no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde.

8.2. A cada trimestre será realizada a consolidação dos dados do período com análise conclusiva para avaliação e pontuação dos indicadores inerentes à parte fixa das metas de produção e à parte variável do contrato de gestão, quais sejam os indicadores de qualidade, ressalvadas previsões normativas em contrário.

8.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos 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.

8.4. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SES/GO, até o dia 10 (dez) de cada mês.

8.4.1. O Quadro - Síntese de Metas de Desempenho, que apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre, está disposto no Anexo Técnico I (v. 000029771746).

8.5. Em todos os casos, a avaliação dos indicadores de desempenho será realizada trimestralmente, **ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, **e com comunicado prévio ao PARCEIRO PRIVADO.**

001044

8.6. Em caso de previsão normativa, as metas contratuais (qualitativas e quantitativas) poderão ser suspensas ou compensadas com os atendimentos decorrentes da pandemia do novo coronavírus,

8.7. Nos casos que corresponderem à previsão do item anterior, não será gerado ajuste financeiro a menor decorrente do não cumprimento das metas pactuadas. Em caso diverso, **será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês**, conforme disposto no Anexo Técnico V (v. 000026156057), a depender do percentual de alcance de cada indicador, conforme a avaliação citada no item 8.5.

8.8. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III e V, o PARCEIRO PRIVADO **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste (HERSO).**

8.9. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

8.10. As informações deverão ser enviadas **até o dia 10 (dez) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

8.11. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

8.12. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste (HERSO)**, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

8.13. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

8.14. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores,** na forma disposta neste Termo de Referência e seus Anexos.

8.15. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o **PARCEIRO PRIVADO** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

8.16. A cada período de 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

8.17. A cada 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

8.18. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

8.18.1.. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

8.18.2.. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

8.19. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.

8.20. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

8.21. **A análise referida no item 8.19 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.**

8.22. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

8.23. O **PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente** o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

ANEXO Nº I/2022 - SES/GERAT-18352

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1 Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão ambulatorial adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.2.Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde (MS).

001045

1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas em horário padronizado, sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista).

1.4. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e da Unidade.

1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, *outdoors*, papéis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás.

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade observando as Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigentes.

1.7. Será de inteira responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP.

1.7.1. Sempre que o **PARCEIRO PÚBLICO** for demando judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

1.7.2. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

1.7.3. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.8. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada.

1.9. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

1.10. Consolidar a imagem do HOSPITAL como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência.

1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar *online* à Secretaria de Estado da Saúde, o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC n° 02, de 25 de janeiro de 2010 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da SES ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido.

1.11.1. As atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde deverão estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas. Essas atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso.

1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, registro civil e endereço completo da residência do usuário, bem como nome completo da mãe, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade.

d) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e) Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

f) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

g) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

h) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

i) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

j) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

k) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

l) Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

m) Fornecer ao usuário, por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

001046

- Nome do usuário.
- Data de nascimento do usuário.
- Nome da mãe.
- Nome do Hospital.
- Localização do Hospital (endereço, município, estado).
- Motivo da internação (CID-10).
- Data de admissão e data da alta hospitalar.
- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
- Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".
- Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.
- Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

1.15. Incentivar o uso seguro de medicamentos em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

1.16. Assegurar a implantação e/ou manutenção da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

1.17. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, bem como em conformidade com a legislação estadual correlata.

1.18. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia *Net Promoter Score* (NPS), com envio de seus resultados a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

1.19. 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 (trinta) dias úteis.

1.20. Mensurar mensalmente a Taxa de Absenteísmo dos colaboradores da Unidade Hospitalar de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista).

1.21. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

1.22. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

1.23. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

1.24. Alcançar os índices de desempenho e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Contrato.

1.25. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com ao Complexo Regulador Estadual e incluindo essa informação nos relatórios gerenciais do hospital.

1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação (NIR), que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio do Complexo Regulador Estadual para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes.

1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas e Comitês:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

001047

- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Compliance.

1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento um **Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH**, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

1.29. Implementar e manter um **Núcleo de Engenharia Clínica** responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde que atenda às disposições da RDC nº 02/2010 da ANVISA, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943.

1.30. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o ambulatório à Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como à NBR 15943:2011 e as demais resoluções.

1.31. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o inventário técnico atualizado dos equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos.

1.32. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá fornecer senha e *login* do seu *software* de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do **PARCEIRO PÚBLICO**. O acesso ao *software* não desobriga o **PARCEIRO PRIVADO** a encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

1.33. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025.

1.34. O PARCEIRO PRIVADO deverá implantar o Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por parada cardiorrespiratória e a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS 2.600, de 21/10/2009, nº 3.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011;

1.35. A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:

· Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de Múltiplos órgãos.

· Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos.

1.36 O PARCEIRO PRIVADO deverá implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos contratos de gestão firmados, de acordo com Portaria 1046/2019 - SES/GO, de 03 de dezembro de 2019

1.37 O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE),
- RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- RDC ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.
- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - CAPÍTULO II DO Sangue, Componentes e Hemoderivados;

001048

- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.
- PRT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.
- RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem, avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).
- Resolução COFEN Nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.
- RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º).
- Portaria MS nº1631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.
- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo..
- Portaria de Consolidação Nº 6,de 28 de setembro de 2017-Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD),Seção V.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.
- RDC ANVISA 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.
- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3 - DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo.
- Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.
- Portaria 1046/2019 - SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade

1.38 Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.39 O PARCEIRO PRIVADO deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

1.40. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

1.40.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

1.40.2. A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe.

1.40.3. Para a execução dos serviços de imagem, o mesmo deverá ser definido por meio de rotinas administrativas de funcionamento, protocolos de diagnóstico atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico pela atividade, devendo abordar todos os processos envolvidos no diagnóstico, que contemplem os aspectos organizacionais, operacionais e técnicos.

1.40.4. O **PARCEIRO PRIVADO** adotará ou permitirá a adoção de sistema eletrônico, com as informações completas dos exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento, ou assinadas digitalmente, em conformidade com a legislação vigente. Os laudos deverão estar devidamente armazenados com *backup* e transferidos *on line* para a Unidade Solicitante devendo, para tanto, serem assegurados todos os meios necessários quanto à rede de informática, sistemas e programas, com o encaminhamento dos relatórios para a SES/GO.

1.40.5. O **PARCEIRO PRIVADO** compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de radiologia.

1.40.6.O **PARCEIRO PRIVADO** compromete-se a ter um sistema que permita que tanto os exames de imagem como os respectivos laudos sejam enviados ao sistema de Pacs e Ris da SES/GO. Posteriormente, a Superintendência de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade (SUTIS)

detalhará os procedimentos para contemplar que os laudos terão que ser integrados com o sistema de gestão hospitalar e as imagens serão acessadas através de *link*, pois ficarão hospedadas na SES/GO, ao que será informado previamente.

1.41. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS.

1.42. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

1.42.1. Manter a Agência Transfusional (AT) em pleno funcionamento;

1.42.2. Manter e/ou providenciar a inclusão do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);

1.42.3. Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente;

1.42.4. Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO (unidade de comando e direção da política estadual).

1.42.5. Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente.

1.42.6. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento.

1.42.7. Atender às necessidades terapêuticas dos usuários, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional.

1.42.8. Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO.

1.42.9. Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.

1.42.10. Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).

1.42.11. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.

1.42.12. Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.

1.42.13. Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade e da região de saúde em que está inserida, conforme definir a SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.

1.42.14. Executar os procedimentos necessárias para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionem a unidade e região de saúde.

1.42.15. A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.

1.42.16. Caso necessário e definido pela SES-GO, armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes e realizar sua distribuição para os portadores de coagulopatias ou outras doenças hematológicas, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.

1.42.17. Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expugo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.

1.42.18. Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES e sob sua responsabilidade.

1.42.19. Oferecer assistência de urgência/emergência, independente do tipo de agravo, bem como assistência ambulatorial complementar (exceto em unidades que não tenham atendimento ambulatorial) aos portadores de hemoglobinopatias, coagulopatias e outras doenças hematológicas, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.

1.42.20. Prover a manutenção predial, hidráulica, elétrica, telefonia e rede lógica.

1.42.21. Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.

1.42.22. Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.

1.42.23. Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes.

1.42.24. Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.

1.42.25. Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.

001050

1.42.26. Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.

1.42.27. Manter atuante, na Agência Transfusional, os seguintes programas:

- Programa de Controle da Qualidade Interno.

- Programa de Avaliação Externa da Qualidade.

- Programa de Treinamento e Educação Permanente

1.42.28. Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.

1.42.29. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.

1.42.30. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.

1.42.31. Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.

1.42.32. Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.

1.42.33. Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.

1.42.34. Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresenta-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.

1.42.35. Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS/SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-GO.

1.42.36. Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.

1.42.37. Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

1.42.38. Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/inservibilidade de equipamentos, realizar comunicação formal à Coordenação de Patrimônio da SES-GO. Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, deverá ser solicitada prévia autorização da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

2.1. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.2. O Serviço de Admissão do **PARCEIRO PRIVADO** solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO.

2.3. No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

2.4. Em caso de hospitalização, o **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago ou incompatibilidade de perfil clínico, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o PARCEIRO PRIVADO, em decorrência da assinatura deste Contrato, presta serviços de assistência à saúde, por meio do Complexo Regulador Estadual.

2.5. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.6. O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Complexo Regulador Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora.

2.7. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar semestralmente uma pesquisa de satisfação independente, pesquisando a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados no Hospital, após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

2.8 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá aderir ao sistema de informação para monitoramento, controle e avaliação a ser disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1. Identificação da Unidade

Nome: **Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste – HERSO**

CNES: 6665322

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

Tipo de Unidade: Hospital geral de médio porte.

001051

Gestão da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente.

3.2. Capacidade Instalada

3.2.1. Estrutura

3.2.1.1 O **Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste – HERSO** possui 69 leitos gerais, 18 leitos complementares e 4 leitos dia, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 01. Capacidade Atual Instalada do **Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste – HERSO**

Descrição	Leitos
Clínica Médica	08
Clínica Médica Pediátrica	08
Clínica Cirúrgica	53
UTI Adulto	18
Leitos dia	4

3.2.1.2. O hospital possui uma Agência Transfusional (AT), que, por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imunohematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. O suprimento de hemocomponentes a esta agência é (e deverá continuar a ser) realizado pelo Hemocentro Regional de Rio Verde, tendo retaguarda do Hemocentro Coordenador Estadual Prof. Nion Albernaz (HEMOGO). A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelecer a SES-GO.

3.2.1.3. O serviço de hemoterapia integra 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, inclusive da Superintendência de Atenção Integral à Saúde/Gerência de Atenção Terciária/Coordenação da Hemorrede, especialmente quanto a assistência hemoterápica e hematológica.

3.2.1.4 O Serviço de hemoterapia deverá atender a demanda por realização de procedimentos hemoterápicos da unidade e deverá, sempre que necessário e autorizado pela SES-GO, realizar a distribuição de hemocomponentes a outros serviços de saúde, atendendo a legislação vigente. Nesse contexto, havendo necessidade, deverão ser realizados os testes pré-transfusionais para distribuição de hemocomponentes a outros serviços.

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

3.3. Perfil da Unidade

3.3.1. O **Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste – HERSO** é caracterizado como Hospital Geral de Alta e Média Complexidade em Urgência e Emergência, inserido na Rede de Urgência e Emergência como porta de Entrada (aberta), conforme classificação de risco, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Sudoeste de Goiás e demais Macrorregiões.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. LINHAS DE SERVIÇOS

4.1.1. Para o funcionamento do **Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste – HERSO** serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica;

a.b) Saídas Cirúrgicas;

a.c) Saídas Pediátricas;

a.e) Internações em leitos de UTI;

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

c) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não requer internação hospitalar.

d) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais.

e) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da rede de saúde e que foram regulados para a Unidade.

f) Serviço Intra-hospitalar de Desospitalização

4.1.2. Os Atendimentos de Urgência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

001052

4.2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

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

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

4.2.1.2. Observado o disposto no parágrafo anterior, na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** ser demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam na tabela SUS-SIGTAP, será regressivamente cobrado do **PARCEIRO PRIVADO** os valores correspondentes.

4.2.1.3. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia ao **PARCEIRO PRIVADO.**

4.2.1.4. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

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

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

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

a) Assistência por equipe médica especializada.

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

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

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

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

f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, incluindo os utilizados no Hospital Dia;

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

h) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.

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

j) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.

k) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.

l) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).

m) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.

n) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).

o) Sangue e hemoderivados.

p) Fornecimento de enxoval.

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

r) Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.

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

4.2.5 Composição de equipe mínima de profissionais, tais como Enfermeiro e Assistente Social, para atuarem no processo de desospitalização.

4.3. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS HOSPITALARES

4.3.1. A Unidade Hospitalar deverá dispor de atendimento às urgências e emergências referenciadas e porta aberta, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pelo Complexo Regulador Estadual, durante 24h.

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

4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde.

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

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

001053

4.3.6. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.

4.4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

4.4.1. Consultas Iniciais Médicas e Multiprofissionais na Atenção Especializada

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

4.4.1.2. As consultas ambulatoriais compreendem:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) Interconsulta;

c) Consultas subsequentes (retornos).

4.4.1.3. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Complexo Regulador Estadual ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

4.4.1.4. Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida.

4.4.1.5. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

4.4.1.6. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

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

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

4.4.1.9. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

4.4.1.10. O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais e odontológicas), bem como os tipos de consultas (primeira/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se, ainda, que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente,ou quando se fizer necessário, e que o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 45 dias para realizar a modificação solicitada com relação as especialidades ofertadas.

4.4.1.11. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, **o quantitativo de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais propostas no contrato de gestão**, ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas. As especificações citadas ocorrerão através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e **PARCEIRO PRIVADO.**

4.4.1.12.O Plano Operativo é um instrumento que integrará todos os ajustes entre SES/GO e PARCEIRO PRIVADO, o mesmo deverá conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato de gestão, a definição de oferta de serviços, fluxo de serviços e pactuação de metas. O Plano Operativo trará especificações como as especialidades médicas e multiprofissional que irão compor o quadro de pessoal da Unidade, bem como os tipos de consultas (primeira /interconsulta /retorno) das especialidades que serão ofertadas, o mesmo estabelecerá a carteira de serviços da Unidade de Saúde. O Plano Operativo será reavaliado semestralmente, ou quando se fizer necessário para a equipe técnica da SES/GO e PARCEIRO PRIVADO.

4.5. SADT EXTERNO

4.5.1 O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo conjunto de exames e ações de apoio terapêutico à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

4.6. SERVIÇOS DE APOIO

4.6.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade, o SADT interno deverá ser 24 horas por dia, ininterruptamente.

4.6.2. Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

4.6.3. Serviço de Nutrição e Dietética – SND: deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND é proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

4.6.4. Serviço de Lavanderia: 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 todos os setores da Unidade.

4.6.5. Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

4.6.6 Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

001054

4.7. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

4.7.1. Caso, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os PARCEIROS, o se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada por meio de Termo Aditivo ao presente contrato.

4.8. PROPOSTA DE MELHORIAS

4.8.1. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO, Portaria nº 426/2021 ou outra norma vigente.

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

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

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

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

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

4.9.1. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada, conforme necessidade e demanda do PARCEIRO PÚBLICO.

4.9.2. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

a) Relatórios contábeis e financeiros.

b) Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho.

c) Relatório de Custos, em regime trimestral.

d) Censo de origem dos pacientes atendidos.

e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.

f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

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

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

II - METAS DE PRODUÇÃO

5. REGRA GERAL

5.1. São apresentados as metas de produção contratualizados com o **Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste – HERSO**, referentes aos serviços assistenciais, conforme monitoramento e necessidade as metas podem ser alterados sempre que necessário, conforme avaliação de demanda.

5.2 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente a Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do **Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste – HERSO**

5.3. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

5.4. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte assistencial, a exceção do item 5.4.2.1, os seguintes critérios:

5.4.1. Internações Hospitalares

a) saídas Clínicas

b) saídas Cirúrgicas

c) Saídas Pediátricas

5.4.2. Cirurgias: cirurgias programadas.

5.4.2.1. Para avaliação da meta das cirurgias programadas será observada a oferta do serviço para ao Complexo Regulador Estadual.

5.4.3. Atendimentos Ambulatoriais:

a) consulta médica na atenção especializada

b) consulta multiprofissional na atenção especializada

c) procedimentos programadas ambulatoriais

5.4.6. SADT Externo: exames e ações de apoio e diagnóstico.

001055

5.5 Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente.

5.6 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência regulados ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

Quadro 02. Quadro síntese de metas do **Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste – HERSO**

Dimensão	Descrição	Meta mensal
Internação	Clínica Cirúrgica	359
	Clínica Médica	52
	Clínica Pediátrica	85
	Leito Dia	132
Cirurgias	Cirurgias Programadas	200
Atendimentos Ambulatoriais	Consulta médica na Atenção Especializada	800
	Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	500
	Procedimentos Programados (leito dia)	100
SADT EXTERNO	Eletrocardiograma	200
	Raio X	200
	Tomografia Computadorizada	200
	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE	15

6. INTERNAÇÕES HOSPITALARES

6.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente **saídas hospitalares em clínica cirúrgica, clínica médica, clínica médica pediátrica,** com variação de ± 10% de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuidos nas seguintes áreas:

Quadro 03. Metas de saídas hospitalares para o **Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste – HERSO**

Dimensão	Descrição	Meta mensal
Internação	Clínica Cirúrgica	359
	Clínica Médica	52
	Clínica Médica Pediátrica	85

6.2. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital.

6.2.1. As saídas clínicas (TMP de 4 dias).

6.2.2. As saídas cirúrgicas contemplam também as cirurgias programadas e de urgência/emergência.

6.2.2.1 As saídas cirúrgicas contemplam também as saídas ortopédicas (TMP 4 dias) e especialidades (TMP de 3,5 dias)

6.3. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticos e terapêuticos necessários para o atendimento adequado das internações hospitalares.

7. CIRURGIAS PROGRAMADAS

7.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 200 cirurgias programadas com variação de ± 10%:

Quadro 04. Metas de saídas cirúrgicas (programadas) para o **Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste – HERSO**

Cirurgias Programadas	Meta mensal
Programadas	200

8. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

001056

8.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana e, mensalmente, a meta é atender todos usuários referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.

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

8.3. Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.

8.4. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

9. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar um número de **atendimento ambulatorial em Consultas Médicas** mensais de 800 consultas e **Multiprofissionais** mensais de 500 consultas, com variação de até 10%.

Quadro 05. Metas de consultas ambulatoriais para o **Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste – HERSO**

Atendimento Ambulatorial	**Meta Mensal**
Consulta Médica na Atenção Especializada	800
Consulta Não Médica na Atenção Especializada	500

9.2. O Atendimento Ambulatorial deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, no mínimo, atendendo usuários egressos do próprio Hospital.

9.2.1. As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

9.2.2 As consultas realizadas pela Enfermagem poderão configurar consultas ambulatoriais se atenderem ao Decreto Lei n.º 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas da consulta: análise dos dados contidos no prontuário; entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento; diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro), resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico; plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e registro, que é a legitimação das ações do profissional.

9.3. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente.

9.4. O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, apresentada pelo próprio hospital e posteriormente processada e faturada pelo Ministério da Saúde.

9.5. A Unidade Hospitalar deverá realizar atendimentos nos leitos dia por mês, com variação de até ±10%.

9.6. Durante o tempo de permanência na Unidade, ao paciente deverá ser assegurado condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

Quadro 6. Metas de atendimentos para o **Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste – HERSO**

Procedimentos Programados Ambulatoriais	**Meta Mensal**
Atendimentos	100

10. SADT EXTERNO

10.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização de exames de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), eletrocardiograma, tomografia e raio-x, a pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pela Complexo Regulador Estadual.

10.2. A Unidade Hospitalar deverá ofertar mensalmente para pacientes externos, com variação de até ±10%, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), eletrocardiograma, tomografia e raio-x sendo os pacientes referenciados pela Complexo Regulador Estadual.

Quadro 07. Metas de exames para o SADT Externo do **Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste – HERSO**

Exame	**Meta mensal**
CPRE	15
Raio X	200
Eletrocardiograma	200
Tomografia computadorizada	200

III - INDICADORES DE DESEMPENHO

001057

11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos 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.

11.1. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SES/GO, até o dia 10 (dez) de cada mês.

11.2. Os quadros a seguir apresentam os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro 8- Síntese de Metas de Indicadores de Desempenho

Indicadores de Desempenho	**Meta**
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %
Média de Permanência Hospitalar	≤ 5 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤21
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	≤5%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤20%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%

11.2.1. Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: Relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: [Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100

11.2.2. Média de Permanência Hospitalar (dia)

Conceituação: Relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

Fórmula: [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

11.2.3. Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Conceituação: Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Fórmula: [(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

11.2.4. Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

Conceituação: Mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [No de retornos em até 48 horas/ No de saídas da UTI, por alta] x 100

11.2.5. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

Conceituação: O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável,

001058

melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100

11.2.6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: Mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100

Observação: o indicador será usado apenas como monitoramento, e não computará para efeito de desconto financeiro, haja vista, que o mesmo não está sob do parceiro privado.

O Percentual de ocorrência de rejeições será apenas informado até que o HUGOL obtenha as habilitações em traumato-ortopedia e Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia quando passará a ser monitorado e avaliado para a composição do cálculo de desempenho.

11.2.7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas à organização da Unidade.

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionadas à organização da Unidade, tais como falta de vaga na internação, erro de programação falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

Observação: excluídas as causas relacionadas ao paciente.

11.2.8. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas ao paciente

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados ao paciente, tais como não realizou jejum, absteísmo, não suspendeu o medicamento, sem condições clínicas, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

11.2.9 Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)

Conceituação: monitora e avalia reações adversas a medicamentos (RAM) seja ela leve, moderada ou grave pelo farmacêutico. Considera-se ideal a notificação e classificação de RAMs quanto à sua gravidade, seguidas do seu monitoramento. Este indicador deverá considerar todas as reações adversas a medicamentos, independente do local da ocorrência.

Fórmula: [Nº de pacientes com RAM avaliada quanto à gravidade/ Nº total de pacientes com RAM] x 100

11.2.10 Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Conceituação: Nº de consultas Ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula: Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.

11.2.11 Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.

Conceituação: Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula: [Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100.

**exames externos*

11.2.12 Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS

Conceituação: Analisa a satisfação dos usuários do SUS em relação ao atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Fórmula: [Número de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS / total de atendimentos realizados mensalmente] x 100.

ANEXO Nº II - ENSINO E PESQUISA/2022 - SES/SESG-03776

2. ENSINO E PESQUISA

2.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

2.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

001059

2.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

2.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o PARCEIRO PRIVADO deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

2.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo PARCEIRO PRIVADO, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

2.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

2.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

2.8 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

2.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

2.10. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SESG.

2.11. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

2.12. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o PARCEIRO PRIVADO.

2.13. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

2.14. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normativas referentes aos Programas.

2.15. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, compatíveis com os valores praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.

2.16. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

2.17. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

2.18. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normais legais disciplinares.

2.19. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

2.20. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Residência Média e Multiprofissional, quando devidamente implantados na unidade, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), impreterivelmente, até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao que está sob análise, conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

3. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

3.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

3.2. O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

3.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

3.4. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

3.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

3.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

001060

3.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

3.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

3.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado (pelo Centro de Seleção da UFG) e acompanhado pela SESG por meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

3.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014.

3.11. O profissional contratado pelo regime celetista para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus à gratificação conforme descrito no item 3.10, em razão da equidade.

3.12. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. Atualmente, a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).

3.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar, obrigatoriamente, no mínimo, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU, quando os programas estiverem efetivamente implantados.

4. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

4.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

4.2. O Programa de Residência Médica (PRM), quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

4.3.O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

4.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

4.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).

4.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

4.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

4.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm

4.8. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

4.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica, o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC, se for o caso.

4.10. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

5. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

5.1. A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

5.2. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

5.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS/SES-GO).

5.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

5.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

001961

5.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

5.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.

5.9. O tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS.

5.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar.

5.10.1 Preceptor Colaborador: servidor ativo vinculado à Unidade Assistencial, excepcionalmente designado para atuar como colaborador, por necessidade de desenvolvimento do PRAPS, mediante justificativa fundamentada do Coordenador do programa, com base no Projeto Pedagógico do PRAPS e acatado, em conjunto, pela COREMU/SESG, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos Profissionais da Saúde Residentes em cenários de ensino e aprendizagem. Deverá ter titulação mínima de especialista e ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar. O Preceptor Colaborador não será remunerado pelo exercício da função.

5.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.

5.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção ou indicação entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

5.13. A seleção ou indicação de Preceptores e Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

5.14. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

5.15. Nos PRAPS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

5.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES/GO.

5.17. Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, **obrigatoriamente**, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o parágrafo 1º do artigo 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.

5.18. O estabelecimento de saúde poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.

5.18.1. Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.

5.19. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC, se for o caso.

5.20. As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

5.21. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

6. DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO.

6.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

6.3. Ocorrendo a situação descrita no item 6.2, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

6.4. Quando da implantação e execução dos Programas de Residência, a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás apresentará a estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. Quando houver repasse das bolsas diretamente ao residente médico ou residente multiprofissional, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

001062

6.5. O quantitativo de bolsas custeadas pela SES-GO e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada pela SESG.

6.6. Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, inclusos no custeio mensal da unidade hospitalar.

6.7. Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso apresentadas, a SESG, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

7. ESTÁGIOS CURRICULARES

7.1. 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.

7.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº 225/2021 – SES/GO, de 09 de março de 2021, ou outras que venham substitui-las.

7.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, cuja distribuição será organizada e orientada pela SESG.

7.4 A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada **exclusivamente** pela SESG.

7.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Estágios, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), impreterivelmente, até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao que está sob análise, conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

8. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

8.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela SESG.

8.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAC à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Contrato de Gestão ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

8.3 A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, **semestralmente**, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

8.3.1 Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, **trimestralmente**.

8.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

ANEXO Nº III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2022 - SES/GGDP-03087

Este anexo constitui parte integrante da contratação emergencial do Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPSGE para que dê continuidade ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO,** pelo prazo de 180 (centro e oitenta) dias, ou até a conclusão de Chamamento Público. Objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução do Contrato e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. Este anexo compõe-se de duas partes **(I) Especificações Técnicas,** que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e **(II) Quadro de Servidores cedidos**.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1 Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS) e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a NR-32 que versa sobre Segurança e Saúde no Trabalho em serviços de saúde e tem como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores, ainda, as resoluções dos conselhos profissionais.

1.2 Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

1.3 Disponibilizar equipe médica em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 1634/2002 e alterações posteriores, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no CONTRATO DE GESTÃO.

1.4 Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e os serviços a serem prestados.

1.5 Constituir na unidade sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à NR – 32/2005 do MTE e eventuais atualizações devendo proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados a essas comissões assessoras obrigatórias.

1.6 Assegurar desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do

001063

MTE.

1.7 Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.

1.8 Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado disponibilizando a leitura e migração do banco de dados.

1.9 Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.10 Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade .

1.11 Em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE DO CONTRATO DE GESTÃO será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte **(II) Quadro de Servidores cedidos**, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO.

1.12 Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido CONTRATO DE GESTÃO, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias.

1.13 Para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do CONTRATO DE GESTÃO;

1.14 A dedução de que trata o item 1.11 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à contratação do colaborador substituto (salário e encargos legais), assumidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

1.15 O **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.

1.16 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.

1.17 A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

1.18 O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

1.19 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá comprovar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados.

1.20 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica.

1.21 O **PARCEIRO PRIVADO** poderá devolver ao **PARCEIRO PÚBLICO** servidores cedidos em exercício na Unidade sob seu gerenciamento motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido pelo **PARCEIRO PÚBLICO.**

1.22 O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou os servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento.

1.23 Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos.

1.24 Cabe ao **PARCEIRO PÚBLICO** o estabelecimento dos fluxos dos procedimentos relacionados à vida funcional dos servidores públicos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com o delineamento dos trâmites necessários e definição das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas.

1.25 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar a execução das avaliações Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e de Desempenho Individual para concessão do Prêmio de Incentivo, aplicadas aos servidores públicos cedidos pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto estadual nº 5.668, de 11 de outubro de 2002 e suas alterações e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.

1.26 É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver compatibilidade de horário.

1.27 É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **PARCEIRO PRIVADO**, para quaisquer serviços relativos ao CONTRATO DE GESTÃO.

1.28 O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder a contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade.

1.29 Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contatos do evento, àquele para providências cabíveis ao caso.

1.30 Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT .

001064

1.31 Poderá o **PARCEIRO PRIVADO** atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade cabendo ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos – RHNet promovendo a dedução dos repasses mensais ao **PARCEIRO PRIVADO**. (Despacho nº 137/2022 – GAB PGE)

II – QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.** Abril / 2022.

CARGOS	TOTAL DE SEVIDORES CEDIDOS	VALOR ESTIMADO POR CARGO
Assistente Social- 18.464	05	R$ 49.258,61
Assistente Técnico de Saúde - 18.464	38	R$ 252.400,34
Auxiliar de Radiologia - QT - 18.464	02	R$ 8.390,46
Auxiliar de Serviços Gerais - 18.464	39	R$ 125.562,24
Auxiliar Técnico de Saúde - QT - 18.464	12	R$ 51.997,75
Biomédico - 18.464	03	R$ 30.192,41
Cirurgião-Dentista - 18.464	02	R$ 16.231,90
Enfermeiro - 18.464	13	R$ 153.190,96
Farmacêutico - 18.464	04	R$ 39.406,28
Médico - 18.464	05	R$ 66.586,15
Técnico em Enfermagem - 18.464	147	R$ 960.369,37
Técnico em Laboratório - 18.464	04	R$ 25.437,44
Técnico em Radiologia - 18.464	10	R$ 67.590,72
TOTAL GERAL*	284	
Custo Total Mensal Estimado **	**R$ 1.846.614,63 (um milhão, oitocentos e quarenta e seis mil, seiscentos e quatorze reais e sessenta e três centavos)**	
Fonte: RHNet Ref: Abril/2022 /		

Observações * e ** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de benefícios.

ANEXO Nº IV - ESTIMATIVA DE CUSTEIO - HERSO/2022 - SES/COES-09962

1. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL - HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.

1.1 Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a **estimativa** do custeio operacional do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO,** o qual será objeto de contratação emergencial para seleção de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização Social em Saúde (OSS).

1.2. Para o cálculo **estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I (v. 000029771746) da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS.

1.3. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I (v. 000029771746), o **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar **mensalmente**, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE HOSPITALAR.**

1.4. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

001065

1.5. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.6. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde. Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

1.7. A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **Parceiro Privado** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

2. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

2.1 A estimativa dos custos operacionais do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO,** foi segmentada conforme **possíveis linhas de contratação**. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pela Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS, no Anexo I 000029771746, da Gerência de Atenção Terciária – GERAT.

Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu-se os seguintes critérios:

a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;

b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)* de outras unidades;

c) Tempo Médio de Permanência, por área e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes;

d) Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

2.2. Todavia, os cálculos foram realizados conforme a possibilidade das **Internações Hospitalares**, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente.

3. MÉTODO DE CÁLCULO

3.1. Metodologia

3.1.1 Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

3.1.2. Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foi disponibilizado algoritmo de base de cálculo pela consultora Planisa, sendo consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

a) Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade.

b) Conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial.

c) Seleção de hospitais (N) na base de dados da Planisa (sistema KPIH) com perfis semelhantes a Unidade.

3.1.3 Para o cálculo, a Planisa forneceu percentis (ver em item 3.2) relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do benchmark do sistema *Key Performace Indicators for Health* (KPIH), com referência de 2021.

3.2. Percentis (25, 50 e 75)

3.2.1. O custo mensal estimado foi obtido multiplicando a quantidade estimada de produção, pelo seu custo unitário a *P25, P50 e P75* provenientes de base externa.

3.2.2. O *percentil adotado foi o P50*, que é mais econômico que o *P75*, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

3.2.3. Esta unidade possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade.

3.2.4. Ressalte-se ainda, que quando tratamos de hospitais de média e alta complexidade, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, convenciona-se a utilização do *P50*, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas unidades e aos seus custos integrados. Contudo sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo *benchmark* nacional com os a realidade dos relatórios fornecidos pelo KPIH no território goiano ou, quando é o caso, com os próprios preços praticados pelo Hospital. O Cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto daquela unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização.

3.3. Memória de cálculo

3.3.1. O critério usado para o custeio das **"Internações Hospitalares"** é o paciente-dia, e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias e de 90% para as UTI's. O custeio estimado para as unidades de internação e unidades de terapia intensiva foi obtido multiplicando esse volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária. Média de permanência de 7 dias UTI.

001066

Internação	Nº leitos	TOH	Quantidade dias do mês*	Pacientes Dia Projetado
Clínica Médica	08	85%	30,4	1.370
Clínica Médica Pediátrica	08	70%	30,4	170
Clínica Cirúrgica	53	85%	30,4	207
UTI Adulto	18	90%	30,4	492
Leitos dia	04	85%	30,4	132

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2021.

3.3.2. O custeio das ***cirurgias***

3.3.2.1 O custeio das ***cirurgias*** foi estimado multiplicando o número de horas necessárias para realizar as cirurgias projetadas e, posteriormente, pelo custo unitário da hora cirúrgica.

Serviço	Horas cirúrgicas projetadas
Cirurgias	1.200

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2021.

3.3.3. O custeio das **"Consultas Ambulatoriais"** foi estimado multiplicando a meta projetada pelo seu custo unitário. Devido à variação dos custos, as consultas ambulatoriais foram divididas em **consultas médicas** e **consultas multiprofissionais**. Os custos unitários das consultas médicas e multiprofissionais foram obtidos de base externa.

Serviço	Nº de consultas médicas projetadas/mês
Consulta médica	800
Consulta não médica	500

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2021.

3.3.4. O custeio do **"Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)"** foi obtido multiplicando o volume estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário. O volume de cada item foi obtido considerando o setor solicitante, a quantidade, e o número de paciente-dia ou atendimento que gerou aquela demanda pelo SADT, acrescido da demanda projetada no ANEXO I 000029771746 sendo estes dados obtidos de bases externas.

Serviço	Nº de atendimentos projetadas/mês
Agência transfusional	168
Anatomia patológica	86
Análises clínicas	9.847
Eletrocardiograma	286
Raio-x	1.459
Tomografia Computadorizada	543
Ultrassonografia	35
CPRE	35
Hemodiálise	50
Fisioterapia	6.235
Fonoaudiologia	1.130
Psicologia	2.231
Terapia ocupacional	589

001067

4. VALOR MENSAL ESTIMADO

4.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO,** é de **R$6.118.004,28 (seis milhões, cento e dezoito mil quatro reais e vinte e oito centavos),** no percentil *P50.*

4.2. O montante global a ser repassado é de **R$12.236.008,56 (doze milhões, duzentos e trinta e seis mil oito reais e cinquenta e seis centavos)**, para os 180 dias de vigência contratual, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde.

Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE - HERSO								
DESCRIÇÃO	**CRITÉRIO**	**QUANTIDADE**	**P25**	**P50**	**P75**	**P25**	**P50**	**P75**
1. SERVIÇOS HOSPITALARES								
1. INTERNAÇÃO								
1.1 UI Clínica Cirúrgica	Paciente-dia	1370	609,35	682,60	927,69	834.517,01	934.834,35	1.270.490,01
1.2 UI Clínica Pediátrica	Paciente-dia	170	867,10	1.198,30	1.413,77	147.615,10	203.998,59	240.680,20
1.3 UI Clínica Médica	Paciente-dia	207	665,71	794,18	876,74	137.801,97	164.395,26	181.485,18
1.4. UTI Adulto	Paciente-dia	492	1.978,73	2.275,14	2.995,17	973.535,16	1.119.368,88	1.473.623,64
1.5. Leito dia (Hospital dia)	Paciente-dia	132	501,80	833,60	850,80	66.237,60	110.035,20	112.305,60
						2.159.706,84	**2.532.632,28**	**3.278.584,63**
1.2. EMERGÊNCIA E PRONTO SOCORRO								
1.2.1. Pronto Atendimento/PS	Atendimento	895	279,20	296,90	309,10	**249.884,00**	**265.725,50**	**276.644,50**
2. CIRURGIAS								
2.1. Cirurgia	Hora Cirúrgica	1.200	1.780,20	2.042,90	2.679,00	**2.136.240,00**	**2.451.480,00**	**3.214.800,00**
3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL (c/HM e c/ Mat/Med)								
3.1 Consulta Médica	Consulta	800	110,30	139,50	224,70	88.240,00	111.600,00	179.760,00
3.2. Consulta não-médica	Consulta	500	37,90	79,50	110,00	14.435,00	23.060,00	33.910,00
						102.675,00	**134.660,00**	**213.670,00**
4. SERVIÇOS DE SADT - INTERNO E EXTERNO								
4.1 Agência Transfusional	Bolsas	168	196,90	279,30	333,40	33.079,20	46.922,40	56.011,20
4.2 Anatomia Patológica	Exame	86	34,80	72,80	125,40	2.992,80	6.260,80	10.784,40
4.3 Análises Clínicas	Exame	9.847	6,30	8,10	8,80	62.036,10	79.760,70	86.653,60
4.4 Eletrocardiograma	Exame	286	16,90	28,90	45,50	4.833,40	8.265,40	13.013,00
4.5 Raio X	Exame	1.459	43,10	57,10	71,40	62.882,90	83.308,90	104.172,60
4.6 Tomografia Computadorizada	Sessão	543	99,50	121,60	196,30	54.028,50	66.028,80	106.590,90
4.7 Ultrassonografia	Sessão	35	73,40	81,90	103,70	2.569,00	2.866,50	3.629,50
4.8 CPRE	Sessão	35	253,41	314,90	519,53	8.869,35	11.021,50	18.183,55
4.9 Hemodiálise	Sessão	50	331,90	543,40	1.178,80	16.595,00	27.170,00	58.940,00
4.10 Fisioterapia	Sessão	6.235	22,60	29,10	33,70	140.911,00	181.438,50	210.119,50
4.11 Fonoaudiologia	Sessão	1.130	29,60	41,00	54,10	33.448,00	46.330,00	61.133,00
4.12 Psicologia	Sessão	2.231	60,60	65,30	76,90	135.198,60	145.684,30	171.563,90
4.13 Terapia Ocupacional	Sessão	589	41,60	48,30	57,20	24.502,40	28.448,70	33.690,80
						581.946,25	**733.506,50**	**934.485,95**
TOTAL						**5.230.452,09**	**6.118.004,28**	**7.918.185,08**

Referência Bibliográfica:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia.** Brasília-DF, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

ANEXO Nº V - SISTEMA DE REPASSE - HERSO/2022 - SES/COES-09962

1. REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

1.1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.2. A atividade assistencial a ser contratada será conforme Anexo I (v. 000029771746), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS.

1.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO:**

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica;

a.b) Saídas Cirúrgica;

a.c) Saídas Cuidados Pediátricas;

a.d) Internações em leitos de UTI adulto

001068

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

c) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não requer internação hospitalar.

d) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais.

e) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da rede de saúde e que foram regulados para a Unidade.

f) Serviço Intra-hospitalar de Desospitalização

1.4. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõe a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

1.5. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

2. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

2.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da **SES/GO, Portaria nº 426/2021** ou outra norma vigente.

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

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

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

2.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no Anexo I (v. 000029771746), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS

3. SISTEMA DE REPASSE

3.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, é de **R$ 6.118.004,28 (seis milhões, cento e dezoito mil quatro reais e vinte e oito centavos),** no percentil *P50.*

3.2. O montante global a ser repassado é de **R$ 12.236.008,56 (doze milhões, duzentos e trinta e seis mil oito reais e cinquenta e seis centavos)** para os 180 dias de vigência contratual, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde.

3.3. Do montante estimado mensalmente, a **parte fixa, 90% (noventa por cento),** corresponde ao valor de **R$ 5.506.203,85 (cinco milhões, quinhentos e seis mil duzentos e três reais e oitenta e cinco centavos)** por mês, distribuído percentualmente nos termos indicados na seguinte **TABELA 1:**

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	**PORCENTAGEM (%)**
Internações Hospitalares	41%
Cirurgias	42%
Atendimento ambulatorial	2%
SADT	13%
TOTAL: 100%	

3.4. Do montante estimado mensalmente, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor mensal de **R$ 611.800,43 (seiscentos e onze mil e oitocentos reais e quarenta e três centavos),** sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua

001069

valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**.

3.5. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 1.3. já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no ANEXO TÉCNICO IV (v. 000031805847).

3.6. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, **e com comunicado prévio,** podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.**

3.7. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III, IV e V, a Organização Social **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.**

3.8. **As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.**

3.9. As informações deverão ser enviadas **até o dia 10 (dez) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

3.10. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.

3.11. A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas** pelo **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

3.12. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

3.13. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores,** na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

3.14. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

3.15. A cada período de 03 (três) meses, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

3.16. A cada 03 (três) meses, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta **procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas** pelo PARCEIRO PRIVADO, **verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.**

3.17. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

3.18. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas,** a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

3.19. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

3.20. O PARCEIRO PRIVADO **deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.**

3.21. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

3.22. **Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa,** o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

3.23. O PARCEIRO PÚBLICO **realizará mensalmente,** o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

3.24. Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

4 - CRITÉRIOS DE REPASSE

4.1. Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

4.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I -*Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do* **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO** a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I (v. 000029771746) e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO,** respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II, deste Anexo Técnico V.

TABELA II – TABELA PARA REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO:

MODALIDADE DE	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR

001070

CONTRATAÇÃO		
Internações Hospitalares Peso 41%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
Cirurgias Peso 42%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
Atendimento Ambulatorial Peso 2%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
SADT Externo Peso 13%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames / procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames / procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado exames / procedimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado exames / procedimentos

5. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

5.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico I – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL** ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

5.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM}= Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A= Valor Atingido;

V_M= Valor da Meta.

001071

5.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$

5.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

5.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$

5.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

5.6.1. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado.

TABELA IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100%
9 a 9,9 pontos	90%
8 a 8,9 pontos	80%
7 a 7,9 pontos	70%
6 a 6,9 pontos	60%
Menor que 6 pontos	ZERO

ANEXO VI

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO, E O INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE.

001072

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA, médico, portador da Cédula de Identidade nº 3788518 - DGPC/GO e CPF nº 699.515.191-72, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0002-32, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por EDUARDO PEREIRA RIBEIRO, inscrito no CPF nº 484.680.881-53, portador da Cédula de Identidade nº 2352091 - SSP/GO, residente e domiciliado em Rio Verde - GO, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, firmado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde , em regime de 24 horas/dia, por um período de 180 (cento e oitenta) dias, no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202200010020876, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão e antes do início da gestão no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, CEP 75920-000.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, CEP 75920-000, somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a assinatura do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

001073

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE**, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo as partes firmam o presente Instrumento para que surta os efeitos legais.

ANEXO VII

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO, E O INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE.

001074

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA, médico, portador da Cédula de Identidade nº 3788518 - DGPC/GO e CPF nº 699.515.191-72, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0002-32, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por EDUARDO PEREIRA RIBEIRO, inscrito no CPF nº 484.680.881-53, portador da Cédula de Identidade nº 2352091 - SSP/GO, residente e domiciliado em Rio Verde - GO, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, firmado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde , em regime de 24 horas/dia, por um período de 180 (cento e oitenta) dias, no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202200010020876 **RESOLVEM** as partes firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, CEP 75920-000, onde funciona o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, CEP 75920-000, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a assinatura do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do PERMITENTE.

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO;

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

001075

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo as partes firmam o presente Instrumento para que surta os efeitos legais.

Documento assinado eletronicamente por **Eduardo Pereira Ribeiro**, **Usuário Externo**, em 30/09/2022, às 09:25, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **SANDRO ROGERIO RODRIGUES BATISTA**, **Secretário (a) de Estado**, em 03/10/2022, às 19:49, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000034143998** e o código CRC **9581E15A**.

	202200006087343	Pires do Rio	Augusto M. de Godoy		
	202200006091034		Vasco dos R. Gonçalves	14/12 até às 7h59 de 02/01	02/01 às 8h
	202200006088133	Morrinhos	Nivo das Neves	14/12 até às 8h59 de 02/01	02/01 às 9h
	202200006088243		Jeronimo P. Maia		

Tipo da Licitação: Menor preço por lote. Objeto: contratação de empresa para fornecimento de gêneros alimentícios para a Merenda Escolar. Retire e acompanhe os Editais no site: www.seduc.go.gov.br e www.comprasnet.go.gov.br. Maiores informações, entrar em contato com as Unidades Escolares e a Gerência de Licitação 62.3220-9571.

ALESSANDRA BATISTA LAGO
Gerente de Licitação

AVISO DE CHAMADA PÚBLICA

A SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições legais, torna público os Editais da CHAMADA PÚBLICA - 1º Semestre/2023, referente a contratação de Grupos Formais, Informais e Individuais, para fornecimento de gêneros alimentícios para a Merenda Escolar, nas datas e horários abaixo:

Nº EDITAL	PROCESSO	COORDENAÇÃO REGIONAL	UNIDADE/CONSELHO ESCOLAR	DATA DE RECEBIMENTO DE ENVELOPES 2022/23	DATA SESSÃO 2023
01	202200006088717	Goiânia	Irmã Gabriela	13/12 até 8h59 de 03/01	03/12 às 9h
	202200006089430		Agenor C. de Oliveira		
	202200006084353	Planaltina	C.E Alfa	13/12 até 15h29 de 03/01	04/12 às 15h30

Os Editais poderão ser acompanhados e retirados: https://site.educacao.go.gov.br/licitacoes/. Informações nas Unidades Escolares.

ALESSANDRA BATISTA LAGO
Gerente de Licitação

AVISO DE CHAMADA PÚBLICA

A SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições legais, torna público os Editais da CHAMADA PÚBLICA - 1º Semestre/2023, referente a contratação de Grupos Formais, Informais e Individuais, para fornecimento de gêneros alimentícios para a Merenda Escolar, nas datas e horários abaixo:

Nº EDITAL	PROCESSO	COORDENAÇÃO REGIONAL	UNIDADE/CONSELHO ESCOLAR	DATA DE RECEBIMENTO DE ENVELOPES 2022/23	DATA SESSÃO 2023
02	202200006078774	Formosa	Marechal H. de A. C. Branco	14/12 até 8h29 de 04/01	04/01 às 8h30
	202200006078780		Julio C. Teodoro		
	202200006078784		Damasio R. de Miranda		

Os Editais poderão ser acompanhados e retirados: https://site.educacao.go.gov.br/licitacoes/. Informações nas Unidades Escolares.

ALESSANDRA BATISTA LAGO
Gerente de Licitação

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EXTRATO DE TERMO ADITIVO

EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 88/2022-SES/GO (HERSO - IPGSE). Processo nº 202200010020876. Objeto: Constitui objeto do presente termo aditivo: 1. Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, por período de 180 (cento e oitenta) dias, ou até a conclusão do chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro. 2. Readequação dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico de acordo com a série histórica apresentada pela Unidade. 3. Readequação do valor de repasse mensal para o custeio da Unidade. 4. Aporte de recursos financeiros referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao IPGSE, com lotação no HERSO. Contratante: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. Contratado: Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE. Valor: R$ 43.653.234,30. Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043.2149.03.15000100.90 e 2850.10.302.1043.2149.03.16000100.90 Vigência: 1º de novembro de 2022 a 29 de abril de 2023. Signatários: Sérgio Alberto Cunha Vencio - Secretário de Estado da Saúde. Aluisio Parmezani Pancracio - Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE.

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E JUSTIÇA

EXTRATO DE CONTRATO Nº 143-2022

Processo: 202200016037538. Contratante: Estado de Goiás/Secretaria da Segurança Pública. Contratada: Wanjour Comércio de Metais, Jóias e Serviços de Telecomunicações Ltda, CNPJ 07.260.815/0001-59. Objeto: Aquisição de medalhas diversas. Vigência: 12 meses. Recurso: 223/União. Valor total: R$ 110.920,40 (cento e dez mil, novecentos e vinte reais e quarenta centavos). Data: 13/12/2022.

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA COMUNICAÇÃO SOCIAL - SECOM

AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 67/2022

Processo nº 180172/2022/SES
Objeto: "Aquisição de equipamentos hospitalares, a serem doados aos municípios de Dom Pedro e de São Francisco do Brejão". Abertura: 28/12/2022 às 10:00hs (horário de Brasília); Local: Site do Portal de Compras do Governo Federal (https://www.gov.br/compras/pt-br/). Informações: Comissão Setorial Permanente de Licitação - CSL, localizado na Av. Professor Carlos Cunha, s/n, Jaracaty, CEP: 65.076-820, São Luís/MA; E-mail: csl.sesmaranhao@gmail.com; Fones: (98) 31985558/59/60/61.

São Luís - MA, 12 de dezembro de 2022.
MARCOS MENDES DE LUCENA
Pregoeiro

AVISO DE LICITAÇÃO
LICITAÇÃO PRESENCIAL Nº 32/2022- CSL/EMSERH

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 123.722/2022 - EMSERH
OBJETO: Contratação de Empresa especializada na prestação de serviços de saúde em HEMATOLOGIA para atender a demanda da POLICLÍNICA DE CAXIAS, administrada pela EMSERH.
CRITÉRIO DE JULGAMENTO: MENOR PREÇO POR ITEM
DATA DA ABERTURA: 04/01/2023 às 09h00min, horário de Brasília.
Local de Realização: Auditório da EMSERH, localizada na Av. Borborema, Qd-16, nº 25, Bairro do Calhau, São Luís/MA
Edital e demais informações estão disponíveis em www.emserh.ma.gov.br e www.licitacoes-e.com.br.
Informações adicionais serão prestadas na CSL/EMSERH localizada, na Av. Borborema, Qd-16, nº 25, Bairro do Calhau, São Luís/MA no horário de 08h00min as 12h00min e das 14h00min as 18h00min de segunda a sexta, pelos e-mails csl@emserh.ma.gov.br e/ou vinicius.licitacao.emserh@gmail.com ou pelo Telefone (98) 3235-7333.

São Luís (MA), 7 de dezembro de 2022.
OSMÁLIA ROBERTA DE OLIVEIRA BORGES
Agente de Licitação da CSL/EMSERH

RESULTADO DE JULGAMENTO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 10/2022-CSL/SECTI

O Estado do Maranhão, por meio da Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Inovação - SECTI, torna público o resultado da licitação na modalidade Pregão Eletrônico nº 010/2022-CSL/SECTI, referente ao Processo Administrativo 0194500/2022 - SECTI, que tem por objeto a Aquisição de SMART TVs, parte essencial da execução do Convênio nº 917555/2021, processo nº 01245.007.617.2021-89-MCTI, celebrado entre a União, por intermédio do Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovações - MCTI e o Estado do Maranhão, por intermédio desta Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Inovação - SECTI, cuja vencedora para o item 1 (SMART TV) foi a empresa REINALDO LEITE DE ALBUQUERQUE JUNIOR, (CNPJ nº 30.389.350/0001-52), com valor total de R$ 33.950,000 (trinta e três mil, novecentos e cinquenta reais), conforme Termo de Adjudicação do Pregão Eletrônico nº 00010/2022 e Termo de Homologação nº 00010/2022.

São Luís/MA, 7 de dezembro de 2022.
DAVI DE ARAUJO TELLES.
Secretário de Estado da Ciência,
Tecnologia e Inovação - SECTI.

AVISO DE LICITAÇÃO
LICITAÇÃO ELETRÔNICA Nº 278/2022 - CSL/EMSERH

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 132.105/2022 - EMSERH. OBJETO: Contratação de empresa especializada para PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONTINUADOS DE CONTROLE DE VETORES E PRAGAS URBANAS, ENGLOBANDO DESINSETIZAÇÃO, DESRATIZAÇÃO E DESCUPINIZAÇÃO, para atender as necessidades do LABORATÓRIO CENTRAL - LACEN DE IMPERATRIZ - MA. CRITÉRIO DE JULGAMENTO: MENOR PREÇO POR LOTE. DATA DA SESSÃO: 04/01/2023, às 15h00min, horário de Brasília. Local de Realização: Sistema Licitações-e (www.licitacoes-e.com.br.)
Edital e demais informações estão disponíveis em www.emserh.ma.gov.br e www.licitacoes-e.com.br.
Informações adicionais serão prestadas na CSL/EMSERH localizada, na Av. Borborema, Qd-16, nº 25, Bairro do Calhau, São Luís/MA no horário de 08h00min as 12h00min e das 14h00min as 18h00min de segunda a sexta, pelos e-mails csl.emserh.ma@gmail.com e/ou vinicius.licitacao.emserh@gmail.com ou pelo Telefone (98) 3235-7333.

São Luís (MA), 6 de dezembro de 2022.
VINICIUS BOUERES DIOGO FONTES
Agente de Licitação da CSL/EMSERH

AVISO DE LICITAÇÃO
LICITAÇÃO ELETRÔNICA Nº 277/2022- CSL/EMSERH

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 153.727/2022- EMSERH. OBJETO: Contratação de SERVIÇOS CONTINUADOS DE CONTROLE DE VETORES E PRAGAS URBANAS, ENGLOBANDO DESINSETIZAÇÃO, DESRATIZAÇÃO E DESCUPINIZAÇÃO, para atender as necessidades da POLICLÍNICA DO COHATRAC e UPA DO PAÇO DO LUMIAR. CRITÉRIO DE JULGAMENTO: MENOR PREÇO. DATA DA ABERTURA: 04/01/2023 às 09h00min, horário de Brasília. Local de Realização: Sistema Licitações-e (www.licitacoes-e.com.br.)
Edital e demais informações estão disponíveis em www.emserh.ma.gov.br e www.licitacoes-e.com.br.
Informações adicionais serão prestadas na CSL/EMSERH localizada, na Av. Borborema, Qd-16, nº 25, Bairro do Calhau, São Luís/MA no horário de 08h00min as 12h00min e das 14h00min as 18h00min de segunda a sexta, pelos e-mails csl@emserh.ma.gov.br e osmalia.emserh@gmail.com roberta.oliveira@emserh.ma.gov.br ou pelo Telefone (98) 3235-7333.

São Luís (MA), 6 de dezembro de 2022.
OSMÁLIA ROBERTA DE OLIVEIRA BORGES
Agente de Licitação da CSL/EMSERH

PORTARIA Nº 2279, de 07 de dezembro de 2022. O **SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no artigo 111 e parágrafos da Constituição do Estado de Goiás, nos artigos 5º e 6º da Lei Estadual nº 17.797/2012, no artigo 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e na Portaria nº 526/2019-GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade Fundo a Fundo. RESOLVE: Art. 1º - PRORROGAR a Portaria 116/2022, que homologou o Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de Trindade - GO, cujo objeto é Investimento na área da saúde, constante no processo nº 202100010053498, por 12 (doze) meses a partir do seu vencimento. Art. 2º - DETERMINAR a transferência do recurso na modalidade Fundo a Fundo, no valor total de R$ 150.000,00 (Cento e cinquenta mil reais). Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão Integrada - SGI, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação. Art. 3º - Para a Prestação de Contas o Município deverá observar a Seção II, do Capítulo IX, da Lei estadual nº 17.928/2012, bem como o artigo 18 da Portaria nº 526/2019 - SES/GO. § 1º - A prestação de contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade Fundo a Fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. § 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução. Art. 4º - A vigência do presente instrumento será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado. Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE. Gabinete do SECRETÁRIO da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. SÉRGIO ALBERTO CUNHA VÊNCIO.

Protocolo 346958

PORTARIA Nº 2280, de 07 de dezembro de 2022. O **SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no artigo 111 e parágrafos da Constituição do Estado de Goiás, nos artigos 5º e 6º da Lei Estadual nº 17.797/2012, no artigo 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e na Portaria nº 526/2019-GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade Fundo a Fundo. RESOLVE: Art. 1º - PRORROGAR a Portaria 211/2022, que homologou o Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de TRINDADE - GO, cujo objeto é Investimento na área da saúde, constante no processo nº 202100010053496, por 12 (doze) meses a partir do seu vencimento. Art. 2º - DETERMINAR a transferência do recurso na modalidade Fundo a Fundo, no valor total de R$ 150.000,00 (Cento e cinquenta mil reais). Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão Integrada - SGI, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação. Art. 3º - Para a Prestação de Contas o Município deverá observar a Seção II, do Capítulo IX, da Lei estadual nº 17.928/2012, bem como o artigo 18 da Portaria nº 526/2019 - SES/GO. § 1º - A prestação de contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade Fundo a Fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. § 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução. Art. 4º - A vigência do presente instrumento será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado. Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE. Gabinete do SECRETÁRIO da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. SÉRGIO ALBERTO CUNHA VÊNCIO.

Protocolo 346959

PORTARIA Nº 2281, de 07 de dezembro de 2022 O **SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no artigo 111 e parágrafos da Constituição do Estado de Goiás, nos artigos 5º e 6º da Lei Estadual nº 17.797/2012, no artigo 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e na Portaria nº 526/2019-GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade Fundo a Fundo. RESOLVE: Art. 1º - PRORROGAR a Portaria 262/2022, que homologou o Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de Trindade - GO, cujo objeto é Investimento na área da saúde, constante no processo nº 202100010053499, por 12 (doze) meses a partir do seu vencimento. Art. 2º - DETERMINAR a transferência do recurso na modalidade Fundo a Fundo, no valor total de R$ 150.000,00 (Cento e cinquenta mil reais). Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão Integrada - SGI, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação. Art. 3º - Para a Prestação de Contas o Município deverá observar a Seção II, do Capítulo IX, da Lei estadual nº 17.928/2012, bem como o artigo 18 da Portaria nº 526/2019 - SES/GO. § 1º - A prestação de contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade Fundo a Fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. § 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução. Art. 4º - A vigência do presente instrumento será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado. Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE. Gabinete do SECRETÁRIO da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. SÉRGIO ALBERTO CUNHA VÊNCIO.

Protocolo 346962

EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 88/2022-SES/GO (HERSO - IPGSE). Processo nº 202200010020876. Objeto: Constitui objeto do presente termo aditivo: 1. Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, por período de 180 (cento e oitenta) dias, ou até a conclusão do chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro. 2. Readequação dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico de acordo com a série histórica apresentada pela Unidade. 3. Readequação do valor de repasse mensal para o custeio da Unidade. 4. Aporte de recursos financeiros referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao IPGSE, com lotação no HERSO. Contratante: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. Contratado: Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE. Valor: R$ 43.653.234,30. Dotação Orçamentária: 2850.10.302.104 3.2149.03.15000100.90 e 2850.10.302.1043.2149.03.16000100.90 Vigência: 1º de novembro de 2022 a 29 de abril de 2023. Signatários: Sérgio Alberto Cunha Vencio - Secretário de Estado da Saúde. Aluisio Parmezani Pancracio - Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE.

Protocolo 347123

EXTRATO DO 4º APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº 213 /2014-SES/GO. **Processo nº**: 201400005004621 .**Contratada**: TORMINN & TORMINN ADMINISTRADORA DE BENS LTDA. **Objeto:** Reajuste do valor mensal do aluguel, em 8,727060 % , em decorrência da da aplicação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística - IPCA/ IBGE, acumulado no período de 09/2021 a 08/2022. **Valor Total do Reajuste:** R$ 17.998,20.**Vigência**: 30/09/2022 a 29/09/2023. **Data da assinatura da Apostila**: 12/12/2022. Signatário: Sérgio Alberto Cunha Vêncio. Secretário de Estado da Saúde.

Protocolo 346923

Secretaria de Estado da Economia

EXTRATO DA PORTARIA Nº 38, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2022

Assunto: Instauração de PA
Referência: 202200004102950
Síntese do Fato: possível recebimento indevido de remuneração, quando da prática das transgressões disciplinares previstas no art. 56, parágrafo 7º, inciso I, da Lei Estadual nº 10.460/88, e art. 202, inciso III, da Lei nº 20.756/2020, apuradas em Processo Administrativo Disciplinar, com decisão condenatória já transitada em julgado.
Autoridade Instauradora do PA: Chefe da Corregedoria Fiscal
Data da Portaria: 13/12/2022

PUBLIQUE-SE.

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ADITIVO

Primeiro Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, celebrado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE.

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta Capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, SÉRGIO ALBERTO CUNHA VENCIO, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 1639988-1604589/SSP-GO e inscrito no CPF sob o nº 599.380.721-00, residente e domiciliado nesta Capital, e o **INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE**, doravante denominado simplesmente **PARCEIRO PRIVADO**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0002-32, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO, brasileiro, casado, engenheiro, inscrito no CPF nº 159.938.598-81, portador da Cédula de Identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP, residente e domiciliado em Rio Verde - GO, decidem celebrar o presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 88/2022-SES/GO**, para o gerenciamento, operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir delineadas, conforme processo administrativo nº 202200010020876.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente termo aditivo:

1.1.1. Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO (000034143998), por período de 180 (cento e oitenta) dias, ou até a conclusão do chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro.

1.1.2. Readequação dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico de acordo com a série histórica apresentada pela Unidade.

1.1.3. Readequação do valor de repasse mensal para o custeio da Unidade.

1.1.4. Aporte de recursos financeiros referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

2.1. Os objetos deste instrumento estabelecidos na Cláusula Primeira estão amparados no Ofício nº 50023/2022/SES (000034452444), na manifestação da Organização Social pelo interesse na prorrogação do contrato através do Ofício nº 146/2022-IPGSE (000034740500), no Despacho nº 1673/2022-SES/SUPER (000032349497), no Despacho nº 2889/2022-GAB (000032354034), no Despacho nº 404/2022-SES/SSG (000032358634), no Despacho nº 1092/2022-SES/GERAT (000032407075), no Despacho nº 2104/2022-SES/SUPER (000034125286), no Despacho nº 2266/2022-SES/SUPER (000034672180), no Anexo I - SES/GERAT/2022 (000032405515), no Anexo II - SES/SESG/2022 (000032358487), no Anexo III - SES/GGDP/2022 (000032364374), no Anexo IV - SES/COES/2022 (000035343064), no Anexo V - SES/COES/2022 (000034756592), na Requisição de Despesa nº 98/2022-SES/SUPER (000034125245) e autorização do Sr. Secretário de Estado da Saúde nela constante, e se fundamenta n Lei estadual nº 15.503/2005.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA PRORROGAÇÃO

3.1. Fica prorrogado o prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO (000034143998), pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, com início em **1º de novembro de 2022 e término em 29 de abril de 2023**, ou até a conclusão do chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro, condicionando sua eficácia à publicação do extrato no Diário Oficial do Estado.

CLÁUSULA QUARTA - DA READEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

4.1. Fica acordado a readequação dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico de conformidade com a série histórica, alinhadas ao perfil eletivo destinado ao Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, buscando otimizar a eficiência e a eficácia do desempenho, de conformidade com as especificações constante do Anexo I - SES/GERAT/2022 (000032405515) deste ajuste.

CLÁUSULA QUINTA - DA READEQUAÇÃO DO VALOR DO REPASSE MENSAL PARA CUSTEIO DA UNIDADE

5.1. Conforme a redação do Anexo V – Sistema de Repasse (000034756592), fica estabelecido o valor do repasse mensal para custeio das partes Assistencial e dos Indicadores de Desempenho do presente ajuste, no valor estimado de R$ 5.115.713,85 (cinco milhões, cento e quinze mil, setecentos e treze reais e oitenta e cinco centavos), totalizando R$ 30.694.283,10 (trinta milhões, seiscentos e noventa e quatro mil, duzentos e oitenta e três reais e dez centavos), da seguinte forma:

5.1.1. Ao custeio da parte assistencial, que corresponde a 90% (noventa por cento) do valor do repasse, o valor mensal será de R$ 4.604.142,47 (quatro milhões, seiscentos e quatro mil, cento e quarenta e dois reais e quarenta e sete centavos), totalizando R$ 27.624.854,82 (vinte e sete

milhões, seiscentos e vinte e quatro mil, oitocentos e cinquenta e quatro reais e oitenta e dois centavos).

5.1.2. Ao custeio da parte dos Indicadores de Desempenho, que corresponde a 10 % (dez por cento) do valor do repasse, o valor mensal será de R$ 511.571,38 (quinhentos e onze mil, quinhentos e setenta e um reais e trinta e oito centavos), totalizando R$ 3.069.428,28 (três milhões, sessenta e nove mil, quatrocentos e vinte e oito reais e vinte e oito centavos).

CLÁUSULA SEXTA – DO REPASSE REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO

6.1. Fica acordado o repasse mensal estimado de R$ 2.159.825,20 (dois milhões, cento e cinquenta e nove mil, oitocentos e vinte e cinco reais e vinte centavos), totalizando R$ 12.958.951,20 (doze milhões, novecentos e cinquenta e oito mil, novecentos e cinquenta e um reais e vinte centavos), referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO, conforme Anexo III - SES/GGDP/2022 (000032364374).

6.2. O valor total de custeio referente à folha de pagamento é estimado e variável, conforme a disponibilização e/ou remoção dos servidores, bem como dependente dos valores que compõem a remuneração dos servidores efetivos (tais como produtividade, insalubridade, quinquênios, dentre outros).

6.3. A informação do valor é repassada, mensalmente, para a Gerência de Avaliação de Organizações Sociais/Superintendência de Performance, no intuito de que a mesma efetue a glosa necessária, a partir do consolidado ofertado pela Coordenação de Folha de Pagamento/Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO VALOR

7.1. O valor total do presente Termo Aditivo é estimado em R$ 43.653.234,30 (quarenta e três milhões, seiscentos e cinquenta e três mil, duzentos e trinta e quatro reais e trinta centavos), sendo R$ 30.694.283,10 (trinta milhões, seiscentos e noventa e quatro mil, duzentos e oitenta e três reais e dez centavos) destinados ao custeio do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, e R$ 12.958.951,20 (doze milhões, novecentos e cinquenta e oito mil, novecentos e cinquenta e um reais e vinte centavos), referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO, conforme tabela abaixo:

DETALHAMENTO	PERÍODO	VALOR MENSAL	VALOR TOTAL
Repasse de recursos financeiros referente ao 1º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão de nº 88/2022 - SES/GO, firmado entre a Organização Social, Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, e o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), para o gerenciamento, a operacionalização	180 dias	R$ 5.115.713,85	R$ 30.694.283,10

e a execução das ações e serviços de saúde no HERSO.			
Aporte de recursos financeiros referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO.	180 dias	R$ 2.159.825,20	R$ 12.958.951,20
TOTAL			**R$ 43.653.234,30**

CLÁUSULA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1. As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados nas notas de empenho e respectiva dotação orçamentária abaixo relacionadas:

NOTAS DE EMPENHO			
Nº	DATA	SEI	VALOR
00446	28/10/2022	000034952559	R$ 7.451.657,58
00076	28/10/2022	000034952640	R$ 2.779.770,12
TOTAL			**R$ 10.231.427,70**

Sequencial: 053	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000034866335)	
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – Fes
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde integral
Ação	2149	Atendimento assistencial em saúde
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte de Recurso	15000 100	Recursos não vinculados de impostos
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

Sequencial: 054	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000034866335)

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – Fes
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde integral
Ação	2149	Atendimento assistencial em saúde
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte de Recurso	16000 100	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

8.2. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa nas dotações orçamentárias de que trata o item 8.1. poderá ser substituída por outra, tanto de origem federal quanto de origem estadual, a que apresentar disponibilidade financeira.

8.3. Para o próximo exercício as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o PARCEIRO PÚBLICO obrigado a apresentar no início do exercício a respectiva nota de empenho estimativo e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

CLÁUSULA NONA - DAS CLÁUSULAS INALTERADAS

9.1. Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições do Contrato nº 88/2022 - SES/GO, naquilo que não conflite com o pactuado no presente instrumento, que passa a fazer parte integrante daquele ajuste.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA PUBLICAÇÃO

10.1 O presente termo aditivo será publicado por extrato no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, bem como no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, correndo as despesas por conta do PARCEIRO PÚBLICO.

E por estarem acordes, assinam as partes para que produza seus jurídicos efeitos.

ANEXO DO TERMO ADITIVO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos

das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

2-DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 - A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 - O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 - Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 - O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública da existência e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1.O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1 Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão ambulatorial adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.2.Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde (MS).

1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas em horário padronizado, sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista).

1.4. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e da Unidade.

1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, *outdoors*, papéis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás.

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade observando as Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigentes.

1.7. Será de inteira responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP.

1.7.1. Sempre que o **PARCEIRO PÚBLICO** for demando judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

1.7.2. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

1.7.3. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.8. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada.

1.9. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

1.10. Consolidar a imagem do HOSPITAL como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência.

1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar *online* à Secretaria de Estado da Saúde, o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC n° 02, de 25 de janeiro de 2010 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da SES ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido.

1.11.1. As atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde deverão estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas. Essas atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso.

1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, registro civil e endereço completo da residência do usuário, bem como nome completo da mãe, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade.

d) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e) Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

f) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

g) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

h) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

i) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

j) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

k) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

l) Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

m) Fornecer ao usuário, por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- Nome do usuário.
- Data de nascimento do usuário.
- Nome da mãe.
- Nome do Hospital.
- Localização do Hospital (endereço, município, estado).
- Motivo da internação (CID-10).
- Data de admissão e data da alta hospitalar.
- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
- Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".
- Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.
- Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

1.15. Incentivar o uso seguro de medicamentos em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

1.16. Assegurar a implantação e/ou manutenção da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

1.17. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, bem como em conformidade com a legislação estadual correlata.

1.18. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia *Net Promoter Score* (NPS), com envio de seus resultados a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

1.19. 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 (trinta) dias úteis.

1.20. Mensurar mensalmente a Taxa de Absenteísmo dos colaboradores da Unidade Hospitalar de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista).

1.21. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

1.22. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

1.23. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

1.24. Alcançar os índices de desempenho e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Contrato.

1.25. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com ao Complexo Regulador Estadual e incluindo essa informação nos relatórios gerenciais do hospital.

1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação (NIR), que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio do Complexo Regulador Estadual para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes.

1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas e Comitês:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);

- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Compliance.

1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento um **Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH**, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

1.29. Implementar e manter um **Núcleo de Engenharia Clínica** responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde que atenda às disposições da RDC nº 02/2010 da ANVISA, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943.

1.30. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o ambulatório à Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como à NBR 15943:2011 e as demais resoluções.

1.31. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o inventário técnico atualizado dos equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos.

1.32. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá fornecer senha e *login* do seu *software* de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do **PARCEIRO PÚBLICO**. O acesso ao *software* não desobriga o **PARCEIRO PRIVADO** a encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

1.33. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025.

1.34. O PARCEIRO PRIVADO deverá implantar o Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por parada cardiorrespiratória e a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS 2.600, de 21/10/2009, nº 3.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011;

1.35. A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:

· Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de Múltiplos órgãos.

· Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos.

1.36 O PARCEIRO PRIVADO deverá implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos contratos de gestão firmados, de acordo com Portaria 1046/2019 - SES/GO, de 03 de dezembro de 2019

1.37 O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE),

- RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

- RDC ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.

- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - CAPÍTULO II DO Sangue, Componentes e Hemoderivados;

- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.

- PRT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.

- PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

- Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.

- RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem, avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

- Resolução COFEN Nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

- RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º).

- Portaria MS nº1631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.

- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo..

- Portaria de Consolidação Nº 6,de 28 de setembro de 2017-Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do

Sistema Único de Saúde - Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD),Seção V.

- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.

- RDC ANVISA 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.

- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.

- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.

- PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3 - DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo.

- Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.

- Portaria 1046/2019 - SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade

1.38 Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.39 O PARCEIRO PRIVADO deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

1.40. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

1.40.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

1.40.2. A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe.

1.40.3. Para a execução dos serviços de imagem, o mesmo deverá ser definido por meio de rotinas administrativas de funcionamento, protocolos de diagnóstico atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico pela atividade, devendo abordar todos os processos

envolvidos no diagnóstico, que contemplem os aspectos organizacionais, operacionais e técnicos.

1.40.4. O **PARCEIRO PRIVADO** adotará ou permitirá a adoção de sistema eletrônico, com as informações completas dos exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento, ou assinadas digitalmente, em conformidade com a legislação vigente. Os laudos deverão estar devidamente armazenados com *backup* e transferidos *on line* para a Unidade Solicitante devendo, para tanto, serem assegurados todos os meios necessários quanto à rede de informática, sistemas e programas, com o encaminhamento dos relatórios para a SES/GO.

1.40.5. O **PARCEIRO PRIVADO** compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de radiologia.

1.40.6.O **PARCEIRO PRIVADO** compromete-se a ter um sistema que permita que tanto os exames de imagem como os respectivos laudos sejam enviados ao sistema de Pacs e Ris da SES/GO. Posteriormente, a Superintendência de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade (SUTIS) detalhará os procedimentos para contemplar que os laudos terão que ser integrados com o sistema de gestão hospitalar e as imagens serão acessadas através de *link*, pois ficarão hospedadas na SES/GO, ao que será informado previamente.

1.41. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS.

1.42. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

1.42.1. Manter a Agência Transfusional (AT) em pleno funcionamento;

1.42.2. Manter e/ou providenciar a inclusão do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);

1.42.3. Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente;

1.42.4. Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO (unidade de comando e direção da política estadual).

1.42.5. Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente.

1.42.6. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento.

1.42.7. Atender às necessidades terapêuticas dos usuários, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional.

1.42.8. Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO.

1.42.9. Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados,

bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.

1.42.10. Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).

1.42.11. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.

1.42.12. Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.

1.42.13. Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade e da região de saúde em que está inserida, conforme definir a SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.

1.42.14. Executar os procedimentos necessárias para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionem a unidade e região de saúde.

1.42.15. A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.

1.42.16. Caso necessário e definido pela SES-GO, armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes e realizar sua distribuição para os portadores de coagulopatias ou outras doenças hematológicas, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.

1.42.17. Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expugo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.

1.42.18. Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES e sob sua responsabilidade.

1.42.19. Oferecer assistência de urgência/emergência, independente do tipo de agravo, bem como assistência ambulatorial complementar (exceto em unidades que não tenham atendimento ambulatorial) aos portadores de hemoglobinopatias, coagulopatias e outras doenças hematológicas, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.

1.42.20. Prover a manutenção predial, hidráulica, elétrica, telefonia e rede lógica.

1.42.21. Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas

deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.

1.42.22. Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.

1.42.23. Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes.

1.42.24. Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.

1.42.25. Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.

1.42.26. Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.

1.42.27. Manter atuante, na Agência Transfusional, os seguintes programas:

- Programa de Controle da Qualidade Interno.

- Programa de Avaliação Externa da Qualidade.

- Programa de Treinamento e Educação Permanente

1.42.28. Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.

1.42.29. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.

1.42.30. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.

1.42.31. Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.

1.42.32. Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.

1.42.33. Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.

1.42.34. Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresenta-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.

1.42.35. Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS/SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como

prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-GO.

1.42.36. Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.

1.42.37. Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

1.42.38. Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/inservibilidade de equipamentos, realizar comunicação formal à Coordenação de Patrimônio da SES-GO. Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, deverá ser solicitada prévia autorização da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

2.1. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.2. O Serviço de Admissão do **PARCEIRO PRIVADO** solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO.

2.3. No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

2.4. Em caso de hospitalização, o **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago ou incompatibilidade de perfil clínico, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o PARCEIRO PRIVADO, em decorrência da assinatura deste Contrato, presta serviços de assistência à saúde, por meio do Complexo Regulador Estadual.

2.5. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.6. O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Complexo Regulador Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora.

2.7. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar semestralmente uma pesquisa de satisfação independente, pesquisando a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados no

Hospital, após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

2.8 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá aderir ao sistema de informação para monitoramento, controle e avaliação a ser disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1. Identificação da Unidade

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

CNES: 6665322

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

Tipo de Unidade: Hospital geral de pequeno porte.

Gestão da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente.

3.2. Capacidade Instalada

3.2.1. Estrutura

3.2.1.1 O Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO) possui leitos gerais e leitos complementares bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 01. Capacidade Atual Instalada do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO)

Descrição	Leitos
Clínica Médica	08
Clínica Médica Pediátrica	08
Clínica Cirúrgica	53
UTI Adulto	18
Leitos dia	4

3.2.1.2. O hospital possui uma Agência Transfusional (AT), que, por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imunohematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. O suprimento de

hemocomponentes a esta agência é (e deverá continuar a ser) realizado pelo Hemocentro Regional de Rio Verde, tendo retaguarda do Hemocentro Coordenador Estadual Prof. Nion Albernaz (HEMOGO). A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelecer a SES-GO.

3.2.1.3. O serviço de hemoterapia integra 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, inclusive da Superintendência de Atenção Integral à Saúde/Gerência de Atenção Terciária/Coordenação da Hemorrede, especialmente quanto a assistência hemoterápica e hematológica.

3.2.1.4 O Serviço de hemoterapia deverá atender a demanda por realização de procedimentos hemoterápicos da unidade e deverá, sempre que necessário e autorizado pela SES-GO, realizar a distribuição de hemocomponentes a outros serviços de saúde, atendendo a legislação vigente. Nesse contexto, havendo necessidade, deverão ser realizados os testes pré-transfusionais para distribuição de hemocomponentes a outros serviços.

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

3.3. Perfil da Unidade

3.3.1. O **HERSO** é caracterizado como Hospital Geral de Alta e Média Complexidade em Urgência e Emergência, inserido na Rede de Urgência e Emergência como porta de Entrada (aberta), conforme classificação de risco, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Sudoeste de Goiás e demais Macrorregiões.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. LINHAS DE SERVIÇOS

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

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica;

a.b) Saídas Cirúrgicas;

a.c) Saídas Pediátricas;

a.e) Internações em leitos de UTI;

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

c) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não requer internação hospitalar.

d) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais.

e) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da rede de saúde e que foram regulados para a Unidade.

f) Serviço Intra-hospitalar de Desospitalização

4.1.2. Os Atendimentos de Urgência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

4.2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

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

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

4.2.1.2. Observado o disposto no parágrafo anterior, na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** ser demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam na tabela SUS-SIGTAP, será regressivamente cobrado do **PARCEIRO PRIVADO** os valores correspondentes.

4.2.1.3. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia ao **PARCEIRO PRIVADO.**

4.2.1.4. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

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

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

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

a) Assistência por equipe médica especializada.

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

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

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

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

f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, incluindo os utilizados no Hospital Dia;

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

h) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.

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

j) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.

k) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.

l) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).

m) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.

n) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).

o) Sangue e hemoderivados.

p) Fornecimento de roupas hospitalares.

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

r) Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.

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

4.2.5 Composição de equipe mínima de profissionais, tais como Enfermeiro e Assistente Social, para atuarem no processo de desospitalização.

4.3. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS HOSPITALARES

4.3.1. A Unidade Hospitalar deverá dispor de atendimento às urgências e emergências referenciadas e porta aberta, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pelo Complexo Regulador Estadual, durante 24h.

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

4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde.

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

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

4.3.6. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.

4.4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

4.4.1. Consultas Iniciais Médicas e Multiprofissionais na Atenção Especializada

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

4.4.1.2. As consultas ambulatoriais compreendem:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) Interconsulta;

c) Consultas subsequentes (retornos).

4.4.1.3. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Complexo Regulador Estadual ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

4.4.1.4. Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida.

4.4.1.5. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

4.4.1.6. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

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

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

4.4.1.9. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

4.4.1.10. O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais e odontológicas), bem como os tipos de consultas (primeira/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das

mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se, ainda, que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente, ou quando se fizer necessário, e que o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 45 dias para realizar a modificação solicitada com relação as especialidades ofertadas.

4.4.1.11. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, **o quantitativo de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais propostas no contrato de gestão**, ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas. As especificações citadas ocorrerão através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e **PARCEIRO PRIVADO.**

4.4.1.12.O Plano Operativo é um instrumento que integrará todos os ajustes entre SES/GO e PARCEIRO PRIVADO, o mesmo deverá conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato de gestão, a definição de oferta de serviços, fluxo de serviços e pactuação de metas. O Plano Operativo trará especificações como as especialidades médicas e multiprofissional que irão compor o quadro de pessoal da Unidade, bem como os tipos de consultas (primeira /interconsulta /retorno) das especialidades que serão ofertadas, o mesmo estabelecerá a carteira de serviços da Unidade de Saúde. O Plano Operativo será reavaliado semestralmente, ou quando se fizer necessário para a equipe técnica da SES/GO e PARCEIRO PRIVADO.

4.5. SADT EXTERNO

4.5.1 O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo conjunto de exames e ações de apoio terapêutico à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

4.6. SERVIÇOS DE APOIO

4.6.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade, o SADT interno deverá ser 24 horas por dia, ininterruptamente.

4.6.2. Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

4.6.3. Serviço de Nutrição e Dietética – SND: deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND é proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

4.6.4. Serviço de Lavanderia: 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 todos os setores da Unidade.

4.6.5. Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

4.6.6 Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

4.7. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

4.7.1. Caso, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os PARCEIROS, o se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada por meio de Termo Aditivo ao presente contrato.

4.8. PROPOSTA DE MELHORIAS

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

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

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

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

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

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

4.9.1. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada, conforme necessidade e demanda do PARCEIRO PÚBLICO.

4.9.2. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

a) Relatórios contábeis e financeiros.

b) Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho.

c) Relatório de Custos, em regime trimestral.

d) Censo de origem dos pacientes atendidos.

e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.

f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

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

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

II - METAS DE PRODUÇÃO

5. REGRA GERAL

5.1. São apresentados as metas de produção contratualizados com o **HERSO**, referentes aos serviços assistenciais, conforme monitoramento e necessidade as metas podem ser alterados sempre que necessário, conforme avaliação de demanda.

5.2 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente a Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do **HERSO**

5.3. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

5.4. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte assistencial, a exceção do item 5.4.2.1, os seguintes critérios:

5.4.1. Internações Hospitalares

a) saídas Clínicas

b) saídas Cirúrgicas

c) Saídas Pediátricas

5.4.2. Cirurgias: cirurgias programadas.

5.4.2.1. Para avaliação da meta das cirurgias programadas será observada a oferta do serviço para ao Complexo Regulador Estadual.

5.4.3. Atendimentos Ambulatoriais:

a) consulta médica na atenção especializada

b) consulta multiprofissional na atenção especializada

c) procedimentos programadas ambulatoriais

5.4.6. SADT Externo: exames e ações de apoio e diagnóstico.

5.5 Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente.

5.6 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência regulados ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

Quadro 02. Quadro síntese de metas do **HERSO**

Dimensão	**Descrição**	**Meta mensal**
Internação	Clínica Cirúrgica	359
	Clínica Médica	52
	Clínica Pediátrica	85
Cirurgias	Cirurgias Programadas	200
Atendimentos Ambulatoriais	Consulta médica na Atenção Especializada	800
	Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	500
	Procedimentos programados (Leito Dia)	132
SADT EXTERNO	Eletrocardiograma	200
	Raio X	200
	Tomografia Computadorizada	200
	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE	15

6. INTERNAÇÕES HOSPITALARES

6.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente **saídas hospitalares em clínica cirúrgica, clínica médica**, **clínica médica pediátrica,** com variação de ± 10% de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Quadro 03. Metas de saídas hospitalares para o **HERSO**

Dimensão	**Descrição**	**Meta mensal**

Internação	Clínica Cirúrgica	359
	Clínica Médica	52
	Clínica Médica Pediátrica	85

6.2. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital.

6.2.1. As saídas clínicas (TMP de 4 dias).

6.2.2. As saídas cirúrgicas contemplam também as cirurgias programadas e de urgência/emergência.

6.2.2.1 As saídas cirúrgicas contemplam também as saídas ortopédicas (TMP 4 dias) e especialidades (TMP de 3,5 dias)

6.3. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticos e terapêuticos necessários para o atendimento adequado das internações hospitalares.

7. CIRURGIAS PROGRAMADAS

7.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 200 cirurgias programadas com variação de ± 10%:

Quadro 04. Metas de saídas cirúrgicas (programadas) para o **HERSO**

Cirurgias Programadas	**Meta mensal**
Programadas	200

8. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

8.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana e, mensalmente, a meta é atender todos usuários referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.

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

8.3. Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.

8.4. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

9. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar um número de **atendimento ambulatorial em Consultas Médicas** mensais de 800 consultas e **Multiprofissionais** mensais de 500 consultas, com variação de até 10%.

Quadro 05. Metas de consultas ambulatoriais para o **HERSO**

Atendimento Ambulatorial	**Meta Mensal**
Consulta Médica na Atenção Especializada	800
Consulta Não Médica na Atenção Especializada	500

9.2. O Atendimento Ambulatorial deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, no mínimo, atendendo usuários egressos do próprio Hospital.

9.2.1. As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

9.2.2 As consultas realizadas pela Enfermagem poderão configurar consultas ambulatoriais se atenderem ao Decreto Lei n.º 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas da consulta: análise dos dados contidos no prontuário; entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento; diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro), resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico; plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e registro, que é a legitimação das ações do profissional.

9.3. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente.

9.4. O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, apresentada pelo próprio hospital e posteriormente processada e faturada pelo Ministério da Saúde.

9.5. A Unidade Hospitalar deverá realizar 132 atendimentos nos leitos dia por mês, com variação de até ±10%.

9.6. Durante o tempo de permanência na Unidade, ao paciente deverá ser assegurado condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

Quadro 6. Metas de atendimentos para o **HERSO**

Procedimentos Programados Ambulatoriais	**Meta Mensal**
Atendimentos	132

10. SADT EXTERNO

10.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização de exames de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica

(CPRE), eletrocardiograma, tomografia e raio-x, a pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pela Complexo Regulador Estadual.

10.2. A Unidade Hospitalar deverá ofertar mensalmente para pacientes externos, com variação de até ±10%, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), eletrocardiograma, tomografia e raio-x sendo os pacientes referenciados pela Complexo Regulador Estadual.

Quadro 07. Metas de exames para o SADT Externo do **HERSO**

Exame	**Meta mensal**
CPRE	15
Raio X	200
Eletrocardiograma	200
Tomografia computadorizada	200

III - INDICADORES DE DESEMPENHO

11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos 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.

11.1. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SES/GO, até o dia 10 (dez) de cada mês.

11.2. Os quadros a seguir apresentam os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro 8- Síntese de Metas de Indicadores de Desempenho

Indicadores de Desempenho	**Meta**
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %
Média de Permanência Hospitalar	≤ 5 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤21
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	≤5%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤20%

Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 3%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%

11.2.1. Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: Relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: [Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100

11.2.2. Média de Permanência Hospitalar (dia)

Conceituação: Relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

Fórmula: [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

11.2.3. Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Conceituação: Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Fórmula: [(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

11.2.4. Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

Conceituação: Mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [No de retornos em até 48 horas/ No de saídas da UTI, por alta] x 100

11.2.5. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

Conceituação: O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100

11.2.6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: Mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100

Observação: o indicador será usado apenas como monitoramento, e não computará para efeito de desconto financeiro, haja vista, que o mesmo não está sob do parceiro privado.

O Percentual de ocorrência de rejeições será apenas informado até que o HUGOL obtenha as habilitações em traumato-ortopedia e Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia quando passará a ser monitorado e avaliado para a composição do cálculo de desempenho.

11.2.7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas à organização da Unidade.

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionadas à organização da Unidade, tais como falta de vaga na internação, erro de programação falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

Observação: excluídas as causas relacionadas ao paciente.

11.2.8. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas ao paciente

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados ao paciente, tais como não realizou jejum, absteísmo, não suspendeu o medicamento, sem condições clínicas, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

11.2.9 Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)

Conceituação: monitora e avalia reações adversas a medicamentos (RAM) seja ela leve, moderada ou grave pelo farmacêutico. Considera-se ideal a notificação e classificação de RAMs quanto à sua gravidade, seguidas do seu monitoramento. Este indicador deverá considerar todas as reações adversas a medicamentos, independente do local da ocorrência.

Fórmula: [Nº de pacientes com RAM avaliada quanto à gravidade/ Nº total de pacientes com RAM] x 100

11.2.10 Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Conceituação: Nº de consultas Ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula: Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.

11.2.11 Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.

Conceituação: Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula: [Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100.

**exames externos*

11.2.12 Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS

Conceituação: Analisa a satisfação dos usuários do SUS em relação ao atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Fórmula: [Número de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS / total de atendimentos realizados mensalmente] x 100.

ANEXO Nº II - ENSINO E PESQUISA ATUALIZADO/2022 - SES/SESG-03776

2. ENSINO E PESQUISA

2.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

2.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

2.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

2.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

2.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

2.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

2.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

2.8 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

2.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

2.10. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SESG.

2.11. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

2.12. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação,

advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

2.13. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

2.14. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normativas referentes aos Programas.

2.15. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, compatíveis com os valores praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.

2.16. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

2.17. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

2.18. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normais legais disciplinares.

2.19. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

2.20. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Residência Média e Multiprofissional, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), impreterivelmente, até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao que está sob análise, conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

3. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

3.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

3.2. O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

3.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

3.4. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

3.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

3.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

3.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

3.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

3.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado (pelo Centro de Seleção da UFG) e acompanhado pela SESG por meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

3.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014.

3.11. O profissional contratado pelo regime celetista para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus à gratificação conforme descrito no item 3.10, em razão da equidade.

3.12. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).

3.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar, obrigatoriamente, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU.

3.14. Novos programas de residência serão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde. As implantações ocorrerão em parceria com a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, por meio de suas Comissões, contemplando a elaboração conjunta do Projeto Pedagógico.

3.14.1. Os supervisores dos novos programas serão de responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**.

4. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

4.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

4.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

4.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

4.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).

4.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

4.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

4.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm

4.8. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

4.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, os Programas de Residência Médica, bem como o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

4.10. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de

preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

5. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

5.1. A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

5.2. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

5.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS/SES-GO).

5.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

5.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

5.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

5.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.

5.9. O tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS.

5.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar.

5.10.1 Preceptor Colaborador: servidor ativo vinculado à Unidade Assistencial, excepcionalmente designado para atuar como colaborador, por necessidade de desenvolvimento do PRAPS, mediante justificativa fundamentada do Coordenador do programa, com base no Projeto Pedagógico do PRAPS e acatado, em conjunto, pela COREMU/SESG, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos Profissionais da Saúde Residentes em cenários de ensino e aprendizagem. Deverá ter titulação mínima de especialista e ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar. O Preceptor Colaborador não será remunerado pelo exercício da função.

5.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.

5.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção ou indicação entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

5.13. A seleção ou indicação de Preceptores e Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

5.14. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

5.15. Nos PRAPS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

5.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES/GO.

5.17. Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, **obrigatoriamente**, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o parágrafo 1º do artigo 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.

5.18. O estabelecimento de saúde poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.

5.18.1. Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.

5.19. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

5.20. As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

5.21. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

6. DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO.

6.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

6.3. Ocorrendo a situação descrita no item 6.2, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

6.4. No âmbito das Residências Médicas da SES-GO, há bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela SES-GO. Atualmente, todas as bolsas das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde são custeadas pelo MS.

6.5. Compete ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio do Departamento de Ensino e Pesquisa, vincular os residentes da unidade, primeiramente, às bolsas custeadas pelo Ministério da Saúde.

6.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se submeter aos Editais de concessão de Bolsa para os Programas de Residência (Médica e Multiprofissional) sempre que os mesmos estiverem disponíveis.

6.7. A estimativa do valor das bolsas da Residência custeadas pela SES-GO é apresentada em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. No entanto, considerando o repasse do valor da bolsa diretamente ao residente, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

6.8. O quantitativo de bolsas custeadas pela SES-GO e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada pela SESG.

6.9. Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, inclusos no custeio mensal da unidade hospitalar.

6.10. Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso, a SESG, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

7. ESTÁGIOS CURRICULARES

7.1. 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.

7.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº 225/2021 – SES/GO, de 09 de março de 2021, ou outras que venham substituí-las.

7.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.

7.4 A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada **exclusivamente** pela SESG.

7.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Estágios, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), impreterivelmente, até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao que está sob análise, conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

8. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

8.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela SESG.

8.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAC à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Contrato de Gestão ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

8.3 A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, **semestralmente**, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

8.3.1 Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, **trimestralmente**.

8.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme

diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

ANEXO Nº III/2022 - SES/GGDP-03087

Este anexo é parte integrante da **Contratação Emergencial** celebrada entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e o **Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPSGE**, tendo como objeto o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, nos autos de nº 202200010020876. Objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução do Contrato e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. Este anexo compõe-se de duas partes **(I) Especificações Técnicas,** que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e **(II) Quadro de Servidores cedidos**.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1.O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1 Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS) e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a NR-32 que versa sobre Segurança e Saúde no Trabalho em serviços de saúde e tem como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores, ainda, as resoluções dos conselhos profissionais.

1.2 Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

1.3 Disponibilizar equipe médica em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 1634/2002 e alterações posteriores, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no CONTRATO DE GESTÃO.

1.4 Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e os serviços a serem prestados.

1.5 Constituir na unidade sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à NR – 32/2005 do MTE e eventuais atualizações devendo proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados a essas comissões assessoras obrigatórias.

1.6 Assegurar desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE.

1.7 Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.

1.8 Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado disponibilizando a leitura e migração do banco de dados.

1.9 Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.10 Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade .

1.11 Em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE DO CONTRATO DE GESTÃO será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte **(II) Quadro de Servidores cedidos**, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO.

1.12 Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido CONTRATO DE GESTÃO, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias.

1.13 Para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do CONTRATO DE GESTÃO;

1.14 A dedução de que trata o item 1.11 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à contratação do colaborador substituto (salário e encargos legais), assumidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

1.15 O **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.

1.16 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.

1.17 A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

1.18 O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

1.19 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá comprovar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários,

previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados.

1.20 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica.

1.21 O **PARCEIRO PRIVADO** poderá devolver ao **PARCEIRO PÚBLICO** servidores cedidos em exercício na Unidade sob seu gerenciamento motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido pelo **PARCEIRO PÚBLICO.**

1.22 O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou os servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento.

1.23 Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos.

1.24 Cabe ao **PARCEIRO PÚBLICO** o estabelecimento dos fluxos dos procedimentos relacionados à vida funcional dos servidores públicos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com o delineamento dos trâmites necessários e definição das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas.

1.25 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar a execução das avaliações Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e de Desempenho Individual para concessão do Prêmio de Incentivo, aplicadas aos servidores públicos cedidos pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto estadual nº 5.668, de 11 de outubro de 2002 e suas alterações e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.

1.26 É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver compatibilidade de horário.

1.27 É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **PARCEIRO PRIVADO**, para quaisquer serviços relativos ao CONTRATO DE GESTÃO.

1.28 O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder a contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade.

1.29 Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contatos do evento, àquele para providências cabíveis ao caso.

1.30 Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT .

1.31 Poderá o **PARCEIRO PRIVADO** atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade cabendo ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos – RHNet promovendo a dedução dos repasses mensais ao **PARCEIRO PRIVADO**. (Despacho nº 137/2022 – GAB PGE)

1.32 Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

II – QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO - Julho 2022.**

CARGOS	TOTAL DE SEVIDORES CEDIDOS	VALOR ESTIMADO POR CARGO
Assistente Social- 18.464	05	R$ 63.126,62
Assistente Técnico de Saúde - 18.464	38	R$ 285.243,45
Auxiliar de Radiologia - QT - 18.464	02	R$ 9.977,38
Auxiliar de Serviços Gerais - 18.464	39	R$ 145.346,37
Auxiliar Técnico de Saúde - QT - 18.464	12	R$ 52.731,03
Biomédico - 18.464	03	R$ 34.000,15
Cirurgião-Dentista - 18.464	01	R$ 16.847,18
Enfermeiro - 18.464	13	R$ 165.753,79
Farmacêutico - 18.464	04	R$ 46.199,53
Médico - 18.464	04	R$ 63.808,81
Técnico em Enfermagem - 18.464	150	R$ 1.164.459,20
Técnico em Laboratório - 18.464	04	R$ 42.298,36
Técnico em Radiologia - 18.464	09	R$ 70.033,33

TOTAL GERAL*	**284**	
Custo Total Mensal Estimado **	**R$ 2.159.825,20 (Dois milhões, cento cinquenta e nove mil, oitocentos e vinte e cinco reais e vinte centavos)**	
		Fonte: RHNet Ref: Jul/2022.

Observações * e ** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de benefícios.

ANEXO Nº IV - ESTIMATIVA DE CUSTEIO/2022 - SES/COES-09962

1. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL RETIFICADO- HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.

1.1 Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a **estimativa** do custeio operacional do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO,** o qual será objeto de aditivo de prorrogação contratual pelo período de 180 (cento e oitenta) dias.

1.2. Para o cálculo **estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I (v. 000032405515) da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS.

1.3. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I (v. 000032405515), o **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar **mensalmente**, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE HOSPITALAR.**

1.4. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.5. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.6. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde. Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

1.7. A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **Parceiro Privado** e

estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

2. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

2.1 A estimativa dos custos operacionais do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO,** foi segmentada conforme **possíveis linhas de contratação**. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pela Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS, no Anexo I 000032405515, da Gerência de Atenção Terciária – GERAT.

Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu-se os seguintes critérios:

a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;

b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)* de outras unidades;

c) Tempo Médio de Permanência, por área e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes;

d) Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

2.2. Todavia, os cálculos foram realizados conforme a possibilidade das **Internações Hospitalares**, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente.

3. MÉTODO DE CÁLCULO

3.1. Metodologia

3.1.1 Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

3.1.2. Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foi disponibilizado algoritmo de base de cálculo pela consultora Planisa, sendo consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

a) Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade.

b) Conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial.

c) Seleção de hospitais (N) na base de dados da Planisa (sistema *KPIH*) com perfis semelhantes a Unidade.

3.1.3 Para o cálculo, a Planisa forneceu percentis (ver em item 3.2) relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do benchmark do sistema *Key Performace Indicators for Health* (*KPIH*), com referência de 2021 e 2022.

3.2. Percentis (25, 50 e 75)

3.2.1. O custo mensal estimado foi obtido multiplicando a quantidade estimada de produção, pelo seu custo unitário a *P25, P50 e P75* provenientes de base externa.

3.2.2. O percentil adotado foi o *P50*, que é mais econômico que o *P75*, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

3.2.3. Esta unidade possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade.

3.2.4. Ressalte-se ainda, que quando tratamos de hospitais de média e alta complexidade, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, convenciona-se a utilização do *P50*, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas unidades e aos seus custos integrados. Contudo sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo *benchmark* nacional com os a realidade dos relatórios fornecidos pelo *KPIH* no território goiano ou, quando é o caso, com os próprios preços praticados pelo Hospital. O Cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto daquela unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização.

3.3. Memória de cálculo

3.3.1. O critério usado para o custeio das "**Internações Hospitalares"** é o paciente-dia, e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias e de 90% para as UTI's. O custeio estimado para as unidades de internação e unidades de terapia intensiva foi obtido multiplicando esse volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária.

Internação	Nº leitos	TOH	Quantidade dias do mês*	Pacientes Dia Projetado
Clínica Cirúrgica	53	85%	30,4	1.370
Clínica Pediátrica	8	85%	30,4	207
Clínica Médica	8	85%	30,4	207
UTI Adulto	18	90%	30,4	492

Leitos dia	4	85%	30,4	132

Referência: quantidade de leitos de acordo com anexo I (v. 000032405515)

3.3.2. O custeio das ***cirurgias***

3.3.2.1 O custeio das ***cirurgias*** foi estimado multiplicando as saídas cirúrgicas pelo número de horas necessárias para realizar as cirurgias projetadas e, posteriormente, pelo custo unitário da hora cirúrgica.

Serviço	**Horas cirúrgicas projetadas**
Cirurgias	790

Referência: quantidade de saídas cirúrgicas projetadas de acordo com leitos cirúrgicos

3.3.3. O custeio das **"Consultas Ambulatoriais"** foi estimado multiplicando a meta projetada pelo seu custo unitário. Devido à variação dos custos, as consultas ambulatoriais foram divididas em **consultas médicas** e **consultas multiprofissionais**.

Serviço	**Nº de consultas médicas projetadas/mês**
Consulta médica	800
Consulta não médica	500

3.3.4. O custeio do **"Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)"** foi obtido multiplicando o volume estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário. O volume de cada item foi obtido considerando o setor solicitante, a quantidade, e o número de paciente-dia ou atendimento que gerou aquela demanda pelo SADT externo, acrescido da demanda projetada no ANEXO I (v. 000032405515) sendo estes dados obtidos de bases externas.

Serviço	**Nº de atendimentos projetadas/mê**
Agência transfusional	140
Anatomia patológica	31
Análises clínicas	8.106
Eletrocardiograma	259
Raio-x	1.033

Tomografia Computadorizada	415
Ultrassonografia	18
CPRE	15
Hemodiálise	41
Fisioterapia	6.636
Fonoaudiologia	978
Psicologia	1.932
Terapia ocupacional	587

4. VALOR MENSAL ESTIMADO

4.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO,** é de **R$ 5.115.713,85 (cinco milhões, cento e quinze mil setecentos e treze reais e oitenta e cinco centavos).**

4.2. O montante global a ser repassado é de **R$30.694.283,10 (trinta milhões, seiscentos e noventa e quatro mil duzentos e oitenta e três reais e dez centavos)** que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde para o período de 180 (cento e oitenta) dias.

Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACI						
DESCRIÇÃO	CRITÉRIO	QUANTIDADE	P25	P50	P75	P25
1. SERVIÇOS HOSPITALARES						
1. INTERNAÇÃO						
1.1 UI Clínica Cirúrgica	Paciente-dia	1370	609,35	682,60	927,69	834.517,
1.2 UI Clínica Pediátrica	Paciente-dia	207	744,39	1.028,72	1.213,70	154.088,
1.3 UI Clínica Médica	Paciente-dia	207	665,71	794,18	876,74	137.801,
1.4. UTI Adulto	Paciente-dia	492	1.978,73	2.275,14	2.995,17	973.535,
1.5. Leito dia (Hospital dia)	Paciente-dia	132	501,80	833,60	850,80	66.237,
						2.166.180,
1.2. EMERGÊNCIA E PRONTO SOCORRO						
1.2.1. Pronto Atendimento/PS	Atendimento	610	279,20	296,90	309,10	**170.312,**
2. CIRURGIAS						
CIRURGIAS (c/HM e c/ Mat/Med)						
2.1. Cirurgia	Hora Cirúrgica	790	1.780,20	2.042,90	2.679,00	**1.406.001,**
3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL (c/HM e c/ Mat/Med)						
3.1. Consulta Médica	Consulta	800	110,30	139,50	224,70	88.240,
3.2. Consulta não-médica	Consulta	500	37,90	79,50	110,00	14.435,
						102.675,
4. SERVIÇOS DE SADT - EXTERNO						
SERVIÇOS DE SADT - INTERNO E EXTERNO (c/HM e c/ Mat/Med)						
4.1 Agência Transfusional	Bolsas	140	196,90	279,30	333,40	27.566,
4.2 Anatomia Patológica	Exame	31	34,80	72,80	125,40	1.078,
4.3 Análises Clínicas	Exame	8.106	6,30	8,10	8,80	51.067,
4.4. CPRE	Exame	15	487,20	630,80	1.001,30	7.308,
4.5. Eletrocardiograma	Exame	259	16,90	28,90	45,50	4.377,
4.6. Raio-x	Exame	1.033	43,10	57,10	71,40	44.522,
4.7. Tomografia	Bolsas	415	99,50	121,60	196,30	41.292,
4.8. Ultrassonografia	Exame	18	73,40	81,90	103,70	1.321,
4.9 Hemodiálise	Sessão	41	331,90	543,40	1.178,80	13.607,
4.10 Fisioterapia	Sessão	6.636	22,60	29,10	33,70	149.973,
4.11 Fonoaudiologia	Sessão	978	29,60	41,00	54,10	28.948,
4.12 Psicologia	Sessão	1.932	60,60	65,30	76,90	117.079,
4.13 Terapia Ocupacional	Sessão	587	41,60	48,30	57,20	24.419,
						512.562,
TOTAL						4.357.731,8

Referência Bibliográfica:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia.** Brasília-DF, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

ANEXO Nº V - SISTEMA DE REPASSE/2022 - SES/COES-09962

1. REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

1.1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.2. A atividade assistencial a ser contratada será conforme Anexo I (v. 000032405515), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS.

1.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO:**

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica;

a.b) Saídas Cirúrgica;

a.c) Saídas Pediátricas;

a.d) Internações em leitos de UTI adulto

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

c) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não requer internação hospitalar.

d) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais.

e) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da rede de saúde e que foram regulados para a Unidade.

f) Serviço Intra-hospitalar de Desospitalização

1.4. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõe a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

1.5. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

2. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

2.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da **SES/GO, Portaria nº 426/2021** ou outra norma vigente.

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

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

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

2.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no Anexo I (v. 000032405515), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS

3. SISTEMA DE REPASSE

3.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, é de **R$ 5.115.713,85 (cinco milhões, cento e quinze mil setecentos e treze reais e oitenta e cinco centavos),** no percentil *P50.*

3.2. O montante global a ser repassado é de **R$30.694.283,10 (trinta milhões, seiscentos e noventa e quatro mil duzentos e oitenta e três reais e dez centavos)** que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde para o período de 180 (cento e oitenta) dias.

3.3. Do montante estimado mensalmente, a **parte fixa, 90% (noventa por cento),** corresponde ao valor de **R$ 4.604.142,46 (quatro milhões, seiscentos e quatro mil cento e quarenta e dois reais e quarenta e seis centavos)** por mês, distribuído percentualmente nos termos indicados na seguinte **TABELA 1:**

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO		
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO		**PORCENTAGEM (%)**
Internação	Clínica Cirúrgica	20,30%

	Clínica Médica	3,57%
	Clínica Pediátrica	4,62%
Cirurgias	Cirurgias Programadas	35,04%
Atendimento ambulatorial	Procedimentos ambulatoriais/Leito-dia	2,38%
	Consultas médicas	2,42%
	Consultas não-médica	0,50%
SADT Externo	Eletrocardiograma	0,12%
	Raio-x	0,24%
	Tomografia Computadorizada	0,52%
	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE	0,20%

3.4. Do montante estimado mensalmente, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor mensal de **R$ 511.571,38 (quinhentos e onze mil quinhentos e setenta e um reais e trinta e oito centavos),** sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**.

3.5. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 1.3. já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no ANEXO TÉCNICO IV (v. 000034069867).

3.6. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, **e com comunicado prévio,** podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.**

3.7. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III, IV e V, a Organização Social de Saúde **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.**

3.8. **As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.**

3.9. As informações deverão ser enviadas **até o dia 10 (dez) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

3.10. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.

3.11. A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas** pelo **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

3.12. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

3.13. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores,** na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

3.14. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

3.15. A cada período de **03 (três) meses, ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

3.16. A cada **06 (seis) meses, ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta **procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas** pelo PARCEIRO PRIVADO, **verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.**

3.17. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

3.18. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas,** a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

3.19. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

3.20. O PARCEIRO PRIVADO **deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.**

3.21. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

3.22. **Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa,** o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

3.23. O PARCEIRO PÚBLICO **realizará mensalmente,** o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

3.24. Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

4 - CRITÉRIOS DE REPASSE

4.1. Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

4.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I -*Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do* **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO** a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I (v. 000032405515) e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO,** respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II, deste Anexo Técnico V.

TABELA II – TABELA PARA REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO:

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR

Internações Hospitalares	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das internações
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das internações
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as internações
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as internações
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinados as internações
Cirurgias Programadas	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as cirurgias
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as cirurgias
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinados as cirurgias
Atendimento Ambulatorial	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as consultas
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as consultas
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado as consultas
	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames/procedimentos

SADT Externo	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames/procedimentos

5. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

5.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico I – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL** ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

5.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM}= Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A= Valor Atingido;

V_M= Valor da Meta.

5.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

5.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	**Nota de desempenho**
=> 100%	10

90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

5.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

5.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

5.6.1. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado.

TABELA IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100%
9 a 9,9 pontos	90%
8 a 8,9 pontos	80%
7 a 7,9 pontos	70%
6 a 6,9 pontos	60%

Menor que 6 pontos	ZERO

Documento assinado eletronicamente por **ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO**, **Usuário Externo**, em 12/12/2022, às 11:33, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **SERGIO ALBERTO CUNHA VENCIO**, **Secretário (a) de Estado**, em 12/12/2022, às 18:42, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000036129793** e o código CRC **FC4899F8**.

Referência: Processo nº 202200010020876

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

AGÊNCIA GOIANA DE INFRAESTRUTURA E TRANSPORTES

EXTRATO DE TERMO ADITIVO

TERMO ADITIVO N. 195/2023-GOINFRA. Termo de Aditamento ao Contrato N. 178/2021-GOINFRA, referente à Conclusão dos Serviços Remanescentes da Construção e Adequação do Centro de Atendimento Socioeducativo - CASE - de Itumbiara, neste Estado. CONTRATANTE: Agência Goiana de Infraestrutura e Transportes - GOINFRA. CONTRATADA: Marsou Engenharia Eireli. OBJETO: Prorrogar o prazo de execução por mais 60 (sessenta) dias, de 27/06/2023 até 26/08/2023; e o prazo de vigência por mais 60 (sessenta) dias, de 22/10/2023 até 21/12/2023, do Contrato N. 178/2021-GOINFRA, com fundamento no artigo 57, Parágrafo Primeiro e Segundo, da Lei Federal N. 8.666/93. PROCESSO SEI N. 202000036012687.

DIRETORIA GERAL DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA

AVISO DE SUSPENSÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 10/2023 - DGAP

A DIRETORIA-GERAL DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA, CNPJ nº 29.394.729/0001-71, situada na Rua 201 c/ 11ª Avenida, Setor Leste Vila Nova - CEP: 74643-050 - Goiânia-GO, torna público para conhecimento dos interessados, que através da Comissão Permanente de Licitação, torna pública a SUSPENSÃO referente ao pregão eletrônico nº 010/2023/DGAP (processo 202316448004859) com data para abertura da sessão prevista para o dia 15/06/2023, conforme aviso do diário oficial nº 24.049 p.22, para que sejam alteradas as peças instrutórias contidas nos autos em relação à necessidade de mudança da fonte do recurso.

GIULIANO TRINDADE DE SOUSA
Pregoeiro

SANEAMENTO DE GOIÁS S/A

AVISO DE ADIAMENTO E REMARCAÇÃO
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 1/2023

Saneago
Processo: 540/2023 - Saneago
Objeto: CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS RELATIVOS AO FORNECIMENTO, GERENCIAMENTO, IMPLEMENTAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E DISPONIBILIZAÇÃO DE 5472 CRÉDITOS ELETRÔNICOS EM CARTÃO E SENHA PESSOAL, SOB DEMANDA, QUE POSSIBILITEM A AQUISIÇÃO DE REFEIÇÕES PRONTAS E GÊNEROS ALIMENTÍCIOS "IN NATURA", NA FORMA DEFINIDA NA LEGISLAÇÃO PERTINENTE E DISPOSITIVOS NORMATIVOS QUE REGULAMENTAM O PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO DO TRABALHADOR - PAT, conforme disposições fixadas no Edital e Anexos.
Recursos: Próprios da Saneamento de Goiás S.A. - Saneago.
A Saneamento de Goiás S.A - Saneago torna público que o Chamamento Público em referência, publicado em 16 de maio de 2023 no Diário Oficial da União - Seção 3, nº 92, pág. 220, Diário Oficial/GO nº 24.041 - pág. 72 e Diário do Estado/GO Edição 3227 - pág. 9, adiado "sine die", conforme Comunicado nº 01, constante dos autos do processo, fica remarcado para o período abaixo:
PRAZO DE CREDENCIAMENTO: A etapa para apresentação de proposta para o credenciamento será em um período de 15 (quinze) dias úteis, após publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás, mediante envio dos documentos descritos nos itens 7 e 8 do Edital exclusivamente para o endereço eletrônico cpl@saneago.com.br.
O Edital e anexos poderão ser obtidos no site www.saneago.com.br

Goiânia, 7 de junho de 2023.
VICTOR LEANDRO ARANTES CHAVES
Superintendência de Licitações e Aquisições

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, CULTURA E ESPORTE

AVISO DE CHAMADA PÚBLICA

A SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO por meio dos CONSELHOS ESCOLARES, no uso de suas atribuições legais, torna público os Editais da CHAMADA PÚBLICA - 2º Semestre/23, referente a contratação de Grupos Formais, Informais e Individuais, para fornecimento de gêneros alimentícios para a Merenda Escolar, nas datas e horários abaixo:

Nº EDITAL	PROCESSO	COORDENAÇÃO REGIONAL	UNIDADE/CONSELHO ESCOLAR	DATA DE RECEBIMENTO DE ENVELOPES 2023	DATA SESSÃO 2023
04	202300006051017	Campos Belos	Elias J. Cheim	12/06 até 13h59 de 04/07	04/07 às 14h
	202300006051025		Joaquim de S. Fagundes		
03	202300006056036	Goiânia	CEPI N. Horizonte		
	202300006056245		Castro Alves		
	202300006056576		P. do Buritis	12/06 até 8h59 de 04/07	04/07 às 9h
	202300006055696		Menino Jesus		
	202300006056493		João A. Sobrinho		
	202300006056095		Antonio R. G. da Frota		
	202300006056012		Edmundo P. de Abreu		
	202300006056430		Colemar N. e Silva		
	202300006055902		Severiano de Araujo		
	202300006056243		Coração de Jesus		
	202300006056555		Pré-Universitário		
02	202300006056474		CEJA Arco Iris		
03	202300006056011		Ary R. V. Filho	12/06 até 9h59 de 04/07	04/07 às 10h
	202300006055749		José Lobo		
	202300006056341		Roberto Civita		
	202300006055808		D. Abel SU	12/06 até 9h29 de 04/07	04/07 às 9h30
	202300006056139		Domingos B. de Abreu	12/06 até 8h29 de 04/07	04/07 às 8h30
	202300006056004		Vasco dos Reis		
	202300006052985	Luziânia	Alceu de A. Roriz	12/06 até 8h59 de 04/07	04/07 às 9h
	202300006028424		D. Candido Penso		
	202300006052903		Ilidio de S. Lemos	12/06 até 9h59 de 04/07	04/07 às 10h
	202300006052910		Jose C. Filho		

Os Editais poderão ser acompanhados e retirados: https://site.educacao.go.gov.br/licitacoes/. Informações nas Unidades Escolares.

ALESSANDRA BATISTA LAGO
Gerente de Licitação

EXTRATO DE REGISTRO DE PREÇOS

ATA SRP Nº 9/2023 - C - SEDUC
PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 036/2022
ÓRGÃO GERENCIADOR: SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, representada pela sua Titular, Profª APARECIDA DE FÁTIMA GAVIOLI SOARES PEREIRA
OBJETO: Registro de Preços para futura(s) e eventual(is) contratação de empresa para aquisição de 550.000 (quinhentos e cinquenta mil) unidades de mochilas e estojos escolares, destinado ao uso dos alunos da rede estadual de ensino da Secretaria de Estado da Educação de Goiás - SEDUC, por um período de 12 (doze) meses.
DATA DA ASSINATURA: 07.06.2023

FORNECEDOR: BORESTE INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA CNPJ: 18.398.242/0002-21				
Item	Especificação	Quantidade	Valor Unitário R$	Valor Total R$
04	Estojo Escolar Dimensões: 21cm x 7cm x 7cm Tecido Principal Maquinetado com efeito hexagonal. (EXCLUSIVO ME - EPP). MARCA: PRÓPRIA.	137.500	14,86	2.043.250,00

VIGÊNCIA: 12 (doze) contados a partir da assinatura e eficácia a partir da publicação no Diário Oficial.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EXTRATO DE TERMO ADITIVO

EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 54/2022-SES /GO. Processo nº: 202100010056780. Objeto: O acréscimo de 21,90% (vinte e um inteiros e noventa centésimos por cento) ao quantitativo atual de serviço do Contrato nº 54/2022-SES. Contratada: Bioplasma Produtos para Laboratório e Correlatos LTDA. Valor do Aditivo: R$ 70.960,00. Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043.2147.03.26000232.90. Data da assinatura: 06/06/2023. Signatários: Sérgio Alberto Cunha Vêncio - Secretário de Estado da Saúde. Caio Almeida Andrade - Bioplasma Produtos para Laboratório e Correlatos LTDA.

EXTRATO DE TERMO ADITIVO

EXTRATO DO 2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 88/2022-SES/GO (HERSO - IPGSE). Processo nº: 202200010020876. Parceiro Público: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. Parceiro Privado: Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE. Objeto: 1. Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, por período de 180 (cento e oitenta) dias, ou até a conclusão do chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro. 2. Readequação do valor de repasse mensal para o custeio da Unidade. 3. Aporte de recursos financeiros referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO. Valor do Aditivo: R$ 45.930.443,04. Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043.2149.03.16000 232.50 - 2850.10.302.1043.2149.03.15000100.50. Vigência: 30 de abril de 2023 a 26 de outubro de 2023. Signatários: Sérgio Alberto Cunha Vencio - Secretário de Estado da Saúde. Aluisio Parmezani Pancracio - Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE.

PORTARIA Nº 808, DE 7 DE JUNHO DE 2023

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA CASA CIVIL, no uso da competência que lhe foi delegada pelo inciso I do art. 1º do Decreto nº 9.375, de 2 de janeiro de 2019, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202318037003991,

RESOLVE:

Art. 1º Retificar o art. 1º do Decreto de 6 de junho de 2023 (Protocolo nº 386604), publicado na página 6 do Suplemento do Diário Oficial nº 24.055, de mesma data, que nomeou CLEITON BENTO EVANGELISTA, CPF nº ***.479.731-**, para exercer o cargo em comissão de Superintendente de Desenvolvimento de Áreas Vulneráveis, DAS-4, da Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável, para considerar como sendo "da Secretaria de Estado da Retomada", mantidos os demais termos.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 7 de junho de 2023.

EMÍLIA MUNHOZ GAIVA
Secretária de Estado da Casa Civil substituta

Protocolo 386888

Secretaria da Saúde - SES

PORTARIA Nº 1439, de 01 de junho de 2023

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista o poder-dever de rever os próprios atos, bem como a necessidade de preenchimento dos requisitos de validade dos atos administrativos e, considerando o disposto no artigo 6º B, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2015, RESOLVE:

Art. 1º INSTITUIR a Comissão Interna de Chamamento Público, com atribuição exclusiva e indelegável de receber, apreciar e julgar as propostas de trabalho apresentadas nos chamamentos públicos destinados à seleção de entidades sem fins lucrativos, para a celebração de contratos de gestão, termos de colaboração e demais termos de parceria necessários no âmbito desta Pasta, cujo objeto consiste na formação de parceria para a execução das atividades de gerenciamento das unidades hospitalares e assistenciais de saúde estaduais, nos termos da Lei 21.740/2022 e Lei 13.019/2014.

Parágrafo Único - A Comissão instituída pelo caput deste artigo é subordinada ao Gabinete do Senhor Secretário de Estado da Saúde, com a intermediação da Comissão de Interlocutores com as Organizações Sociais de Saúde - CINOS, instalada no âmbito desta Pasta.

Art. 2º - DESIGNAR os seguintes membros para compor a Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde:

Layany Ramalho Lopes Silva (CPF: 020.941.671-86) - Presidente

Murilo Lara de Faria (CPF: 706.278.001-49) - Membro

Keuly Karla Barbosa Costa (CPF: 869.816.332-72) - Membro

Crystiane Faria dos Santos Lamaro Frazão (CPF: 876.445.921-72) - Membro

Andrea Maria Peixoto (CPF 324.502.651-04) - Membro

Mario Andret Martins (CPF 793.307.031-00) - Membro

Fabiula Ines Martins (CPF 828.224.411-20) - Membro

Rafael Rezende Peres de Lima (CPF 017.852.941-99) - Membro

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua assinatura, revogando-se a Portaria nº 482/2023 - SES, Portaria nº 529/2023 - SES, Portaria nº 1434/2023 e demais disposições em contrário.

SÉRGIO ALBERTO CUNHA VÊNCIO

Protocolo 386889

EXTRATO DO 2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 88/2022-SES/GO (HERSO - IPGSE). Processo nº: 202200010020876. Parceiro Público: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. Parceiro Privado: Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE. Objeto: 1. Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, por período de 180 (cento e oitenta) dias, ou até a conclusão do chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro. 2. Readequação do valor de repasse mensal para o custeio da Unidade. 3. Aporte de recursos financeiros referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO. Valor do Aditivo: R$ 45.930.443,04. Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043.2149.03.16000 232.50 - 2850.10.302.1043.214 9.03.15000100.50. Vigência: 30 de abril de 2023 a 26 de outubro de 2023. Signatários: Sérgio Alberto Cunha Vencio - Secretário de Estado da Saúde. Aluisio Parmezani Pancracio - Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE,

Protocolo 386678

AVISO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2023

O Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, informa que torna público o edital de chamamento público para a seleção de entidade de direito privado sem fins lucrativos caracterizada como organização da sociedade civil, com experiência prévia comprovada na gestão de unidades hospitalares com perfil de Média e Alta Complexidade, para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás, disponível no sítio eletrônico www.saude.go.gov.br. O presente Chamamento Público e a parceria dele decorrente se regem por toda a legislação aplicável à espécie, especialmente pelas normas da Lei Federal nº 13.019/2014 e a Lei complementar nº141/12, bem como pelas regras constantes deste Edital e seus Anexos, as quais as entidades concorrentes declaram, pela sua participação no certame, conhecer e a elas se sujeitarem incondicional e irrestritamente. Maiores informações no site acima ou no e-mail: comissaochamamentogoias@gmail.com

Protocolo 386891

AUTARQUIAS

Agência Estadual de Turismo – GOIÁS TURISMO

ESTADO DE GOIÁS
GOIÁS TURISMO - AGÊNCIA ESTADUAL DE TURISMO

RATIFICAÇÃO DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 21/2023 - GOIAS TURISMO/GO

RATIFICAÇÃO DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

Declarar, com fundamento no que dispõe o *caput* do artigo 25, da Lei Federal n°8.666 de 21 de junho de 1993, inexigível a licitação, para contratação de Cota de Patrocínio Público (Cota Ouro) da empresa promotora e detentora exclusiva da realização e comercialização do evento, a empresa Voo Livre Projetos e Eventos Ltda - ME, inscrita no CNPJ sob o nº 09.400.801/0001-19 , para promoção do Estado de Goiás durante o PIRIBIER 2023, no município de Pirenópolis, entre os dias 08 a 10 de junho de 2023, no valor total de R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) **autorizando-a**.

Publique-se. Cumpra-se.

Fabrício Borges Amaral
Presidente - Goiás Turismo

Protocolo 386694

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE GOIAS
Assinado digitalmente pela ABC - AGENCIA BRASIL CENTRAL
CODIGO DE AUTENTICACAO: 11af5ac9

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ADITIVO

Segundo Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, celebrado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE.

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta Capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, SÉRGIO ALBERTO CUNHA VENCIO, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 1639988-1604589/SSP-GO e inscrito no CPF sob o nº 599.380.721-00, residente e domiciliado nesta Capital, e o **INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE**, doravante denominado simplesmente **PARCEIRO PRIVADO**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0002-32, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO, brasileiro, casado, engenheiro, inscrito no CPF nº 159.938.598-81, portador da Cédula de Identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP, residente e domiciliado em Rio Verde - GO, decidem celebrar o presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 88/2022-SES/GO**, para o gerenciamento, operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir delineadas, conforme processo administrativo nº 202200010020876.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente termo aditivo:

1.1.1. Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO (000034143998), por período de 180 (cento e oitenta) dias, ou até a conclusão do chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro.

1.1.2. Readequação do valor de repasse mensal para o custeio da Unidade.

1.1.3. Aporte de recursos financeiros referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

2.1. Os objetos deste instrumento estabelecidos na Cláusula Primeira estão amparados no Ofício nº 17052/2023/SES (46336650), na manifestação da Organização Social pelo interesse na prorrogação do contrato através do Ofício nº 044/2023-IPGSE (46464811), no Despacho nº 628/2023-SES/SUPER (45863242), no Despacho nº 1975/2023-GAB (46308521), no Despacho nº 288/2023-SES/GERAS (46142368), no Despacho nº 426/2023-SES/GAOS (46254856), no Despacho nº 767/2023-SES/SUPER (46428677), no Despacho nº 640/2023/SES/GMAE (47417950), no Anexo I - SES/GMAE/2023 (47547018), no Anexo II - SES/CRES/2023 (45960357), no Anexo III - SES/GGP/2023 (46136328), no Anexo IV - SES/GAOS/2023 (46025301), no Anexo V - SES/GAOS/2023 (46025336), na Requisição de Despesa nº 21/2023-SES/SUPER (46259269) e autorização do Sr. Secretário de Estado da Saúde nela constante, e se fundamenta n Lei estadual nº 15.503/2005.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA PRORROGAÇÃO

3.1. Fica prorrogado o prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO (000034143998), pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, com início em **30 de abril de 2023 e término em 26 de outubro de 2023**, ou até a conclusão do chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro, condicionando sua eficácia à publicação do extrato no Diário Oficial do Estado.

CLÁUSULA QUARTA - DA READEQUAÇÃO DO VALOR DO REPASSE MENSAL PARA CUSTEIO DA UNIDADE

4.1. Conforme a redação do Anexo V – Sistema de Repasse (46025336), fica estabelecido o valor do repasse mensal para custeio das partes Assistencial e dos Indicadores de Desempenho do presente ajuste, no valor estimado de R$ 5.707.053,55 (cinco milhões, setecentos e sete mil, cinquenta e três reais e cinquenta e cinco centavos), totalizando R$ 34.242.321,30 (trinta e quatro milhões, duzentos e quarenta e dois mil, trezentos e vinte e um reais e trinta centavos), da seguinte forma:

4.1.1. Ao custeio da parte assistencial, que corresponde a 90% (noventa por cento) do valor do repasse, o valor mensal será de R$ 5.136.348,19 (cinco milhões, cento e trinta e seis mil, trezentos e quarenta e oito reais e dezenove centavos), totalizando R$ 30.818.089,17 (trinta milhões, oitocentos e dezoito mil, oitenta e nove reais e dezessete centavos).

4.1.2. Ao custeio da parte dos Indicadores de Desempenho, que corresponde a 10 % (dez por cento) do valor do repasse, o valor mensal será de R$ 570.705,36 (quinhentos e setenta mil, setecentos e cinco reais e trinta e seis centavos), totalizando R$ 3.424.232,13 (três milhões, quatrocentos e vinte e quatro mil, duzentos e trinta e dois reais e treze centavos).

CLÁUSULA QUINTA – DO REPASSE REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO

5.1. Fica acordado o repasse mensal estimado de R$ 1.948.020,29 (um milhão, novecentos e quarenta e oito mil, vinte reais e vinte e nove centavos), totalizando R$ 11.688.121,74 (onze milhões, seiscentos e oitenta e oito mil, cento e vinte e um reais e setenta e quatro centavos), referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO, conforme Anexo III - SES/GGDP/2022 (46136328).

5.2. O valor total de custeio referente à folha de pagamento é estimado e variável, conforme a disponibilização e/ou remoção dos servidores, bem como dependente dos valores que compõem a remuneração dos servidores efetivos (tais como produtividade, insalubridade, quinquênios, dentre outros).

5.3. A informação do valor é repassada, mensalmente, para a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão / Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios, no intuito de que a mesma efetue a glosa necessária, a partir do consolidado ofertado pela Coordenação de Folha de Pagamento/Gerência de Gestão de Pessoas.

CLÁUSULA SEXTA - DO VALOR

6.1. O valor total do presente Termo Aditivo é estimado em R$ 45.930.443,04 (quarenta e cinco milhões, novecentos e trinta mil, quatrocentos e quarenta e três reais e quatro centavos), sendo R$ 34.242.321,30 (trinta e quatro milhões, duzentos e quarenta e dois mil, trezentos e vinte e um reais e trinta centavos), destinados ao custeio do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, e R$ 11.688.121,74 (onze milhões, seiscentos e oitenta e oito mil, cento e vinte e um reais e setenta e quatro centavos), referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO, conforme tabela abaixo:

DETALHAMENTO	PERÍODO	VALOR MENSAL	VALOR TOTAL
Repasse de recursos financeiros referente ao 2º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão de nº 88/2022 - SES/GO, firmado entre Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no HERSO.	180 dias	R$ 5.707.053,55	R$ 34.242.321,30
Aporte de recursos financeiros referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO.	180 dias	R$ 1.948.020,29	R$ 11.688.121,74
TOTAL			**R$ 45.930.443,04**

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

7.1. As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados nas notas de empenho e respectivas dotações orçamentárias abaixo relacionadas:

NOTAS DE EMPENHO			
Nº	DATA	SEI	VALOR
00011	25/04/2023	47057558	R$ 3.442.186,26
00118	25/04/2023	47059681	R$ 30.800.135,04
TOTAL			**R$ 34.242.321,30**

Sequencial: 096	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – Fes
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde integral
Ação	2149	Atendimento assistencial em saúde
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte de Recurso	16000 232	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS
Modalidade de aplicação	50	Transferências a Instituições Privadas sem fins lucrativos

Sequencial: 098	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – Fes
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde integral
Ação	2149	Atendimento assistencial em saúde
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte de Recurso	15000 100	Recursos não vinculados de impostos - Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	50	Transferências a Instituições Privadas sem fins lucrativos

7.2. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa nas dotações orçamentárias de que trata o item 7.1. poderá ser substituída por outra, tanto de origem federal quanto de origem estadual, a que apresentar disponibilidade financeira.

CLÁUSULA OITAVA - DAS CLÁUSULAS INALTERADAS

8.1. Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições do Contrato nº 88/2022-SES/GO, e aditivo, naquilo que não conflite com o pactuado no presente instrumento, que passa a fazer parte integrante daquele ajuste.

CLÁUSULA NONA - DA PUBLICAÇÃO

9.1 O presente termo aditivo será publicado por extrato no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, bem como no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, correndo as despesas por conta do PARCEIRO PÚBLICO.

E por estarem acordes, assinam as partes para que produza seus jurídicos efeitos.

ANEXO DO TERMO ADITIVO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

2-DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 - A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 - O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 - Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 - O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública da existência e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS - HERSO

I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1.O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1. Aderir e alimentar o(s) sistema(s) de informação a ser(em) disponibilizado(s) pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle, avaliação e fiscalização de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros dos procedimentos da Tabela SUS realizados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

1.2.1. Os procedimentos da Tabela SUS devem ser registrados e faturados em concordância com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS;

1.3. Atualizar, periodicamente ou sempre que necessário, a listagem de profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento, sua respectiva carga horária, instalações físicas, serviços especializados e suas respectivas classificações, leitos e equipamentos, procedendo aos devidos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

1.4. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do estabelecimento de saúde. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

1.5. Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

1.6. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital;

1.6.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites, eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás;

1.7. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no estabelecimento de saúde, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no estabelecimento, observando, inclusive as Resoluções e Instruções vigentes do Conselho Federal de Medicina;

1.7.1. Zelar pela integridade, acondicionamento adequado e guarda dos prontuários dos pacientes assistidos no respectivo estabelecimento de saúde, ainda que produzidos fora da sua gestão, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

1.7.2. No caso de troca de gestão da unidade, se responsabilizar pela condução da entrega dos prontuários ao substituto que ocupará a sua função e herdará os arquivos, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

1.8. Assumir a inteira responsabilidade pelo fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescritos que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP e suas atualizações ou outra tabela que vier a substituí-la;

1.8.1. Sempre que o PARCEIRO PÚBLICO for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores correspondentes serão cobrados regressivamente do PARCEIRO PRIVADO, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO;

1.8.2. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

1.8.3. Quando o PARCEIRO PRIVADO fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao PARCEIRO PÚBLICO.

1.9. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

1.10. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

1.11. Consolidar a imagem do ESTABELECIMENTO DE SAÚDE como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, nome da mãe, data de nascimento, Registro Civil (RG) e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

a. Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e responsabilizar-se pelos arquivos, considerando os prazos previstos em lei, inclusive dos prontuários produzidos anteriores a sua gestão;

b. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

c. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital;

d. Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;

e. Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;

f. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

g. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

h. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;

i. Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;

j. Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes, idosos e nos demais casos previstos em legislações específicas;

k. Garantir atendimento indiferenciado aos usuários;

l. Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

m. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR/Estabelecimento de Saúde", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

· Nome do usuário;

· Nome do Hospital/Estabelecimento de Saúde;

· Localização do Hospital (endereço, município, estado);

· Motivo da internação (CID-10);

· Data de admissão e data da alta;

· Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;

· Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta;

· O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos";

· Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar;

· Arquivar ou indexar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei;

1.15. Fazer contato prévio via e-mail e/ou telefone com o coordenador da Atenção Primária à Saúde - APS do município de origem do paciente, para informar a previsão ou confirmação da alta, encaminhando documento de alta com as devidas orientações para prosseguimento no atendimento, sempre que necessário;

1.16. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

1.17. Garantir o pleno acesso da Ouvidoria do SUS aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

1.18. 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 (trinta) dias;

1.19. Implantar ou Manter um Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, diretamente ligado à Ouvidoria do SUS da unidade, responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS;

1.19.1 Ouvidoria e SAU são serviços complementares de atendimento ao usuário e seus atendimentos devem ser registrados no sistema oficial de ouvidoria do SUS, conforme a natureza de atendimento, qual seja: manifestação de ouvidoria ou disseminação de informação;

1.20. Realizar, mensalmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia e/ou modelo a ser validado pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, a qual deverá ser realizada em todos os setores do estabelecimento de saúde, com envio de seus resultados estratificados e da eficácia da resolução para a SES-GO;

1.20.1. Executar anualmente uma auditoria independente, para que a mesma ateste a confiabilidade da Pesquisa de Satisfação aplicada pela unidade através do Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria. Após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada;

1.21. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei Estadual nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, e em conformidade com a legislação federal e estadual correlata;

1.22. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores do estabelecimento de saúde de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista);

1.23. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

1.24. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, substituição de sistema informatizado (software), nem na estrutura física do ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;

1.25. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Contrato;

1.26. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com o Complexo Regulador Estadual e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;

1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, de forma ininterrupta, por 24 horas, 07 dias por semana, um Núcleo Interno de Regulação – NIR, conforme preconiza o Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação da SES-GO, Portaria n° 1619/2020 SES-GO e Portaria n° 1559/2022, que institui a Política de Regulação do Sistema Único de Saúde, atentando-se também à Nota Técnica n° 1/2022 - SES/SCRS, que trata do Dimensionamento de Pessoal atuando exclusivamente no NIR, e suas alterações;

1.27.1. O NIR será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Regulação Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento;

1.27.2. O NIR deverá estar localizado em área de fácil acesso dentro da unidade de saúde e possuir estrutura física mínima de: sala, computadores, impressora, acesso à internet compatível com as necessidades dos sistemas de regulação utilizados e linha telefônica;

1.27.3. A estrutura mínima funcional do NIR deverá atender às especificações da Portaria nº 1619/2020 - SES e da Nota Técnica nº 01/2022 - SES, ou outra(s) que venha(m) modificá-la(s) ou substituí-la(s);

1.27.4. O NIR deverá ser legitimado com competência definida e divulgada, subordinado à Direção Geral da Unidade de Saúde e à Gerência de Regulação de Internações/SCRS/SES-GO, com funcionamento 24h, 07 dias por semana, para unidades de internação hospitalar e de segunda a sexta-feira para unidades ambulatoriais;

1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas, Comitês, Equipes, Núcleos e Serviços:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

b) Comissão de Verificação de Óbitos;

c) Comissão de Ética Médica;

d) Comissão de Ética em Enfermagem;

e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

f) Comissão de Residência Médica (COREME);

g) Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);

h) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

i) Comissão de Farmácia e Terapêutica;

j) Comissão de Documentação Médica e Estatística;

k) Comissão de Proteção Radiológica;

l) Comissão de Biossegurança;

m) Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;

n) Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT);

o) Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);

p) Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

q) Comitê Transfusional;

r) Comitê de Compliance;

s) Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;

t) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);

u) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

v) Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT);

1.28.1. Em se tratando de estabelecimento de saúde novo ou de nova gestão, o PARCEIRO PRIVADO terá até 60 (sessenta) dias do início da vigência do Ajuste para constituir as comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;

1.28.2. Em estabelecimentos de saúde com menos de 50 (cinquenta) leitos, poderá ser avaliado pelo PARCEIRO PÚBLICO, conforme legislações vigentes, a flexibilização das comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;

1.29. Manter um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), que será 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 921/2021 e Portarias GM/MS nº 1963/2021 e 1964/2021. Deverá executar as ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, atendendo aos seguintes requisitos:

1.29.1 Contar com equipe técnica específica composta por:

a) Unidades com até 100 leitos: 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em Enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 01 Técnico de enfermagem e 01 Técnico administrativo;

b) Unidades de 101 a 250 leitos: 02 profissionais de nível superior , sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em Enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 02 Técnico de enfermagem e 01 Técnico administrativo; e

c) Unidades com mais de 250 leitos: 02 profissionais de nível superior, sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em Enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 03 Técnicos de enfermagem e 01 técnico administrativo;

1.29.2 Garantir funcionamento do NHE, 07 dias por semana, no período matutino e vespertino (incluindo finais de semana e feriados);

1.29.3. Garantir a realização e/ou apoio nas investigações epidemiológicas das doenças, eventos e agravos de notificação compulsória, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela Vigilância epidemiológica municipal, estadual e nacional dos casos e óbitos hospitalizados nos sistemas de informação correspondente;

1.29.4. Garantir a participação de integrante do NHE nos Comitê de Investigação de casos e óbitos sempre que demandados (Vigilância municipal e estadual);

1.29.5. Cumprir com as metas e indicadores pactuados pelas esferas de gestão (municipal, estadual e federal), bem como de digitação oportuna dos casos e óbitos das DAE Imediata, segundo legislação vigente em até 24 (vinte e quatro) horas;

1.29.6 Indicar representantes do NHE para participar de eventos, cursos, treinamentos e reuniões quando convidados pela SMS e SES;

1.29.7. Submeter-se às normas e rotinas estabelecidas pela Sub Coordenação Estadual dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e RENAVEH (Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar);

1.29.8. Garantir o envio de amostras de casos e óbitos suspeitos ou confirmados das DAE ao LACEN GO, conforme fluxo estabelecido, respeitando os critérios de coleta, armazenamento e transporte, disponibilizados no site: https://www.saude.go.gov.br/vigilancia-em-saude/lacen-go;

1.29.9. Estabelecer fluxo de comunicação dos exames de DAE realizados pelos laboratórios terceirizados, ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, que fará o contato com as Vigilância Epidemiológica municipais e estadual;

1.30. Estabelecer, implementar e disponibilizar "on line" e na plataforma SIGUS da SES-GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

1.30.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área;

1.31. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde, bem como, implementar e disponibilizar "on line" e na plataforma SIGUS da SES-GO, o Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021, NBR 5410, NBR 13534, NBR 15943 e as demais resoluções;

1.32. Proporcionar condições de infraestrutura predial e controle de qualidade do ar em ambientes climatizados. O PARCEIRO PRIVADO deverá implantar e manter durante a vigência deste contrato, Plano de Manutenção, Operação e Controle Predial – PMOCP e Plano de Manutenção, Operação e Controle – PMOC com programação das manutenções preventiva, rotineira e corretiva, de forma a operacionalizar e supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários com profissional que tenha competência legal para garantia de segurança dos sistemas e da edificação conforme especificações contidas na NBR 13971/97, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674 da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e exigências do Ministro de Estado da Saúde e ANVISA, por meio da Portaria N°3.523, de 28 de agosto de 1998, Resolução-Re N°09, de 16 de janeiro de 2003 e as demais resoluções;

1.33. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a unidade de saúde conforme a Resolução RDC nº 509/2021, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.34. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

1.35. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025;

1.36. Promover manutenção preventiva para equipamentos e instalações relacionados com infraestrutura como: grupo gerador de emergência, quadro de distribuição de energia, sistema elétrico e luminotécnico, Sistema de Proteção Contra Descarga Atmosférica (SPDA) e aterramento, sistema de ar condicionado, caixas d'água, sistema hidráulico, telefonia, rede lógica, entre outros;

1.37. Prover programa de manutenção preventiva para sistemas de proteção e combate a incêndios e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC);

1.38. Implantar o Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por parada cardiorrespiratória e a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS 2.600, de 21/10/2009, nº 3.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011;

1.39. A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:

a) Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de múltiplos órgãos;

b) Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos;

1.40. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência do estabelecimento de saúde, conforme o seu perfil, deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

a) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

b) Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

c) Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País;

d) Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

e) Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, dispõe sobre o acesso a informações e a aplicação da Lei federal n° 12.52, de 18 de novembro de 2011, no âmbito do Estado de Goiás, institui o serviço de informação ao cidadão e dá outras providências;

f) Norma Regulamentadora MTE nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;

g) Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf;

h) Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, Ministério da Saúde, 2017;

i) Nota Técnica n° 1/2022 - SES/SCRS, que trata do Dimensionamento de recursos humanos atuando exclusivamente no Núcleo Interno de Regulação das unidades de saúde sob gestão e regulação estadual;

j) Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH);

k) Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS);

l) Portaria n° 342/2022 - SES-GO, de 24 de fevereiro de 2022, que institui o Sistema de Gestão de Unidades de Saúde e suas alterações posteriores;

m) Portaria GM/MS nº 3.418, de 31 de agosto de 2022, altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (varíola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;

n) Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021, Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH);

o) Portaria GM/MS nº 1.694, de 23 de julho de 2021, Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh);

p) Portaria nº 921/2021 - SES, de 01 de junho de 2021, Institui a Rede Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (REVEH) na Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e dá outras orientações.

q) Portaria nº 1.619/2020 - SES-GO, de 11 de setembro de 2020, que dispõe sobre a Estruturação e Atribuições dos Núcleos Internos de Regulação - NIR das Unidades da Rede Própria e das Unidades Conveniadas/Contratadas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e dá outras providências;

r) Portaria nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS;

s) Portaria 1.046/2019 - SES-GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade;

t) Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Seção V;

u) Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo II - Do Sangue, Componentes e Hemoderivados;

v) Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;

w) Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; Anexo III (Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE); Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo;

x) Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; com ênfase nos Anexos XXIV (Política Nacional de Atenção Hospitalar); XXXI (Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade) e XXXII (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica);

y) Portaria MS n° 158, de 04 de fevereiro de 2016, redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos;

z) Portaria MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;

Portaria n° 2.803, de 19 de novembro de 2013, redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS);

a.1) Portaria MS nº 529, de 01 de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

b.1) Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS);

c.1) Portaria nº 1.119, de 05 de junho de 2008, regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos;

d.1) Portaria MS nº 1559/2008, de 01 de agosto de 2008, Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS;

e.1) Portaria nº 1.405, de 29 de junho de 2006, institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO);

f.1) Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia;

g.1) Portaria SVS/MS nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;

h.1) RDC ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências;

i.1) RDC ANVISA nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue;

j.1) RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

k.1) RDC ANVISA 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;

l.1) RDC ANVISA nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);

m.1) RDC ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva;

n.1) RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada;

o.1) Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;

p.1) Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico;

q.1) Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência;

1.40.1 Atender toda a legislação e normativas vigentes, e considerar que o rol apresentado neste item é exemplificativo;

1.41. Desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação, respeitando e atendendo as normativas estabelecidas pela SES-GO quanto ao assunto;

1.42. Implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos contratos de gestão firmados, de acordo com Portaria 1046/2019 - SES-GO, de 03 de dezembro de 2019;

1.43. Será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista;

1.43.1. Deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais;

1.43.2. A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe;

1.43.3. Fazer uso de um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) conforme a Portaria 1046 de Dezembro/2019;

1.43.4. Utilizar todos os módulos do SGH, inerentes a gestão da unidade proposta, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos contratos de gestão firmados, conforme definido na Portaria 1046 de Dezembro/2019;

1.43.5. Garantir, em tempo hábil, que todos os documentos do prontuário eletrônico do paciente estejam assinados digitalmente;

1.43.6. Compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de imaginologia tendo como identificador único o CPF do paciente. Todos as imagens e laudos deverão ser enviadas para o sistema PACS/RIS da SES-GO, nos padrões definidos pela SES-GO;

1.43.7. O SGH (por meio do PEP) do PARCEIRO PRIVADO deverá ler estes exames (imagens e laudos) do sistema de PACS/RIS da SES-GO. Não há a necessidade de integrar o sistema PACS/RIS do PARCEIRO PRIVADO diretamente com o SGH (PEP). Os exames (imagens e laudos) anteriores (legado), caso ainda não tenham sido transferidos, também deverão ser enviados para o sistema da SES-GO visando que todo o histórico desses exames fique armazenado no sistema da SES-GO;

1.43.8. Comprometer-se a estabelecer um serviço de exames laboratoriais (SADT) que seja integrado ao SGH (PEP) e armazene no SGH todos os resultados (dados estruturados) e laudos devidamente assinados digitalmente;

1.43.9. Garantir a confiabilidade dos dados que serão integrados ao Sistema de Regulação em Saúde utilizado pelo serviço de regulação estadual, para os processos ambulatoriais, urgência e emergência e internação;

1.43.10. Arcar com a responsabilidade de manter a sustentação do sistema. A governança do projeto Saúde Digital, definido na Portaria 1046/2019-SES, é de responsabilidade da SES-GO, portanto, o Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) contratado para atender a este projeto, deverá permitir que a SES tenha os seguintes privilégios: definir regras de negócio, permitir acesso total ao banco de dados, gerenciar as permissões de acessos, acompanhar os chamados abertos pelas unidades de saúde, priorizar a resolução dos chamados abertos, cobrar as soluções diretamente da empresa mantenedora do sistema, definir as novas funcionalidades e integrações a serem incorporadas, coordenar a homologação de novas funcionalidades;

1.44. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

1.44.1. Manter em funcionamento a Agência Transfusional (AT) na unidade;

1.44.2. Manter e/ou providenciar a inclusão do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário)

1.44.3. Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional;

1.44.4. Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO (unidade de comando e direção da política estadual).

1.44.5. Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente.

1.44.6. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento.

1.44.7. Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO.

1.44.8. Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.

1.44.9. Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).

1.44.10. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.

1.44.11. Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador Estadual de Goiás Prof. Nion Albernaz (HEMOGO), de forma a atender a legislação vigente.

1.44.12. Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade, conforme definir a SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.

1.44.13. Executar os procedimentos necessários para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionem a unidade.

1.44.14. A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.

1.44.15. Caso necessário e definido pela SES-GO, armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes portadores de coagulopatias hereditárias/ou outras doenças hematológicas, bem como realizar sua devolução em caso de não uso, em tempo hábil para utilização antes do vencimento, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.

1.44.16. Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expurgo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.

1.44.17. Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES e sob sua responsabilidade.

1.44.18. Oferecer assistência ambulatorial complementar (exceto em unidades que não tenham atendimento ambulatorial) às pessoas portadoras de doença falciforme, outras hemoglobinopatias e coagulopatias, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.

1.44.19. Prover a manutenção predial, hidráulica, elétrica, telefonia e rede lógica.

1.44.20. Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.

1.44.21. Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.

1.44.22. Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes.

1.44.23. Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.

1.44.24. Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.

1.44.25. Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.

1.44.26. O serviço de hemoterapia deverá estar contemplado e/ou representado no mínimo, nas seguintes Comissões /Comitês:

- Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;

- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT;

- Comitê da Qualidade;

- Comissão de Gerenciamento de Resíduos;

- Núcleo de Segurança do Paciente;

1.44.27. Manter atuante, na Agência Transfusional, os seguintes programas:

- Programa de Controle da Qualidade Interno.

- Programa de Avaliação Externa da Qualidade.

- Programa de Treinamento e Educação Permanente

1.44.28. Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.

1.44.29. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.

1.44.30. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.

1.44.31. Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.

1.44.32. Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.

1.44.33. Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.

1.44.34. Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresentá-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.

1.44.35. Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede/SPAIS/SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-GO.

1.44.36. Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.

1.44.37. Deverá durante todo o prazo de vigência do Contrato de Gestão, conservar e/ou substituir, se necessário, todos os equipamentos clínicos, não clínicos e mobiliários da AT, e seus respectivos acessórios, assim como manter o ambiente seguro, com práticas que assegurem altos padrões de conforto e limpeza, da unidade;

1.44.38. Deverá manter estoque em qualidade e quantidades suficientes de matéria-prima, medicamentos, material médico-hospitalar e correlatos, só podendo utilizar os produtos registrados na ANVISA e/ou com dispensa formal do registro, sendo vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas no Território Nacional;

1.44.39. Deverá receber visitas, prestar as devidas informações, adotar as recomendações e atender às solicitações do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH);

1.44.40. Deverá, sob Supervisão da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SPAIS/SES-GO e atendendo aos fluxos por ela estabelecidos, realizar o remanejamento de hemocomponentes entre Unidades de Saúde da Rede Pública Estadual, Municipal, Serviços Privados e Filantrópicos do Estado de Goiás, sempre que necessário e autorizado;

1.44.41. Deverá manter um serviço de captação de doadores de sangue voluntários objetivando a manutenção de estoques adequados, devendo encaminhar candidatos à doação de sangue ao Hemocentro Coordenador Estadual Prof. Nion Albernaz (HEMOGO).

1.44.42. Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES também quanto ao serviço de hemoterapia.

1.44.43. Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/inservibilidade de equipamentos, realizar comunicação formal à Coordenação de Patrimônio da SES-GO. Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, comunicar também à Coordenação da Hemorrede/SPAIS/SES-GO.

1.45. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA e conforme as diretrizes do SUS;

1.46. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.47. Assegurar o cumprimento e atendimento a todos os procedimentos requeridos pela SES-GO, que estejam previstos na Tabela SIGTAP/SUS vigente e alterações futuras, desde que em concordância com o perfil do estabelecimento de saúde;

1.48. Atender as normativas federais para recebimento de recursos dessa natureza, conforme orientações próprias contidas em Portarias Ministeriais e em concordância com orientações e normativas da SES-GO;

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

2.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia;

2.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES-GO;

2.3. Em caso de hospitalização, o PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, conforme orientação e determinação da SES-GO;

2.3.1 No caso de incompatibilidade de perfil ou quando o número de leitos for insuficiente, o PARCEIRO PRIVADO deve solicitar as transferências externas por meio do Complexo Regulador Estadual, informando na ficha de solicitação todos os dados necessários ao processo regulatório, tais como: resumo clínico fidedigno; exames pertinentes ao CID; tipo de leito de acordo com o CID; tipo de precaução estabelecida; atentando-se para eventuais mensagens/informações enviadas pela mesa reguladora via sistema de regulação ou outros meios de comunicação definidos pela SES;

2.4. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO serão efetuados por meio de sistemas de informação de regulação, controle e processamento definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;

2.5. O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber as solicitações da Regulação, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora;

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1. Identificação da Unidade

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

CNES: 6665322

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

Tipo de Unidade: Hospital geral de médio porte.

Gestão da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente.

3.2. Capacidade Instalada

3.2.1. Estrutura

3.2.1.1 O **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - 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	08
Clínica Cirúrgica	53
UTI Adulto	18
Leitos dia	04
Centro Cirúrgico	04
RPA	04
Consultórios	03

Sala de procedimentos	01

3.2.1.2 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.

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

3.2.1.4. O serviço de hemoterapia integra 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.

3.3. Perfil da Unidade

3.3.1. O **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO** é caracterizado como Hospital Geral de Alta e Média Complexidade em Urgência e Emergência, inserido na Rede de Urgência e Emergência como porta de Entrada (aberta), conforme classificação de risco, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Sudoeste de Goiás e demais Macrorregiões.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. LINHAS DE SERVIÇOS

4.1.1. Para o funcionamento do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO** serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica;

a.b) Saídas Cirúrgicas;

a.c) Saídas Pediátricas;

a.d) Internações em leitos de UTI (não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas);

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

c) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não requer internação hospitalar.

d) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais.

e) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da rede de saúde e que foram regulados para a Unidade.

f) Atendimento leito dia.

4.1.2. Os Atendimentos de Urgência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

4.2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

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

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

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

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

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

a) Assistência por equipe médica especializada;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;

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

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

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

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

p) Sangue e hemoderivados;

q) Fornecimento de enxoval;

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

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

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

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

4.3. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS HOSPITALARES

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

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

4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades às demais unidades de saúde por meio do Complexo Regulador Estadual.

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

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

4.3.6. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.

Especialidades para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste – HERSO .
Bucomaxilo
Cirurgia Geral
Clínica Médica
Ortopedia e Traumatologia

4.4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

4.4.1. Consultas Especializadas

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

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

4.4.1.3. As consultas ambulatoriais compreendem:

a. Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b. Interconsulta;

c. Consultas subsequentes (retornos);

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

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

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

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

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

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

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

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

- **análise dos dados contidos no prontuário;**
- **entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento;**
- **diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro);**
- **resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico;**
- **definição do plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e**
- **registro, que é a legitimação das ações deste profissional;**

4.4.1.10. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, conforme demanda da população de usuários do Hospital/Estabelecimento de Saúde, nas especialidades mínimas descritas no quadro abaixo:

Especialidades iniciais a serem oferecidas no ambulatório
Cirurgia Vascular
Cardiologia
Cirurgia Geral
Neurologia
Ortopedia e Traumatologia
Urologia

Consulta multiprofissional na Atenção Especializada (por especialidade)
Enfermagem
Fisioterapia
Psicologia
Nutricionista
Farmácia
Cirurgia Bucomaxilo

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

4.4.1.12. A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constantemente pelo Complexo Regulador Estadual. Assim, sempre que necessário, o PARCEIRO PÚBLICO solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou tipos de consultas, o que será cumprido pelo PARCEIRO PRIVADO em até 45 dias;

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

4.5. Cirurgias Eletivas

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

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

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

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

- Autorização para execução: via regulação ambulatorial de 1ª vez;

- Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Gestão Hospitalar (SES-GO);

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

- Instrumento de registro: APAC;

- Autorização para execução: via sistema de regulação;

- Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação;

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

- Instrumento de registro: AIH - Autorização para execução: via sistema de regulação;

- Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação;

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

- **Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência hospitalar de 2 a 3 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo;**
- **Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: média de permanência hospitalar maior que 3 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo; e**
- **Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo: média de permanência hospitalar maior que 3 dias com ou sem uso de OPME, envolve alto custo e pode envolver ou não o uso de OPMEs de alto custo;**

4.5.2.4. As cirurgias eletivas não envolvem pacientes que estejam em internação hospitalar prévia à realização do procedimento cirúrgico;

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

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

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

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

4.6. SADT EXTERNO

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

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

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

Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo
Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE
Eletrocardiograma
Radiografia
Tomografia Computadorizada

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

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

4.7. SERVIÇOS DE APOIO

4.7.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade, o SADT interno deverá ser 24 horas por dia, ininterruptamente.

4.7.2. Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

4.7.3. Serviço de Nutrição e Dietética – SND: **o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada usuário/cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND está proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes/usuários de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional;**

4.7.4. Serviço de Lavanderia: 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 todos os setores da Unidade.

4.7.5. Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

4.7.6 Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

5. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

6. PROPOSTA DE MELHORIAS

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

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

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

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

6.4.1 A proposta só deverá ser inicialmente executada após a autorização expressa do PARCEIRO PÚBLICO;

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

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

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

7. DA COMUNICAÇÃO

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

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

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

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

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

7.5.1 As logomarcas dos PARCEIROS PRIVADOS podem constar em documentos internos mas, jamais, em fachadas, placas ou letreiros, bem como nos materiais externos, salvo em mídia específica sobre o PARCEIRO PRIVADO;

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

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

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

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

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

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

a. Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal;

b. Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime diário/mensal;

c. Relatório de Custos, em regime mensal;

d. Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outro;

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

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

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

II - METAS DE PRODUÇÃO

9. REGRA GERAL

9.1. São apresentados as metas de produção contratualizados com o **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, referentes aos serviços assistenciais. Conforme monitoramento e necessidade, esses indicadores e metas podem ser alterados quando necessário;**

9.2. **O PARCEIRO PRIVADO deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários** do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.**

9.3. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

9.4. Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

9.5. Na medida em que os indicadores forem homologados, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

9.6. Nada obsta, entretanto, que o PARCEIRO PÚBLICO solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios;

9.7. **São consideradas como Metas de Produção, determinantes ao pagamento da parte assistencial/fixa, os seguintes critérios:**

9.7.1. Internações Hospitalares

a) saídas Clínicas

b) saídas Cirúrgicas

c) Saídas Pediátricas

9.7.2. Cirurgias: cirurgias eletivas

9.7.3. Atendimentos Ambulatoriais:

a) consulta médica na atenção especializada

b) consulta multiprofissional na atenção especializada

c) procedimentos programadas ambulatoriais

9.7.4. SADT Externo: exames e ações de apoio e diagnóstico.

9.**8. Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente. O PARCEIRO PRIVADO deverá atender todos os casos de urgência/emergência espontâneos e regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.**

9.9. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a meta do referido contrato, porém o PARCEIRO PRIVADO deverá informar mensalmente a produção realizada.

Dimensão	Descrição	Meta mensal
Internação	Clínica Cirúrgica	359
	Clínica Médica	52
	Clínica Pediátrica	83
	Leito Dia	88
Cirurgias	Cirurgias Eletivas	200

Atendimentos Ambulatoriais	Consulta médica na Atenção Especializada	800
	Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	873
SADT EXTERNO	Eletrocardiograma	100
	Raio X	700
	Tomografia Computadorizada	300
	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE	15

10. Determinantes da Parte Fixa

10.1. Internações Hospitalares

10.1.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente **saídas hospitalares em clínica cirúrgica, clínica médica, clínica médica pediátrica,** de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Dimensão	Descrição	Meta mensal	Meta Anual (12 meses)
Internação	Clínica Cirúrgica	359	4.308
	Clínica Médica	52	624
	Clínica Médica Pediátrica	83	996

10.1.2. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital.

10.1.2.1. Para as saídas clínicas foi considerado TMP de 4 dias.

10.1.2.2. Para as saídas pediátricas foi considerado TMP de 2,5 dias.

10.1.2.3. As saídas cirúrgicas contemplam: as saídas ortopédicas (TMP 4 dias) e especialidades (TMP de 3,5 dias)

10.1.3. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticos e terapêuticos necessários para o atendimento adequado das internações hospitalares.

10.2. Cirurgias Eletivas

10.2.1. O estabelecimento de saúde deverá realizar cirurgias eletivas que lhe sejam referenciadas por meio da regulação estadual:

Cirurgias eletivas	Meta mensal	Meta Anual (12 meses)
Eletivas	200	2.400

10.3. Atendimento Ambulatorial

10.3.1. A Unidade Hospitalar/Estabelecimento de Saúde deverá realizar produção mensal de consultas médicas, consultas multiprofissionais e pequenos procedimentos ambulatoriais;

10.3.2. A depender do cenário epidemiológico, o hospital deverá disponibilizar as vagas de consultas ambulatoriais proporcionalmente de acordo com a restrição prevista na legislação vigente, tendo como base a quantidade mensal definida no item 10.3.3, a seguir;

10.3.3. O hospital deverá disponibilizar vagas de consultas à rede assistencial e executá-las, de acordo com o estabelecido pela regulação estadual, conforme quadro abaixo:

Atendimento Ambulatorial	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Consulta Médica na Atenção Especializada	800	9.600
Consulta Não Médica na Atenção Especializada	873	10.476

10.3.4. Do total de consultas mensais disponibilizadas e executadas por especialidade, o hospital/estabelecimento de saúde deverá adotar os seguintes critérios:

a) 40% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) 10% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas a realização de Interconsulta;

c) 50% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de Consultas subsequentes (retornos);

10.3.5. As consultas de triagem para classificação de risco no Pronto Socorro não deverão ser contabilizadas como consultas ambulatoriais;

10.3.6. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente;

10.3.7. O indicador de aferição também será o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), apresentado pelo próprio hospital e posteriormente processado e faturado pelo Ministério da Saúde;

10.3.7.1. O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá empregar outro sistema de aferição conforme normativa própria;

10.4. SADT Externo

10.4.1.O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames, mensalmente, para pacientes externos, isto é, que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual, conforme seus próprios fluxos, no limite da capacidade operacional do SADT;

Exame	Meta mensal	Meta Anual (12 meses)
CPRE	15	180
Raio X	700	8.400
Eletrocardiograma	100	1.200
Tomografia computadorizada	300	3.600

10.4.2. A cada três meses o Complexo Regulador Estadual encaminhará para Unidade a demanda reprimida de SADTs para oferta de vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SES-GO, sem que, entretanto, ultrapasse o total de exames a serem disponibilizados e realizados no mês;

10.4.3. Os exames internos não compõem meta própria, pois já são previstos em outros serviços contratados: internações hospitalares e cirurgias, isso porque a internação deve contemplar todas as necessidades do paciente/usuário;

10.4.4. Em situações de imprevistos, em que os aparelhos instalados em determinada unidade apresentem falha operacional sem previsão de conserto, os encaminhamentos externos poderão ser referenciados para outra Unidade da Rede, cuja produção será acompanhada pela Superintendência de Atenção Integral de Saúde, Superintendência do Complexo Regulador em Saúde do Estado e Superintendência de Performance, podendo, quando em excedente, gerar o repasse de custeio a título de ressarcimento, desde que previamente autorizado pelo Gestor da Pasta e devidamente comprovada a produção;

10.4.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá inserir, obrigatoriamente, todas as vagas disponíveis, mensalmente, para os SADTs, no sistema de regulação estadual.

10.5. Hospital dia

10.5.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar atendimentos no Hospital Dia por mês.

10.5.2. Durante o tempo de permanência na Unidade, ao paciente deverá ser assegurado condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

10.5.3. O Hospital Dia será disponibilizado aos pacientes que comparecem à Unidade apenas para recebimento de dose esquemática de medicação endovenosa e pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; pacientes clínicos e/ou cirúrgicos que necessitam de permanecer na Unidade por um período máximo de 12 horas.

10.5.4. Os pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais compreendem as intervenções que abrangem procedimentos de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades, em pacientes que não estejam em internação hospitalar, ou seja, excetuam-se aqui as cirurgias de pacientes em atendimentos de urgência.

10.5.5. Os pacientes poderão ser provenientes de demanda externa ao hospital bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital. Em ambos os casos, devem ser regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

10.5.6. Os procedimentos ambulatoriais são interpretados como aqueles que não exigem internação, com o intuito de promover maior rotatividade ao Centro Cirúrgico da Unidade. As especialidades que poderão ser contempladas tais como a ortopedia (segundo tempo cirúrgico de média e alta complexidade), urologia.

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.

III - INDICADORES DE DESEMPENHO

11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos 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;

11.1. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

11.2. Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

11.3. Na medida em que os indicadores forem homologados, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

11.4. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada mês:

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

11.4.1. Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período.

Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: *[Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100*

11.4.2. Média de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação: relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares.

Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional e às boas práticas clínicas (Manual de Implantação e Implementação do NIR, 2017).

Fórmula: *[Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]*

11.4.3. Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Conceituação: assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação dos processos de trabalho dos colaboradores das unidades de internação hospitalar (Manual de Implantação e Implementação do NIR, 2017).

Fórmula: *[(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]*

11.4.4. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

Conceituação: o indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

Fórmula: *[Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100*

11.2.5. Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

Conceituação: mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

Fórmula: *[No de retornos em até 48 horas/ No de saídas da UTI, por alta] x 100*

11.4.6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: mede a relação de procedimentos rejeitados no sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS) em relação ao total de procedimentos hospitalares apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: *[Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100*

Obs.: Total de procedimentos rejeitados no SIH exceto rejeição no processamento por falta de habilitação e falta de capacidade instalada de leitos.

11.4.7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos)

Conceituação: mede o total de cirurgias eletivas que foram suspensas, por motivos relacionados à organização da Unidade, em relação ao total de cirurgias agendadas, falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: *[No de cirurgias eletivas suspensas/No de cirurgias eletivas (mapa cirúrgico)] x 100*

11.4.8. Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT expirado

Conceituação: indicador que sinaliza se as cirurgias eletivas realizadas na unidade estão tendendo a respeitar um tempo de espera máximo clinicamente aceitável conforme o critério SWALIS de classificação de prioridade atribuído pelo médico assistente.

Fórmula: *[Número de cirurgias realizadas com TMAT expirado dividido / Número de cirurgias eletivas em lista de espera e encaminhado para unidade] x 100.*

11.4.9. Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Conceituação: número de consultas ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula: *Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.*

11.4.10. Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.

Conceituação: proporção de exames de imagem externos com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula: *[Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100.*

11.4.12. Percentual de casos de doenças/agravos/eventos de notificação compulsória imediata (DAEI) **digitados** oportunamente.

Conceituação: avaliar a capacidade de detecção de DAEI nas unidades de saúde, por meio da **digitação** das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata de forma oportuna (≤ à 07 dias) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/e-SUS/e-SUS- SINAN).

Fórmula: Nº de casos de DAEI digitadas em tempo oportuno - até 7 dias/ Nº de casos de DAEI digitadas (no período/mês) X 100

11.4.13. Percentual de casos de doenças/agravos/eventos de notificação compulsória imediata (DAEI) investigados oportunamente.

Conceituação: avaliar a capacidade de detecção e investigação das DAEI nas unidades de saúde, por meio da **investigação** das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata investigadas oportunamente (≤ à 48 horas da data de notificação) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/e-SUS/e-SUS- SINAN).

Fórmula: Nº de casos de DAEI investigadas em tempo oportuno - até 48 horas da data da notificação/ Nº de casos de DAEI notificadas (no período/mês) X 100

ANEXO Nº II/2023 - SES/CRES-19504

2. ENSINO E PESQUISA

2.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

2.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

2.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

2.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

2.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

2.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio e pesquisa científica, mediante ações desenvolvidas pela

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

2.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

2.8 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

2.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

2.10. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SESG.

2.10.1 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por acompanhar o cumprimento da Portaria nº 609/20 – SES-GO, ou outro ato normativo que venha modificar e/ou substituir, e não deverá permitir a realização de pesquisa científica na unidade que não estiver cadastrada no fluxo de monitoramento de pesquisas da SES.

2.10.2 O PARCEIRO PRIVADO será responsável por garantir a citação da SES-GO como afiliação institucional dos autores na realização de pesquisa, nas publicações científicas, apresentações em eventos dos trabalhos e em todo e qualquer tipo de divulgação das pesquisas científicas executadas nas Unidades de Saúde e/ou Administrativas da SES-GO.

2.10.3 O PARCEIRO PRIVADO será responsável por garantir o encaminhamento pelo pesquisador à SESG de trabalho científico resultante de Pesquisa científica em dados públicos, Pesquisas de revisão da literatura e Relatos de experiência produzidos em Unidade da SES-GO.

2.10.4 O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir que a proposta de aplicação ou incorporação dos resultados das pesquisas realizadas dentro das unidades da SES-GO sejam apresentadas à SES-GO pelos pesquisadores.

2.11. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

2.12. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o PARCEIRO PRIVADO.

2.13. A seleção de preceptores, tutores e coordenadores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição. Esses profissionais deverão ser integrados à rotina e atividade da unidade hospitalar.

2.14. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normativas referentes aos Programas.

2.14.1. **O PARCEIRO PRIVADO** deve assegurar em seus contratos de prestação de serviço e/ou trabalho as atividades de ensino, pesquisa e preceptoria que são realizadas na unidade hospitalar.

2.15. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, compatíveis com os valores praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.

2.16. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

2.17. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

2.18. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normais legais disciplinares.

2.19. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

2.20. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Residência Média e Multiprofissional, quando devidamente implantados na unidade, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

3. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

3.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

3.2. O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

3.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

3.4. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência

Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

3.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

3.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

3.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

3.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

3.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado com experiência na aplicação de prova e acompanhado pela SESG por meio da Assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

3.9.1 A SESG/SES-GO em parceria com o grupo técnico será responsável por avaliar os requisitos técnicos da entidade que deseja firmar parceria ou contrato para a execução do processo seletivo.

3.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014.

3.10.1 O valor a que se refere o item 3.10 será acompanhado pela Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas da Superintendência de Gestão Integrada, conforme descrito no Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

3.10.2 PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, podendo ser variável conforme alteração legal do vencimento inicial do cargo ocupacional, bem como em virtude de remanejamento definido pela SES/GO, em concordância com o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

3.11. O profissional contratado pelo regime celetista para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus à gratificação conforme descrito no item 3.10, em razão da equidade.

3.12. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. Atualmente, a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).

3.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar, obrigatoriamente, no mínimo, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU, quando os programas estiverem efetivamente implantados.

3.14. Novos programas de residência serão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde. As implantações ocorrerão em parceria com a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, por meio de suas Comissões, contemplando a elaboração conjunta do Projeto Pedagógico.

3.14.1. Os supervisores dos novos programas serão de responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO conjuntamente com a COREME da respectiva unidade.

4. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

4.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

4.2. O Programa de Residência Médica (PRM), quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

4.3. Para a execução do Programa de Residência Médica, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

4.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

4.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).

4.5.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter e, quando necessário, realizar contratação adicional de preceptores para que as atividades da residência possam ser realizadas de acordo com as normas da CNRM, mantendo-se a relação preceptor/residente.

4.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

4.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

4.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm

4.8. As avaliações de que tratam o 4.7 anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

4.9. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

4.10. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

5. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

5.1. A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

5.2. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde(PRAPS) deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

5.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS e PRMS/SES-GO).

5.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

5.5. Para a execução da Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

5.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

5.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

5.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde. Sendo sua atuação exclusiva às atividades da coordenação.

5.9. O Tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/PRMS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS/PRMS.

5.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS/PRMS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar.

5.10.1 Todos os profissionais em exercício no estabelecimento de saúde devem ter conhecimento de que o mesmo desenvolve atividades de ensino. E, portanto, devem cooperar com o processo de aprendizagem dos residentes.

5.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS/PRMS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis. Na ausência de profissionais efetivos na unidade ou que atendam aos requisitos para o cargo, a unidade assistencial deverá conduzir processo seletivo para o cargo de coordenador.

5.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção, preferencialmente, entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

5.13. A seleção de Preceptores e Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

5.14. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e, preferencialmente, como profissional em exercício na instituição.

5.15. Nos PRAPS e PRMS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária, presencial, exclusiva ao cargo, de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS/PRMS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

5.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES/GO.

5.16.1 Os Profissionais no cargo de Tutoria com carga horária superior a 30 (trinta) horas semanais deverão exercer suas atividades, exclusivamente, na COREMU Local.

5.17. Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, **obrigatoriamente**, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o parágrafo 1º do artigo 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.

5.18. O estabelecimento de saúde poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.

5.18.1. Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.

5.19. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC, se for o caso.

5.20. As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

5.21. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

6. DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO.

6.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

6.3. Ocorrendo a situação descrita no item 6.2, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

6.4. Quando da implantação e execução dos Programas de Residência, a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás apresentará a estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. Quando houver repasse das bolsas diretamente ao residente médico ou residente multiprofissional, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

6.5. A estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO é apresentada em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. No entanto, considerando o repasse do valor da bolsa diretamente ao residente médico, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

6.6. O quantitativo de bolsas custeadas pela SES-GO e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada pela SESG.

6.7. Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, inclusos no custeio mensal da unidade hospitalar.

6.7.1 Para a alimentação deverá ser garantido, de acordo com a carga horária, 02 (duas) pequenas refeições e 01 (uma) grande refeição.

6.8. Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso apresentadas, a SESG, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

7. ESTÁGIOS CURRICULARES

7.1. 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.

7.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020, Portaria nº 225/2021 – SES/GO, de 09 de março de 2021, Portaria nº 2851/2022 - SES, de 28/11/2022, ou outras que venham substituí-las.

7.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, cuja distribuição será organizada e orientada pela SESG, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.

7.4 A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada **exclusivamente** pela SESG, de acordo com a legislação vigente e ocorrerá conforme Edital de Chamada Pública, a ser publicado pela SES-GO, com o intuito de classificar as Instituições de Ensino que possuam curso da área da saúde, previamente cadastradas.

7.5 O quantitativo de vagas ofertadas será definido pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG conjuntamente com as Unidades Administrativas e/ou Assistenciais de Saúde da SES-GO, levando-se em consideração a capacidade instalada de cada local.

7.6 O número máximo de vagas de estágio considerará o quadro de pessoal das entidades concedentes de estágio, que deve atender a proporção de 20% de estagiários para número superior a 25 (vinte e cinco) trabalhadores.

7.7 Os alunos serão encaminhados para as Unidades Assistenciais de Saúde por meio da Coordenação de Estágio (CEST) da SESG, após preenchimento da ficha de inscrição e assinatura do termo de compromisso, no qual deverá constar o número de apólice de seguro.

7.8 A Diretoria de Ensino e Pesquisa ou equivalente, da unidade administrativa ou de saúde, ficará responsável pela distribuição interna dos estagiários, em conjunto com a SESG/SES-GO, após o resultado final do Chamamento Público.

7.9 O PARCEIRO PRIVADO deverá encaminhar as informações solicitadas pelo PARCEIRO PÚBLICO referentes aos Programas de Estágio, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

8. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

8.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Educação Permanente em Saúde da Unidade de Saúde (PAEPS/US) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAEPS/US deve ser validado e aprovado pela SESG.

8.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAEPS/US à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Contrato de Gestão ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

8.3 A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, **quadrimestralmente**, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

8.3.1 Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, **bimestralmente**.

8.4. O PARCEIRO PRIVADO deverá encaminhar as informações solicitadas pelo PARCEIRO PÚBLICO referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

ANEXO Nº III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2023 - SES/GGP-03087

Este anexo objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução do 16º Termo aditivo ao Contrato de Gestão nº 024/2012-ses/go, cujo objeto, dentre outros, é a prorrogação da vigência contratual, a ser celebrado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e o Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano – IDTECH, atinente ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. É composto por duas partes **(I) Especificações Técnicas,** que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e **(II) Quadro de Servidores cedidos**.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1.O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1.1. Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais;
1.1.2. Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), na área médica e de enfermagem com registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Goiás. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS;
1.1.3. Disponibilizar de equipe médica e multiprofissional em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços composta por profissionais das especialidades exigidas, habilitados com título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, e outras instruções normativas, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Instrumento.
1.1.4. Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e aos serviços a serem prestados;
1.1.5. Assegurar o desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE;

1.1.6. Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda às condições mínimas necessárias ao descanso dos colaboradores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão;
1.1.7. Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado e, sempre que solicitado, disponibilizá-lo para leitura e migração do banco de dados;
1.1.8. Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;
1.1.9. Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade;
1.1.10. Atentar-se que, em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte (II) Quadro de Servidores cedidos, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO;
1.1.11. Estar ciente de que o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido instrumento, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias;
1.1.12. Ter ciência de que para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do Instrumento;
1.1.13. Considerar que a dedução de que trata o item 22.1.12 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à remuneração do servidor substituído (salário e encargos legais), no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;
1.1.14. Atentar-se para o fato de que o **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos. (Ofício circular definindo procedimentos e documentos comprobatórios, ex.: contrato, cópia RPA, frequência);
1.1.15. Utilizar os valores de mercado da região ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 3 (três) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados, não podendo ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual, independente da forma de contratação;
1.1.16 Comprovar e responder mensalmente pelo pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do Instrumento de ajuste para eximir-se destas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**;
1.1.17. Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica;
1.1.18. Assegurar a execução da Avaliação Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e da Avaliação de Desempenho Individual a serem realizadas pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente;
1.1.19. Aderir e alimentar o sistema de informação disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados de modo a permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**;
1.1.20. Alimentar periodicamente o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (ESocial), especialmente, os códigos S-2210, S2220 e S-2240;
1.1.21. Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT;
1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá indicar o retorno ao **PARCEIRO PÚBLICO** de servidor cedido em exercício na Unidade sob seu gerenciamento desde que motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido, mediante anuência do **PARCEIRO PÚBLICO**;
1.3. Conforme interesse e fundamentação da administração Pública poderá, excepcionalmente, ceder servidor público para o **PARCEIRO PRIVADO** que deverá integrá-lo ao serviço da Unidade;
1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento;
1.5. Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos e fluxos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos;
1.6. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horários, desde que não haja conflito de interesses;
1.7. É vedada a contratação pelo **PARCEIRO PRIVADO** de colaborador, em cargo de confiança ou em comissão, que possua vínculo de matrimônio, união estável ou parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, com os seguintes agentes públicos: Governador do Estado, Vice-Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, para quaisquer serviços relativos ao Instrumento de Ajuste;
1.8. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder à contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade;
1.9. Poderá o **PARCEIRO PRIVADO** atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade cabendo ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos – RHNet promovendo a dedução dos repasses mensais ao **PARCEIRO PRIVADO**, mediante regulamentação da SES-GO;
1.10. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar o evento, no prazo de 10 (dez) dias contados do mesmo, para providências cabíveis ao caso;
1.11. Responsabilizar-se pela criação e manutenção de um núcleo de assistência aos trabalhadores que tiverem sofrido assédio comprovado, conforme determinado em normativa própria da SES-GO;

II – QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 02. Quantidade de servidores estatutários Cedidos ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.** Março/2023.

Cargo	Total de Servidores cedidos **	Custo Total Estimado
Assistente Social - 18.464	06	R$ 51.370,63
Assistente Técnico de Saúde - 18.464	46	R$ 293.413,72
Auxiliar de Radiologia - QT - 18.464	02	R$ 10.005,01
Auxiliar de Serviços Gerais - 18.464	39	R$ 123.583,46
Auxiliar Técnico de Saúde - QT - 18.464	13	R$ 51.759,59
Biomédico - 18.464	03	R$ 30.684,44
Cirurgião-Dentista - 18.464	02	R$ 17.201,55
Enfermeiro - 18.464	14	R$ 153.167,04
Farmacêutico - 18.464	04	R$ 40.919,42
Médico - 18.464	03	R$ 38.412,99
Nutricionista - 18.464	01	R$ 7.541,87
Técnico em Enfermagem - 18.464	152	R$ 1.031.322,77
Técnico em Laboratório - 18.464	04	R$ 28.423,48
Técnico em Radiologia - 18.464	10	R$ 70.214,32
TOTAL GERAL	**299**	**R$ 1.948.020,29**

Observações * e ** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos de benefícios.

ANEXO Nº IV/2023 - SES/GAOS-14421

1. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL PARA O HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO

1.1 Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a estimativa do custeio operacional do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, o qual será objeto de aditivo de prorrogação contratual pelo período de 180 (cento e oitenta) dias.

1.2 Para o **cálculo estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I - Especificações Técnicas - HERSO elaborado pela Gerência de Atenção Especializada da Superintendência de Políticas e Atenção à Saúde – GERAS/SPAIS.

1.3 Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar via SIGUS/SGH ou outra forma requerida pela SES-GO, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE HOSPITALAR**.

1.4 As informações acima mencionadas também serão avaliadas por meio dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.5 As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos estabelecidos por esta. Nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

1.6 A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo Parceiro Privado e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

2. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

2.1 A estimativa dos custos operacionais do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO** foi segmentada conforme **possíveis linhas de contratação**. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde - SPAIS, no Anexo I, da Gerência de Atenção Especializada – GERAS. Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, recorreu-se também às comparações com outras unidades do Estado de Goiás, com o perfil assistencial semelhante ao que se pretende neste ajuste, como forma de orientação.

2.2. Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu-se os seguintes critérios:

a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;

b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)* da própria unidade e de outros estabelecimentos, além da série histórica extraída da Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC), que já tem acompanhado parte dos dados validados pelo Sistema Integrado de Gestão de Unidades de Saúde (SIGUS). Ressalta-se a prática de uso da série histórica, e não do último mês de referência, tendo em vista a sazonalidade da saúde e até mesmo dos perfis de encaminhamentos para a instituição;

c) Tempo Médio de Permanência, por clínica/perfil e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes, em comparação ao apresentado pela SPAIS;

d) Visitas técnicas para aprofundamento do conhecimento do perfil de execução de ações e serviços da unidade; e

e) Legislação relacionada ao perfil de atendimento;

f) *Benchmarck* ofertado pela Consultoria Planisa referente ao ano de 2021, com a subsequente aplicação do índice FIPE;

g) Índice de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico externo conforme demanda apresentada, em reuniões técnicas, pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, conforme as redes e políticas de atenção à saúde apresentadas pela SPAIS.

2.3 Considerou-se também a possibilidade das Internações Hospitalares para cuidados intensivos, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente. E, ainda, os atendimentos de urgência e emergência, conforme série histórica de janeiro a dezembro de 2022.

3. MÉTODO DE CÁLCULO

3.1 Metodologia

3.1.1 Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

3.1.2 Para o cálculo, a consultoria Planisa forneceu os percentis relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do *benchmark* do sistema *Key Performance Indicators for Health*, ano 2021, aplicando o índice FIPE Saúde, ao final.

3.1.3 Os hospitais pertencentes à base de dados da Planisa utilizam-se justamente da metodologia de custeio por absorção plena, com padronização no processo de coleta e apuração e periodicidade mensal. Sabendo-se disso, ressalta-se que o Percentil 25 (P25) se refere à posição 25, enquanto o Percentil 50 (P50) se refere à mediana de custo unitário para a mesma distribuição de frequência e o Percentil 75 (P75) faz referência à posição 75 dos custos unitários, considerando uma distribuição de 100 (cem) unidades.

3.1.4 O P50 constitui medida intermediária para precificação, sendo a atualmente indicada para o desenvolvimento das ações e serviços nas unidades hospitalares e/ou ambulatoriais do Estado de Goiás, o que será acompanhado pela equipe técnica de acompanhamento e monitoramento da unidade e da execução do Contrato de Gestão. Desta feita, o percentil sugerido foi o P50, que é mais econômico que o P75, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

3.1.5 Esta unidade possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade. Ademais, possui perfil de média e alta complexidade, o qual também tende a m custo mais elevado em virtude da especificidade. Contudo, sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo benchmark nacional com os dados presentes nos relatórios do KPIH no território goiano ou, quando for o caso, com os próprios preços praticados pela unidade.

3.1.6 Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foi disponibilizado algoritmo de base de cálculo pela consultora Planisa, sendo consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

a) Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade.

b) Conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial.

c) Seleção de hospitais (N) na base de dados da Planisa (sistema KPIH) com perfis semelhantes a Unidade.

3.2 Memória de Cálculo

3.2.1. O critério usado para o custeio das "**Internações Hospitalares**" é o paciente-dia e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias e de 90% para as UTI's. Na rotina de monitoramento e avaliação da unidade, não se observou no período utilizado como referência, por meio dos relatórios do KPIH, superlotação nas unidades de internação. Desta feia, o custeio estimado para as unidades de internação e de terapia intensiva foram obtidos multiplicando-se o volume de pacientes-dia pelo custo unitário da diária. Para conferência, analisou-se o número de saídas em concordância com o tempo médio de permanência informado tanto no Anexo I como no SIGUS, obtendo-se a compatibilidade dos dados. Para o cálculo mensal, utilizou-se a média de 30,4 dias.

Internação	Nº leitos	TOH	Quantidade dias do mês	Paciente-Dia Projetado
UI Clínica Médica Adulto	08	85%	30,4	207
UI Clínica Médica Pediátrica	08	85%	30,4	207
UI Clínica Cirúrgica	18	85%	30,4	465
UI Clínica Ortopédica	35	85%	30,4	904
UTI Adulto	10	90%	30,4	274
UTI Adulto 2	08	90%	30,4	219

Fonte: KPIH. Relatório de Produção (2022) e Relatório de quantidade de leitos/Anexo I - SPAIS.

3.2.2 O custeio do **Pronto Socorro** considerou a série histórica produzida pela própria unidade entre janeiro e dezembro de 2022 no Relatório de Produção (KPIH), em virtude das possíveis variações e sazonalidades, obtendo-se a média de 862 atendimentos por mês. Multiplicou-se esse quantitativo pelo valor constante no Orçamento Operacional Gradual da Planisa, referente ao ano de 2021, que é a base usada nesta precificação.

Serviço	Nº de atendimentos projetados/mês
Atendimento de urgência e emergência	862

3.2.3. O custeio das **Cirurgias** foi estimado multiplicando as saídas cirúrgicas pelo número de horas necessárias para realizar as cirurgias projetadas e, posteriormente, pelo custo unitário da hora cirúrgica. Considerou-se a série histórica de cirurgias de urgência realizadas em 2022, multiplicando-se o valor pelo tempo médio cirúrgico praticado na unidade. O levantamento das horas foi feito por meio de consulta ao relatório "Demonstração dos

custos unitários dos centros cirúrgicos", extraído no sistema KPIH, relativo ao período de janeiro de 2022 a dezembro de 2022 da própria unidade, que apurou a média de 505 horas e 18 minutos, assim como 272 cirurgias. Estimou-se ainda a realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, a qual pode ser realizada no Centro Cirúrgico, estimando-se o tempo de 45 minutos para cada CPRE. Assim, temos:

Serviço	Horas cirúrgicas projetadas
Cirurgias	730 horas

3.2.4. O custeio das **Consultas Ambulatoriais** ponderou a série histórica de 2022, no que tange às consultas médicas, multiprofissionais, por especialdiade, considerando-se inclusive as consultas odontológicas. O valor foi estimado multiplicando a meta projetada pelo seu custo unitário. O quantitativo de Consultas Médicas e Multiprofissionais foi fornecido no Anexo I, contudo levou-se em consideração o que já vem sendo produzido efetivamente pela unidade, no caso das consultas não médicas na atenção especializada.

Serviço	Quantitativo (Meta e Projeção*)
Consulta médica	800
Consulta não médica	500

3.2.5. Ainda no escopo de **Atendimento Ambulatorial**, foram considerados os procedimentos ambulatoriais conforme informado no Anexo I . Assim, o quantitativo estimado foi estimado pelo custo unitário.

Serviço	Leitos	Atendimentos
Hospital dia	04	88

Para os leitos dia, usou-se a quantidade estimada pela SPAIS.

Trata-se de atendimento ambulatorial conforme informado no Anexo I .
Assim, o quantitativo estimado foi estimado pelo custo unitário

3.2.6. O custeio do **Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)** Interno foi obtido multiplicando o quantitativo estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário conforme a projeção para a produção estipulada no Anexo I por clínica/especialidade de internação. Para a apuração desse quantitativo, utilizou-se o Relatório de Produção da unidade, que trouxe a média de produção de janeiro a dezembro de 2022, removendo-se apenas os exames e sessões relativos ao "SADT Externo" restando, portanto, os valores unitários dos serviços internos. Ressalta-se ainda que cada serviço constante nessa precificação possui produção/custo da unidade no referido relatório.

Serviço	Nº de atendimentos projetados/mês
Agência Transfusional	136
Análises Clínicas	11.256
Anatomia Patológica	47
Eletrocardiograma	303
Endoscopia Digestiva	06
Hemodiálise	35
Raio-X	1.527
Tomografia Computadorizada	536
Ultrassonografia	13
Fisioterapia	7.372
Fonoaudiologia	1.068
Psicologia	2.300
Terapia Ocupacional	771

3.2.7. O custeio do **Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) Externo** traz a meta estimada pelo Anexo I, conforme necessidade locorregional, a qual foi multiplicada pelo respectivo custo unitário. A série histórica foi analisada, assim como o volume de exames a serem disponibilizados para pacientes externos devidamente regulados para a unidade.

Serviço	Meta
Eletrocardiograma	100
Raio X	700
Tomografia Computadorizada	300
CPRE	15

4. **VALOR MENSAL ESTIMADO**

4.1 Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, é de R$ 5.707.053,55 (cinco milhões, setecentos e sete mil, cinquenta e três reais e cinquenta e cinco centavos), no percentil 50, considerando a aplicação da FIPE Saúde, de 8,16% (extraída de https://www.fipe.org.br/pt-br/indices/ipc/#indice-mensal&macum, em 29 de março de 2023).

4.2 O montante global a ser repassado para os 06 (seis) meses é de R$ 34.242.321,32 (trinta e quatro milhões, duzentos e quarenta e dois mil, trezentos e vinte e um reais e trinta e dois centavos), que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados neste período.

4.3 Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

HOSPITAL: HERSO								
DESCRIÇÃO	**CRITÉRIO**	**QUANTIDADE**	**P25**	**P50**	**P75**	**CUSTO P25**	**CUSTO P50**	**CUSTO P75**
1. SERVIÇOS HOSPITALARES (c/HM e c/ Mat/Med)								
1.1 Internação								
1.1.1 UI Clínica Médica Adulto	Paciente-dia	207	665,71	794,18	876,74	137.801,97	164.395,26	181.485,18
1.1.2 UI Clínica Médica Pediátrica	Paciente-dia	207	774,39	1.029,72	1.213,70	160.298,73	213.152,04	251.235,90
1.1.3 UI Clínica Cirúrgica	Paciente-dia	465	609,35	682,60	927,69	283.347,75	317.409,00	431.375,85
1.1.4 UI Clínica Ortopédica	Paciente-dia	904	609,35	682,60	927,69	550.852,40	617.070,40	838.631,76
1.1.5 UTI Adulto	Paciente-dia	274	1.978,73	2.275,14	2.995,17	542.172,02	623.388,36	820.676,58
1.1.6 UTI Adulto 2	Paciente-dia	219	1.978,73	2.275,14	2.995,17	433.341,87	498.255,66	655.942,23
1.1.7 Leito Dia	Nº atendimentos	88	501,80	833,60	850,80	44.158,40	73.356,80	74.870,40
						2.151.973,14	**2.507.027,52**	**3.254.217,90**
1.2 Pronto Socorro								
1.2.1 Pronto Atendimento	Atendimento	862	300,00	303,00	306,10	**258.600,00**	**261.186,00**	**263.858,20**
2. SERVIÇO AMBULATORIAL (c/HM e c/ Mat/Med)								
2.1 Consulta Médica	Consulta	800	110,30	139,50	224,70	88.240,00	111.600,00	179.760,00
2.2 Consulta Não Médica	Consulta	873	37,90	79,50	110,00	33.086,70	69.403,50	96.030,00
						121.326,70	**181.003,50**	**275.790,00**
3. CIRURGIAS (c/HM e c/ Mat/Med)								
3.1 Cirurgia	Hora Cirúrgica	730	1.780,20	2.043,00	2.679,00	**1.298.833,92**	**1.490.572,80**	**1.954.598,40**
4. SERVIÇOS DE SADT - INTERNO (c/ Mat/Med)								
4.1 Análises Clínicas	Exame	11.256	6,30	8,10	8,80	70.912,80	91.173,60	99.052,80
4.2 Anatomia Patológica	Exame	47	34,80	72,80	125,40	1.635,60	3.421,60	5.893,80
4.3 Raio X	Exame	1.257	43,10	57,10	71,40	54.176,70	71.774,70	89.749,80
4.4 Eletrocardiograma	Exame	303	16,00	28,90	45,50	4.848,00	8.756,70	13.786,50
4.5 Endoscopia	Exame	6	487,20	630,80	1.101,30	2.923,20	3.784,80	6.607,80
4.6 Hemodiálise	Sessão	35	331,90	543,40	1.178,80	11.616,50	19.019,00	41.258,00
4.7 Tomografia Computadorizada	Exame	536	99,50	121,60	196,30	53.332,00	65.177,60	105.216,80
4.8 Ultrassonografia	Exame	13	73,40	81,90	103,70	954,20	1.064,70	1.348,10
4.9 Agência Transfusional	Bolsa Transfundidas	136	196,90	279,30	333,40	26.778,40	37.984,80	45.342,40
4.10 Fisioterapia	Sessão	7.372	22,60	29,10	33,70	166.607,20	214.525,20	248.436,40
4.11 Fonoaudiologia	Sessão	1.068	29,60	41,00	54,10	31.612,80	43.788,00	57.778,80
4.12 Psicologia	Sessão	2.300	60,60	65,30	76,90	139.380,00	150.190,00	176.870,00
4.13 Terapia Ocupacional	Sessão	771	41,06	48,30	57,20	31.657,26	37.239,30	44.101,20
						596.434,66	**747.900,00**	**935.442,40**
5. SERVIÇOS DE SADT - EXTERNO (c/HM e c/ Mat/Med)								
4.1 Raio X	Exame	700	43,10	57,10	71,40	30.170,00	39.970,00	49.980,00
4.2 Eletrocardiograma	Exame	100	16,00	28,90	45,50	1.600,00	2.890,00	4.550,00
4.3 Tomografia Computadorizada	Exame	300	99,50	121,60	196,30	29.850,00	36.480,00	58.890,00
4.4 CPRE	Procedimento	15	487,20	630,80	1.001,30	7.308,00	9.462,00	15.019,50
						68.928,00	**88.802,00**	**128.439,50**
						4.496.096,42	**5.276.491,82**	**6.812.346,40**
Total com FIPE Saúde (01/2022 a 12/2022) - 8,16%						**4.862.977,89**	**5.707.053,55**	**7.368.233,87**
CUSTEIO MENSAL ESTIMADO						**4.862.977,89**	**5.707.053,55**	**7.368.233,87**

Referência Bibliográfica:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia. Ed. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006.

ANEXO Nº V/2023 - SES/GAOS-14421

1. REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

1.1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.2. A atividade assistencial a ser contratada será conforme Anexo I - Especificações Técnicas HERSO , da Gerência de Atenção Especializada da Superintendência de Políticas e Atenção à Saúde– GERAT/SAIS.

1.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO:**

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica

a.b) Saídas de Clínica Médica Pediátrica

a.c) Saídas Cirúrgicas

a.d) Saídas Ortopédicas

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar, que podem ser realizadas no Hospital Dia.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

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

1.4. Os Atendimentos de Urgência e Emergência; o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, assim como as internações em leitos de UTI adulto, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar a produção realizada.

1.5. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

5. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

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

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

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

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

2.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no Anexo I, da Gerência de Atenção Especializada da Superintendência de Políticas e Atenção à Saúde – GERAS/SPAIS.

6. SISTEMA DE REPASSE

3.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, de acordo com o anexo IV (v. 46025301), o custeio total estimado para a operacionalização do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, para os 06 (seis) meses, é de R$ 34.242.321,32 (trinta e quatro milhões, duzentos e quarenta e dois mil, trezentos e vinte e um reais e trinta e dois centavos), no percentil 50.

3.2. Do montante estimado mensalmente, qual seja, R$ 5.707.053,55 (cinco milhões, setecentos e sete mil, cinquenta e três reais e cinquenta e cinco centavos), a parte fixa, 90% (noventa por cento), corresponde ao valor de R$ 5.136.348,20 (cinco milhões, cento e trinta e seis mil, trezentos e quarenta e oito reais e vinte centavos), distribuído percentualmente de acordo com a METAS DE PRODUÇÃO estabelecidas no Anexo I, incluindo os exames internos aplicados nos serviços que compõem tais metas, nos termos indicados na seguinte TABELA I:

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO		
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO - METAS DE PRODUÇÃO		**PORCENTAGEM (%)**
Internação	Clínica Médica Adulto	6,76%
	Clínica Médica Pediátrica	8,77%
	Clínica Cirúrgica	38,45%
Cirurgias	Cirurgias Programadas/Eletivas	31,92%
Atendimento Ambulatorial	Consultas médicas	4,59%
	Consultas multiprofissionais	2,85%
	Procedimentos Ambulatoriais/Hospital Dia	3,00%
SADT Externo	Eletrocardiograma	0,12%
	Raio-x	1,64%
	Tomografia Computadorizada	1,5%
	CPRE	0,4%
Total		100%

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA, médico, portador da Cédula de Identidade nº 3788518 - DGPC/GO e CPF nº 699.515.191-72, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0002-32, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por EDUARDO PEREIRA RIBEIRO, inscrito no CPF nº 484.680.881-53, portador da Cédula de Identidade nº 2352091 - SSP/GO, residente e domiciliado em Rio Verde - GO, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, firmado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde , em regime de 24 horas/dia, por um período de 180 (cento e oitenta) dias, no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202200010020876, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão e antes do início da gestão no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, CEP 75920-000.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, CEP 75920-000, somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a assinatura do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

001073

Internações Hospitalares Peso 53,98	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as internações
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as internações
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinados as internações
Cirurgias Programadas Peso 31,92	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as cirurgias
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as cirurgias
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinados as cirurgias
Atendimento e Procedimentos Ambulatoriais Peso 10,44	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as consultas
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as consultas
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado as consultas
SADT Externo Peso 3,66	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames/procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames/procedimentos

10. **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% DO CONTRATO DE GESTÃO)**

5.1. Os valores percentuais apontados no Anexo Técnico I – Indicadores de Desempenho, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados no mês ou nos meses subsequentes ao período de avaliação, que ocorrerá EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, MENSAL, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

5.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito terá avaliada a sua performance calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM} = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A= Valor Atingido;

V_M= Valor da Meta.

5.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

5.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
< 50%	0

5.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir:

Σ (nota de cada indicador)

Quantidade de indicadores

5.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

5.6.1. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não cumprimento da transparência das informações a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados no seu SITE para análise por meio de link (este gerado pela OSS) a ser direcionado por meio de acesso ao iOS Transparência no site da SES/GO. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado.

TABELA IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100%
9 a 9,9 pontos	90%
8 a 8,9 pontos	80%
7 a 7,9 pontos	70%
6 a 6,9 pontos	60%
Menor que 6 pontos	ZERO

Documento assinado eletronicamente por **ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO**, **Usuário Externo**, em 06/06/2023, às 13:12, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **SERGIO ALBERTO CUNHA VENCIO**, **Secretário (a) de Estado**, em 06/06/2023, às 16:45, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **48196535** e o código CRC **EFD6C156**.

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, CULTURA E ESPORTE

RESULTADO DE JULGAMENTO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 30/2023 - SRP

O Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Educação, torna público o Resultado da licitação, referente ao Processo nº 202300006026744. Tipo da Licitação: Menor preço por Lote. Objeto: contratação de empresa especializada em serviços de preparo e fornecimento de refeições preparadas do tipo Self-Service (café da manhã, almoço, lanche, jantar), água mineral e gelo, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas no Estudo Técnico Preliminar e este Termo de Referência, visando atender as ações vinculadas a Superintendência de Desporto Educacional, Arte e Educação e outros departamentos desta Secretaria. Empresas Vencedoras: Visual Eventos e Formaturas, CNPJ: 23.540.814/0001-14, Lotes 01, 06 e 07 no valor Total de R$ 5.559.926,40; TRP Comércio e Serviços LTDA, CNPJ: 33.745.441/0001-71, Lote 04, no valor de R$ 1.933.988,00; Doranice Distribuidora, CNPJ: 08.687.366/0001-92 Lotes 02, 03, 05, 08, 10, 12, 13 no valor Total de R$ 7.266.542,80; TERRAÇO SERVIÇOS E ASSESSORIA LTDA, CNPJ: 02.486.936/0001-08 Lotes 09 e 11 no valor Total de R$ 279.998,40. Valor total da licitação R$15.040.455,60.

PEDRO VITOR D. QUEIROZ
Pregoeiro

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EXTRATO DE TERMO ADITIVO

Espécie: 3º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 88/2022-SES/GO (IPGSE / HERSO). Processo nº: 202200010020876. Parceiro Público: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. Parceiro Privado: Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE. Objetos: 1. Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, com início em 27 de outubro de 2023 e término em 23 de abril de 2024, ou até a conclusão do chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro. 2. Readequação do valor de repasse mensal para o custeio da Unidade. 3. Aporte de recursos referentes a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO. Valor do Aditivo: R$ 44.735.099,70. Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043.2149.03.16000232.50 e 2850.10.302.1043.2149.03.15000100.50. Vigência: 27 de outubro de 2023 a 23 de abril de 2024. Signatários: Sérgio Alberto Cunha Vencio - Secretário de Estado da Saúde. Aluísio Parmezani Pancracio - IPGSE.

SECRETARIA DE ESTADO DA RETOMADA

EXTRATO DE CONVÊNIO Nº 4/2023

Processo: 202319222002026. Concedente: ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA RETOMADA, CNPJ nº 37.992.607/0001-05. Convenente: SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL - SENAC, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 03.608.475/0001-53. Objeto: O presente convênio tem por objeto a conjunção de esforços mútuos entre os parceiros visando a realização de processo de Qualificação Social e Profissional, objeto de parceria entre o Estado de Goiás por intermédio da Secretaria de Qualificação e Fomento à Geração de Empego do Ministério do Trabalho e Empego e o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Retomada, visando o desenvolvimento de habilidades técnicas, comportamentais e socioemocionais, proporcionando aos participantes melhores oportunidades de inserção e progressão no mercado de trabalho, através de cursos e orientações personalizadas, com o objetivo de fortalecer a empregabilidade dessas pessoas, ampliando suas chances de conquistar empregos formais e de qualidade, contribuindo assim para a promoção da inclusão social e o desenvolvimento econômico. Data da Assinatura: 29/12/2023. VIGÊNCIA: 12 (doze) meses, a contar da data da assinatura, com sua eficácia condicionada a publicação no Diário Oficial do Estado e Diário Oficial da União. VALOR: R$ 714.000,00 (Setecentos e quatorze mil reais).

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA COMUNICAÇÃO SOCIAL - SECOM

AVISO DE LICITAÇÃO
LRE ELETRÔNICA Nº 1/2024 - EMAP

A EMPRESA MARANHENSE DE ADMINISTRAÇÃO PORTUÁRIA - EMAP torna público que realizará a LICITAÇÃO LRE ELETRÔNICA N° 001/2024-EMAP - EMAP, no modo de disputa aberto, pelo critério de julgamento maior oferta, no dia 22/02/2024, às 09:30 horas, Horário de Brasília, por meio do uso de recursos de tecnologia da informação, pelo sitio www.licitacoes-e.com.br, visando a cessão de uso onerosa de uma área de 207,27 m² para uso em atividades administrativas, localizada ao lado do Centro de Negócios da EMAP, na área secundária do Porto do Itaqui, em São Luís/MA, de acordo com o constante no Processo Administrativo n.º 3012/2022 - EMAP, de 09/11/2022 e especificações do Edital e seus Anexos, e em conformidade com as disposições do Regulamento de Licitações e Contratos da Empresa Maranhense de Administração Portuária - EMAP, pelas disposições da Lei Complementar n° 123, de 14 de dezembro de 2006 e alterações e Lei Federal n° 13.303, de 30 de junho de 2016.

O edital e seus anexos estão à disposição dos interessados nos sítios www.licitacoes-e.com.br e www.emap.ma.gov.br, no link Transparência/Compras, podendo ainda ser adquirido gratuitamente na CSL/EMAP, mediante solicitação pelo e-mail: csl@emap.ma.gov.br, durante os dias úteis, das 08:00 às 12:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas. Fones: (98) 3216-6532/3216-6533 e 3216-6028. Esclarecimentos e informações adicionais serão prestados aos interessados no sítio www.emap.ma.gov.br, no link emap/transparência, e ou notificação direta através de Fax ou Carta ou e-mail. Telefones: (98) 3216-6531, 3216-6532 e 3216-6533.

São Luís - MA, 3 de janeiro de 2024.
CIANE SOZINHO DE SOUZA
Gerente de Compras e Contratos da EMAP

AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 49/2023 - EMAP

A EMPRESA MARANHENSE DE ADMINISTRAÇÃO PORTUÁRIA - EMAP torna público que realizará licitação, na modalidade Pregão Eletrônico, do tipo menor preço, por lote único, no modo de disputa aberto, com orçamento sigiloso, no dia 25/01/2024, às 09:30h - Hora de Brasília - DF, por meio do uso de recursos de tecnologia da informação, pelo sitio www.licitacoes-e.com.br, para contratação de empresa especializada para prestação dos serviços de FRETAMENTO DE ÔNIBUS E VAN, para atender demandas da Empresa Maranhense de Administração Portuária - EMAP de acordo com o constante no Processo Administrativo Eletrônico n.º 02581/2023 - EMAP, de 16/08/2023 e especificações e condições do Edital e seus Anexos, e em conformidade disposições do Regulamento de Licitações e Contratos da Empresa Maranhense de Administração Portuária - EMAP, da Lei Complementar n° 123, de 14 de dezembro de 2006 e Lei Federal n° 13.303, de 30 de junho de 2016.

O edital e seus anexos estão à disposição dos interessados www.emap.ma.gov.br, no link Transparência/Compras, podendo ainda ser adquirido gratuitamente, mediante solicitação pelo e-mail: csl@emap.ma.gov.br, durante os dias úteis, das 08:00 às 12:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas. Esclarecimentos e informações adicionais serão prestados aos interessados no sítio www.emap.ma.gov.br. Telefones: (98)3216-6532; 3216-6533 E 3216-6028.

São Luís-MA, 2 de janeiro de 2024.
CIANE SOZINHO DE SOUZA
Gerente de Compras e Contratos da EMAP

AVISO DE LICITAÇÃO
LICITAÇÃO ELETRÔNICA Nº 2/2024 - CSL/EMSERH

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 195.644/2023 - EMSERH
OBJETO: Contratação de empresa especializada na prestação de serviços continuados de vigilância patrimonial e segurança armada diurna e noturna, para atender as necessidades do HOSPITAL DA ILHA.
CRITÉRIO DE JULGAMENTO: MENOR PREÇO POR LOTE.
DATA DA SESSÃO: 02/02/2024, às 09h00min, horário de Brasília.
Local de Realização: Sistema Licitações-e (www.licitacoes-e.com.br)
Edital e demais informações estão disponíveis em www.emserh.ma.gov.br e www.licitacoes-e.com.br

Informações adicionais serão prestadas na CSL/EMSERH localizada, na Av. Borborema, Qd-16, n° 25, Bairro do Calhau, São Luís/MA no horário de 08h00min as 12h00min e das 14h00min as 18h00min de segunda a sexta, pelos e-mails csl.emserh.ma@gmail.com e/ou marciaoliveira.emserh@gmail.com ou pelo Telefone (98) 3235-7333.

São Luís-MA, 5 de janeiro de 2024.
FRANCISCO ASSIS DO AMARAL NETO
Presidente da CL/EMSERH

AVISO DE LICITAÇÃO
LICITAÇÃO PRESENCIAL Nº 1/2024 - CSL/EMSERH

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 119.012/2022 - EMSERH
OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE EM CARDIOLOGIA, COM ATENDIMENTO AMBULATORIAL E EXAMES COM EQUIPAMENTOS EM COMODATO, PARA ATENDER A DEMANDA DA POLICLÍNICA DE BARRA DO CORDA
CRITÉRIO DE JULGAMENTO: Menor Preço Por Lote.
DATA DA ABERTURA: 01/02/2024 às 09h00min, horário de Brasília-DF.
Local de Realização: Auditório da EMSERH.

Edital e demais informações disponíveis em www.emserh.ma.gov.br

Informações adicionais serão prestadas na CSL/EMSERH localizada, na Av. Borborema, Qd-16, n° 25, Bairro do Calhau, São Luís/MA, pelos e-mails csl.emserh.ma@gmail.com e/ou maianeemserh@gmail.com, ou pelo Telefone (98) 3235-7333

São Luís-MA, 5 de janeiro de 2024.
MAIANE RODRIGUES CORRÊA LOBÃO
Agente de Licitação da EMSERH

AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO N° 1/2024 - EMAP

A EMPRESA MARANHENSE DE ADMINISTRAÇÃO PORTUÁRIA - EMAP torna público que realizará licitação, na modalidade Pregão Eletrônico, do tipo menor preço, no modo de disputa aberto, com orçamento sigiloso, no dia 26/01/2024, às 09:30h - Hora de Brasília - DF, por meio do uso de recursos de tecnologia da informação, pelo sitio www.licitacoes-e.com.br, para contratação de empresa para o fornecimento, implantação e configuração de licenças para 10 (dez) usuários, referente à ferramenta de serviço contínuo "GITLAB SEF MANAGED", no plano ULTIMATE, pelo período de 12 (doze) meses, para suportar o gerenciamento de projetos, controle de versão e integração contínua/distribuição contínua (CI/CD) da Empresa Maranhense de Administração Portuária (EMAP), de acordo com o constante no Processo Administrativo Eletrônico n.º 02883/2023-EMAP, de 13/09/2023 e especificações e condições do Edital e seus Anexos, e em conformidade disposições do Regulamento de Licitações e Contratos da Empresa Maranhense de Administração Portuária - EMAP, da Lei Complementar n° 123, de 14 de dezembro de 2006 e Lei Federal n° 13.303, de 30 de junho de 2016. O edital e seus anexos estão à disposição dos interessados www.emap.ma.gov.br, no link Transparência/Compras, podendo ainda ser adquirido gratuitamente, mediante solicitação pelo e-mail: csl@emap.ma.gov.br, durante os dias úteis, das 08:00 às 12:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas. Esclarecimentos e informações adicionais serão prestados aos interessados no sítio www.emap.ma.gov.br. Telefones: (98)3216-6532; 3216-6533 E 3216-6028.

São Luís-MA, 2 de janeiro de 2024.
CIANE SOZINHO DE SOUZA
Gerente de Compras e Contratos da EMAP

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA DE MATO GROSSO

AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 4/2024/SESP

PROCESSO: SESP-PRO-2023/15161 E SIAG Nº 15161/2023
objeto é Registro de preços para futura e eventual aquisição com instalação/desinstalação de transformadores de distribuição para atender as demandas do Sistema Penitenciário do Estado de Mato Grosso, Bombeiros e GEFRON.
ABERTURA DAS PROPOSTAS: 24/01/2024 às 08h30min (horário de Cuiabá-MT).
Edital disponibilizado no site: https://aquisicoes.gestao.mt.gov.br/sgc/faces/pub/sgc/central/EditalPageList.jsp
ESCLARECIMENTOS: pregao@sesp.mt.gov.br CONTATO: (65) 3613-5536 e 3613-8146.

Cuiabá-MT, 9 de janeiro de 2024.
NADYA BRUNO MORCELI
Superintendente de Aquisições e Contratos

CASA CIVIL DO ESTADO DE MATO GROSSO

EXTRATO DE CONTRATO N° 44/2023/CASACIVIL/MT-CASACIVIL-PRO-2023/03365

CONTRATANTE: CASA CIVIL DO ESTADO DE MATO GROSSO - CNPJ: 03.507.415/0007-30.CONTRATADA: FORMALTA INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE ARTIGOS MILITARES LTDA - CNPJ:02.514.575/0001-58.OBJETO: O objeto do presente instrumento é a aquisição de materiais de concessões e condecorações, para atender as demandas da Casa Civil do Estado de Mato Grosso.MODALIDADE: PREGÃO ELETRÔNICO Nº 009/2023/CASACIVIL.Fundamentação Legal: LEI Nº 14.133/2021 E DECRETO ESTADUAL Nº 1.525/2022 e lei 8.078/90 no que couber.Dotação Orçamentária: Unidade Orçamentária:04101. Unidade Gestora:0015.Projeto/atividade:2568.Fonte: 1.500.0000/1.501.0100.Natureza de Despesa: 3.3.90.31.001.Vigência: O prazo de vigência deste termo de contrato é de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, devendo ser observada a existência de créditos orçamentários.VALOR TOTAL: R$ 101.999,60 (cento e um mil, novecentos e noventa e nove reais e sessenta centavos).DATA DA ASSINATURA: 27.12.2023.ASSINAM: ANILDO CESÁRIO CORREA - CASA CIVIL DO ESTADO DE MATO GROSSO e CARLOS AUGUSTO NOGUEIRA MOTTA - Representante da Empresa FORMALTA INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE ARTIGOS MILITARES LTDA.

Secretaria da Saúde - SES

PORTARIA Nº 22, de 9 de janeiro de 2024

Julga Processo Administrativo Disciplinar e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são legalmente conferidas, com fulcro no inciso I e no §1º do artigo 195 da Lei estadual nº 20.756/2020, bem como no artigo 1º, inciso I, do Decreto estadual nº 9.377/2019, resolve:

Art. 1º Condenar o servidor RAPHAEL DE SIQUEIRA JUNQUEIRA, inscrito no CPF nº XXX.541.431-XX, estatutário, ocupante do cargo de Médico, lotado no Centro Estadual do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência - SIATE, pela prática da transgressão disciplinar tipificada no artigo 202, inciso IV, da Lei estadual nº 20.756/2020, aplicando-lhe a penalidade de advertência, declarar a sua inabilitação para promoção ou nova investidura em cargo efetivo ou em comissão, mandato ou emprego público estadual, conforme previsto no artigo 199, inciso I, da Lei estadual nº 20.756/2020, pelo período de 120 (cento e vinte) dias, bem como pela transgressão disciplinar prevista no artigo 202, inciso LVI, da Lei estadual nº 20.756/2020, aplicando-lhe a penalidade de suspensão, pelo período de 61 (sessenta e um) dias, a qual deverá ser convertida em multa, na base de 50% (cinquenta por cento) do valor diário de sua remuneração, por dia de suspensão, e declarar a sua inabilitação para promoção ou nova investidura em cargo efetivo ou em comissão, mandato ou emprego público estadual, conforme previsto no artigo 199, inciso II, da Lei estadual nº 20.756/2020, pelo período de 915 (novecentos e quinze) dias.

Parágrafo único. A determinação contida no *caput* deste artigo fundamenta-se no Despacho nº 6939/2023/GAB, da lavra deste titular da Pasta, bem como no Relatório Final nº 66/2023 - SES/CPPAD, da lavra da Comissão Permanente de Processo Administrativo Disciplinar - CPPAD, os quais concluíram que o servidor supramencionado praticou as transgressões disciplinares que lhe foram imputadas através do respectivo Termo de Indiciamento. Ressalta-se que os autos foram submetidos à análise da Procuradoria Setorial - PROCSET que, por intermédio do Parecer Jurídico nº 1035/2023 - SES/PROCSET, concluiu pela regularidade formal deste processo administrativo disciplinar nº 202100010026955.

Art. 2º Determinar, por parte da Gerência da Secretaria - Geral do Gabinete, a publicação desta Portaria e o cumprimento das determinações constantes no item 4, do Despacho nº 6939/2023/GAB, em razão do efeito suspensivo dotado à eventual apresentação de recurso em face desta decisão condenatória, com escopo no artigo 241, § 2º, da Lei estadual nº 20.756/2020. Após, volvam-se os autos para arquivamento do feito.

SÉRGIO ALBERTO CUNHA VÊNCIO

Protocolo 433506

EXTRATO DO 3º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 88/2022-SES/GO (IPGSE / HERSO). Processo nº: 202200010020876. Parceiro Público: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. Parceiro Privado: Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE. Objetos: 1. Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, com início em 27 de outubro de 2023 e término em 23 de abril de 2024, ou até a conclusão do chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro. 2. Readequação do valor de repasse mensal para o custeio da Unidade. 3. Aporte de recursos referentes a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO. Valor do Aditivo: R$ 44.735.099,70. Dotação Orçamentária: 2850.10.302.104 3.2149.03.16000232.50 e 2850.10.302.1043.2149.03.15000100.50. Vigência: 27 de outubro de 2023 a 23 de abril de 2024. Signatários: Sérgio Alberto Cunha Vencio - Secretário de Estado da Saúde. Aluísio Parmezani Pancracio - IPGSE.

Protocolo 433467

Secretaria de Estado da Economia

EXTRATO DE CONVÊNIO DE MÚTUA COLABORAÇÃO

PROCESSO Nº 201700004019233
CONVÊNIO DE MÚTUA COLABORAÇÃO Nº 01/2024
OBJETO: Colaboração mútua entre a SECRETARIA DE ESTADO DA ECONOMIA e a PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ROMA, objetivando disciplinar a permuta de informação, a mútua prestação de assistência administrativa e o apoio logístico do município, com vistas ao incremento na arrecadação, e melhoria do atendimento aos usuários desses órgãos.
VALOR: Não está previsto o repasse de recursos financeiros entre os partícipes. Cada partícipe arcará com o ônus de acordo com as responsabilidades assumidas no Convênio.
PARTÍCIPE: ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA ECONOMIA, CNPJ/MF Nº 01.409.655/0001-80, e a PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ROMA, CNPJ/MF Nº 01.067.925/0001-12
VIGÊNCIA: 60(sessenta) meses, a partir de sua assinatura e seus efeitos jurídicos dar-se-ão a partir de sua publicação no DOE
DATA DA ASSINATURA: 08/01/24

Protocolo 433311

EXTRATO DE CONVÊNIO DE MÚTUA COLABORAÇÃO

PROCESSO Nº 201800004036705
CONVÊNIO DE MÚTUA COLABORAÇÃO Nº 02/2024
OBJETO: Colaboração mútua entre a SECRETARIA DE ESTADO DA ECONOMIA e a PREFEITURA MUNICIPAL DE ADELÂNDIA, objetivando disciplinar a permuta de informação, a mútua prestação de assistência administrativa e o apoio logístico do município, com vistas ao incremento na arrecadação, e melhoria do atendimento aos usuários desses órgãos.
VALOR: Não está previsto o repasse de recursos financeiros entre os partícipes. Cada partícipe arcará com o ônus de acordo com as responsabilidades assumidas no Convênio.
PARTÍCIPE: ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA ECONOMIA, CNPJ/MF Nº 01.409.655/0001-80, e a PREFEITURA MUNICIPAL DE ADELÂNDIA, CNPJ/MF Nº 25.108.291/0001-67
VIGÊNCIA: 60(sessenta) meses, a partir de sua assinatura e seus efeitos jurídicos dar-se-ão a partir de sua publicação no DOE
DATA DA ASSINATURA: 08/01/24

Protocolo 433313

Secretaria de Estado de Comunicação

PORTARIA Nº 003, de 08 de janeiro de 2024

O Secretário de Estado de Comunicação, no uso de suas atribuições legais, considerando o Requerimento de Férias, evento SEI nº 55415232,

RESOLVE:

Art. 1º - Designar a servidora **Cibele Portela de Santana**, CPF nº xxx.960.831-xx, para responder pelo expediente da Superintendência de Mídias Sociais, da Secretaria de Estado de Comunicação, no período de 08/01/2024 a 12/01/2024, em substituição à Gabriel Correia Pontes, CPF nº xxx.013.551-xx, titular do cargo, que estará em gozo de suas férias.

Parágrafo único - Atribuir à servidora Cibele Portela de Santana, 60% do valor da gratificação Símbolo DAS-4, conforme Lei 22.079, de 28/06/2023, art. 32, §1º.

Art. 2º - À Gerência de Gestão e Finanças para as providências cabíveis.

CUMPRA-SE E PUBLIQUE-SE.

Gabinete do Secretário de Estado de Comunicação da SECRETARIA DE ESTADO DE COMUNICAÇÃO. aos 8 dias do mês de janeiro de 2024.

Protocolo 433288

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE GOIAS
Assinado digitalmente pela ABC - AGENCIA BRASIL CENTRAL
CODIGO DE AUTENTICACAO: 94b1137f

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ADITIVO SES/GO

Terceiro Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, celebrado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE.

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta Capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE ? SES/GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, SÉRGIO ALBERTO CUNHA VENCIO?, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 1639988-1604589/SSP-GO e inscrito no CPF sob o nº 599.380.721-00, residente e domiciliado nesta Capital, e o **INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE**, doravante denominado simplesmente **PARCEIRO PRIVADO**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0002-32, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO, brasileiro, casado, engenheiro, inscrito no CPF nº 159.938.598-81, portador da Cédula de Identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP, residente e domiciliado em Rio Verde - GO, decidem celebrar o presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 88/2022-SES/GO**, para o gerenciamento, operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir delineadas, conforme processo administrativo nº 202200010020876.

CLÁUSULA PRIMEIRA ? DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente termo aditivo:

1.1.1. Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO (000034143998), pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, com início em 27 de outubro de 2023 e término em 23 de abril de 2024, ou até a conclusão do chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro.

1.1.2. Readequação do valor de repasse mensal para o custeio da Unidade.

1.1.3. Aporte de recursos financeiros referentes à folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO.

CLÁUSULA SEGUNDA ? DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

2.1. Os objetos deste instrumento estabelecidos na Cláusula Primeira estão amparados no Ofício nº 58839/2023/SES (53114849), na manifestação da Organização Social pelo interesse na prorrogação do contrato através do Ofício nº 125/2023-IPGSE (53456439), no Despacho nº 2289/2023-SES/SUPECC (53173392), no Despacho nº 5950/2023-GAB (53210363), no Despacho nº 404/2023-SES/GEMOD (53863032), no Despacho nº 420/2023-SES/GEMOD (54086532), nos Anexos I a V (53812025), e na Requisição de Despesa nº 107/2023-SES/GEMOD (53857082) e autorização do Sr. Secretário de Estado da Saúde nela constante, e se fundamenta n Lei estadual nº 15.503/2005.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA PRORROGAÇÃO

3.1. Fica prorrogado o prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO (000034143998), pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, com início em 27 de outubro de 2023 e término em 23 de abril de 2024, ou até a conclusão do chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro, condicionando sua eficácia à publicação do extrato no Diário Oficial do Estado.

CLÁUSULA QUARTA - DA READEQUAÇÃO DO VALOR DO REPASSE MENSAL PARA CUSTEIO DA UNIDADE

4.1. Conforme a redação do Anexo V ? Sistema de Repasse (53812025), fica estabelecido o repasse mensal para custeio das partes Assistencial e dos Indicadores de Desempenho do presente ajuste, no valor estimado de R$ 5.500.744,97 (cinco milhões, quinhentos mil, setecentos e quarenta e quatro reais e noventa e sete centavos), totalizando R$ 33.004.469,82 (trinta e três milhões, quatro mil, quatrocentos e sessenta e nove reais e oitenta e dois centavos), da seguinte forma:

4.1.1. Ao custeio da parte assistencial, que corresponde a 90% (noventa por cento) do valor do repasse, o valor mensal será de R$ 4.950.670,47 (quatro milhões, novecentos e cinquenta mil, seiscentos e setenta reais e quarenta e sete centavos), totalizando R$ 29.704.022,82 (vinte e nove milhões, setecentos e quatro mil. vinte e dois reais e oitenta e dois centavos).

4.1.2. Ao custeio da parte dos Indicadores de Desempenho, que corresponde a 10 % (dez por cento) do valor do repasse, o valor mensal será de R$ 550.074,50 (quinhentos e cinquenta mil, setenta e quatro reais e cinquenta centavos). totalizando R$ 3.300.447,00 (três milhões, trezentos mil, quatrocentos e quarenta e sete reais).

CLÁUSULA QUINTA ? DO REPASSE REFERENTE À FOLHA DE PAGAMENTO

5.1. Fica acordado o repasse mensal estimado de R$ 1.955.104,98 (um milhão, novecentos e cinquenta e cinco mil, cento e quatro reais e noventa e oito centavos), totalizando R$ 11.730.629,88 (onze milhões, setecentos e trinta mil, seiscentos e vinte e nove reais e oitenta e oito centavos), referente à folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO, conforme Anexo III - SES/GGDP/2022 (53812025).

5.2. O valor total de custeio referente à folha de pagamento é estimado e variável, conforme a disponibilização e/ou remoção dos servidores, bem como dependente dos valores que compõem a remuneração dos servidores efetivos (tais como produtividade, insalubridade, quinquênios, dentre

001178

outros).

5.3. A informação do valor é repassada, mensalmente, para a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão / Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios, no intuito de que a mesma efetue a glosa necessária, a partir do consolidado ofertado pela Coordenação de Folha de Pagamento/Gerência de Gestão de Pessoas.

CLÁUSULA SEXTA - DO VALOR

6.1. O valor total do presente Termo Aditivo é estimado em R$ 44.735.099,70 (quarenta e quatro milhões, setecentos e trinta e cinco mil, noventa e nove reais e setenta centavos), sendo R$ 33.004.469,82 (trinta e três milhões, quatro mil, quatrocentos e sessenta e nove reais e oitenta e dois centavos), destinados ao custeio do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, e R$ 11.730.629,88 (onze milhões, setecentos e trinta mil, seiscentos e vinte e nove reais e oitenta e oito centavos), referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO, conforme tabela abaixo:

DETALHAMENTO	PERÍODO	VALOR MENSAL	VALOR TOTAL
Repasse de recursos financeiros referente ao 3° Termo Aditivo ao Contrato de Gestão de nº 88/2022 - SES/GO, firmado entre Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no HERSO.	180 dias	R$ 5.500.744,97	R$ 33.004.469,82
Aporte de recursos financeiros referentes à folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO.	180 dias	R$ 1.955.104,98	R$ 11.730.629,88
TOTAL			**R$ 44.735.099,70**

CLÁUSULA SÉTIMA ? DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

7.1. As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados nas notas de empenho e respectivas dotações orçamentárias abaixo relacionadas:

NOTAS DE EMPENHO			
Nº	DATA	SEI	VALOR
00155	23/11/2023	54049641	R$ 8.292.736,34
00101	23/11/2023	54049724	R$ 3.442.186,26
TOTAL			**R$ 11.734.922,60**

Sequencial: 096	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde ? Fes
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde integral
Ação	2149	Atendimento assistencial em saúde
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte de Recurso	16000 232	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS

001179

Modalidade de aplicação	50	Transferências a Instituições Privadas sem fins lucrativos

Sequencial: 098	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde ? Fes
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde integral
Ação	2149	Atendimento assistencial em saúde
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte de Recurso	15000 100	Recursos não vinculados de impostos - Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	50	Transferências a Instituições Privadas sem fins lucrativos

7.2. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa nas dotações orçamentárias de que trata o item 7.1. poderá ser substituída por outra, tanto de origem federal quanto de origem estadual, a que apresentar disponibilidade financeira.

CLÁUSULA OITAVA - DAS CLÁUSULAS INALTERADAS

8.1. Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições do Contrato nº 88/2022-SES/GO, e seus aditivos, naquilo que não conflite com o pactuado no presente instrumento, que passa a fazer parte integrante daquele ajuste.

CLÁUSULA NONA - DA PUBLICAÇÃO

9.1 O presente termo aditivo será publicado por extrato no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, bem como no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, correndo as despesas por conta do PARCEIRO PÚBLICO.

E por estarem acordes, assinam as partes para que produza seus jurídicos efeitos.

ANEXO Nº - I AO V/2023 - SES/GEMOD-21281

ANEXO Nº I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS/2023 - HERSO

Este anexo constitui parte integrante do presente Ajuste e acrescenta cláusulas específicas do Contrato de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução, monitoramento, avaliação e fiscalização da parceria e prestação dos serviços descritos. O Anexo I está dividido em três segmentos: **I) Especificações Técnicas e Descritivo de Serviços,** os quais normatizam a execução da parceria na área da saúde; **II) Metas de produção,** que definem as premissas técnicas de execução e estabelecem metas quantitativas; e **III) Indicadores e Metas de Qualidade/Desempenho,** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos de gestão da Unidade.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

O PARCEIRO PRIVADO deverá:

Aderir e alimentar o(s) sistema(s) de informação a ser(em) disponibilizado(s) pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, regulação, controle, avaliação e fiscalização de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros dos procedimentos da Tabela SUS realizados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, garantindo que todos os procedimentos lançados no sistema de gestão hospitalar sejam registrados de forma integral nos sistemas ministeriais;

Os procedimentos da Tabela SUS devem ser registrados e faturados em concordância com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS.

Atualizar, periodicamente ou sempre que houver qualquer alteração, a listagem de profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento, sua respectiva carga horária, instalações físicas, serviços especializados e suas respectivas classificações, leitos e equipamentos, procedendo aos devidos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

001180

Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico ?hospitalista?, por especialidade médica, garantir a assistência integral e por especialidade de acordo com a necessidade do usuário, assegurando o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do estabelecimento de saúde. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas preferencialmente até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia ?Secretaria de Estado da Saúde de Goiás?, bem como, os logotipos do SUS e do Hospital de acordo com regras estabelecidas pela SES-GO;

O **PARCEIRO PRIVADO** só poderá fazer uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites, eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás, mediante a autorização prévia da Secretaria Estadual de Saúde.

Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no estabelecimento de saúde, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no estabelecimento, observando a legislação vigente, dentre elas, as Resoluções e Instruções do Conselho Federal de Medicina;

Zelar pela integridade, acondicionamento adequado e guarda dos prontuários dos pacientes assistidos no respectivo estabelecimento de saúde, ainda que produzidos fora da sua gestão, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

No caso de troca de gestão da unidade, se responsabilizar pela condução da entrega dos prontuários e documentação referente aos atendimentos do paciente, seja assistencial ou para fins de faturamento, ao substituto que ocupara? a sua func?a?o e herdara? os arquivos, pelo tempo determinado pelas normas específicas.

Assumir a inteira responsabilidade pelo fornecimento de materiais, insumos, produtos para a saúde, medicamentos, órteses e próteses por ele prescritos que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP e suas atualizações ou outra tabela que vier a substituí-la;

A depender do parecer emitido por comissão a ser instituída pela SES, quando o **PARCEIRO PÚBLICO** for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores correspondentes poderão ser cobrados regressivamente do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Termo repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo e parecer da comissão a ser instituída pela SES;

A metodologia de atuação da comissão será disciplinada por regulamento próprio via portaria do gestor da pasta;

Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes as glosas aplicadas ao **PARCEIRO PÚBLICO**, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde referentes a produção hospitalar/ambulatorial (SIA/SIH) e dados referentes ao Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mediante notificação prévia do mesmo.

Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Termo;

Consolidar a imagem do **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE** como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência desta parceria, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente Termo, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, nome da mãe, data de nascimento, Registro Civil (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF) e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

Em relação aos direitos dos usuários, o **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a:

Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e responsabilizar-se pelos arquivos, considerando os prazos previstos em lei, inclusive dos prontuários produzidos anteriores a sua gestão;

Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital;

Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Termo;

Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização ? PNH;

Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;

Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por representante de qualquer religião;

Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes, idosos e nos demais casos previstos em legislações específicas;

Garantir atendimento equânime aos usuários;

Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

001181

Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR/Estabelecimento de Saúde", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

Nome do usuário;

Nome do Hospital/Estabelecimento de Saúde;

Localização do Hospital (endereço, município, estado);

Motivo da internação (CID-10);

Data de admissão e data da alta;

Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;

Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta;

O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos?;

Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar;

Arquivar ou indexar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

Fazer contato prévio via e-mail e/ou telefone com o coordenador da Atenção Primária à Saúde - APS do município de origem do paciente, para informar a previsão ou confirmação da alta, encaminhando documento de alta com as devidas orientações para prosseguimento no atendimento, sempre que necessário e providências do transporte para a alta em tempo hábil;

Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

Informar e divulgar a existência da Ouvidoria do SUS vinculada ao serviço e à SES-GO e garantir o seu pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

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 (trinta) dias;

Implantar e/ou Manter um Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, diretamente ligado à Ouvidoria do SUS da unidade, responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS;

Ouvidoria e SAU são serviços complementares de atendimento ao usuário e seus atendimentos devem ser registrados no sistema oficial de ouvidoria do SUS, conforme a natureza de atendimento, qual seja: manifestação de ouvidoria ou disseminação de informação.

Realizar Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia, modelo e periodicidade a ser validado pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, a qual deverá ser realizada em todos os setores do estabelecimento de saúde, com envio de seus resultados estratificados e da eficácia da resolução para a SES-GO;

Executar anualmente uma auditoria independente, para que a mesma ateste a confiabilidade da Pesquisa de Satisfação aplicada pela unidade através do Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria. Após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei Estadual nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, e em conformidade com a legislação federal e estadual correlata;

Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores do estabelecimento de saúde de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista);

Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, substituição de sistema informatizado (software), nem na estrutura física do **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;

Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Termo;

Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação, Consulta Especializada e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com a Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;

Possuir e manter em pleno funcionamento, de forma ininterrupta, por 24 horas, 07 dias por semana, um Núcleo Interno de Regulação ? NIR, conforme preconiza o Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação MS/2017, Portaria SES/GO n° 1.619, de 11 de setembro de 2020, e Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Anexo XXVI Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, atentando-se também à Nota Técnica nº 1/2022 - SES/SCRS, que trata do Dimensionamento de Pessoal atuando exclusivamente no NIR, e suas alterações;

O NIR será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da **Regulação Estadual**, para a Unidade Pública de Saúde em comento;

O NIR deverá estar localizado em área de fácil acesso dentro da unidade de saúde e possuir estrutura física mínima de: sala, computadores, impressora, acesso à internet compatível com as necessidades dos sistemas de regulação utilizados e linha telefônica;

A estrutura mínima funcional do NIR deverá atender às especificações da Portaria nº 1619/2020 - SES e da Nota Técnica nº 01/2022 - SES. ou outra(s) que venha(m) modificá-la(s) ou substituí-la(s);

O NIR deverá ser legitimado com competência definida e divulgada, subordinado à Direção Geral da Unidade de Saúde e à Gerência de Regulação Exames, Consultas, Cirurgias Eletivas e Internações/SCRS/SES-GO, com funcionamento 24h, 07 dias por semana, para unidades de internação hospitalar e de segunda a sexta-feira para unidades ambulatoriais.

001182

Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas, Comitês, Equipes, Núcleos e Serviços:

Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

Comissão de Verificação de Óbitos;

Comissão de Ética Médica;

Comissão de Ética em Enfermagem;

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

Comissão de Farmácia e Terapêutica;

Comissão de Documentação Médica e Estatística;

Comissão de Proteção Radiológica;

Comissão de Biossegurança;

Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;

Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT);

Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

Comitê Transfusional;

Comitê de Compliance;

Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;

Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT).

Quando o "ANEXO II - Ensino e Pesquisa" indicar a existência de Residência Médica e/ou Residência Multiprofissional, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá possuir e manter em pleno funcionamento a Comissão de Residência Médica (COREME) e/ou a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), além das estabelecidas no Item 1.1.28;

Em se tratando de estabelecimento de saúde novo ou de nova gestão, o **PARCEIRO PRIVADO** terá até 60 (sessenta) dias do início da vigência do Ajuste para constituir as comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;

Em estabelecimentos de saúde com menos de 50 (cinquenta) leitos, poderá ser avaliado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme legislações vigentes, a flexibilização das comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados.

Manter um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), que será 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 2743, de 29 de novembro de 2022 e Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021 e Portaria GM/MS nº 1.694, de 23 de julho de 2021 e outras legislações vigentes. Deverá executar as ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, atendendo aos seguintes requisitos:

Contar com equipe técnica específica composta por:

Unidades com até 100 leitos: 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 01 técnico de enfermagem e 01 técnico administrativo;

Unidades de 101 a 250 leitos: 02 profissionais de nível superior , sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 02 técnico de enfermagem e 01 técnico administrativo; e

Unidades com mais de 250 leitos: 02 profissionais de nível superior, sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 03 técnicos de enfermagem e 01 técnico administrativo.

Garantir funcionamento do NHE, 07 dias por semana, no período matutino e vespertino (incluindo finais de semana e feriados);

Garantir a realização e/ou apoio nas investigações epidemiológicas das doenças, eventos e agravos de notificação compulsória, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela Vigilância epidemiológica municipal, estadual e nacional dos casos e óbitos hospitalizados nos sistemas de informação correspondente;

Garantir a participação de integrante do NHE nos Comitê de Investigação de casos e óbitos sempre que demandados pelas Vigilâncias municipal e estadual;

Cumprir com as metas e indicadores pactuados pelas esferas de gestão (municipal, estadual e federal), bem como de digitação oportuna dos casos e óbitos das DAE Imediata, segundo legislação vigente em até 24 (vinte e quatro) horas;

Indicar representantes do NHE para participar de eventos, cursos, treinamentos e reuniões quando convidados pela SMS e SES;

Submeter-se às normas e rotinas estabelecidas pelo órgão Estadual responsável pelos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e RENAVEH (Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar);

Garantir o envio de amostras de casos e óbitos suspeitos ou confirmados das DAE ao LACEN-GO, conforme fluxo estabelecido, respeitando os critérios de coleta, armazenamento e transporte, disponibilizados no site: https://www.saude.go.gov.br/vigilancia-em-saude/lacen-go;

001183

Estabelecer fluxo de comunicação dos exames de DAE realizados pelos laboratórios terceirizados, ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, que fará o contato com as Vigilância Epidemiológica municipais e estadual.

Estabelecer, implementar e disponibilizar no formato ?online? e na plataforma SIGUS da SES-GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021 e NBR 15943:2011 ou atualizações, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde, bem como, implementar e disponibilizar ?online? e na plataforma SIGUS da SES-GO, os membros e atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021, NBR 5410, NBR 13534, NBR 15943 e as demais resoluções;

Proporcionar condições de infraestrutura predial e controle de qualidade do ar em ambientes climatizados. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá implantar e manter durante a vigência deste Termo, Plano de Manutenção, Operação e Controle Predial ? PMOCP e Plano de Manutenção, Operação e Controle ? PMOC com programação das manutenções preventiva, rotineira e corretiva, de forma a operacionalizar e supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários com profissional que tenha competência legal para garantia de segurança dos sistemas e da edificação conforme especificações contidas na NBR 13971/97, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674 da Associação Brasileira de Normas Técnicas ? ABNT e exigências do Ministro de Estado da Saúde e ANVISA, por meio da Portaria GM/MS nº 3.523, de 28 de agosto de 1998, Resolução-RE ANVISA nº 09, de 16 de janeiro de 2003, e as demais resoluções;

Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, manter durante a vigência desta parceria um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a unidade de saúde conforme a RDC ANVISA nº 509, de 27 de maio de 2021, bem como a NBR 15943/2011 e as demais resoluções;

Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da RDC ANVISA nº 611, de 09 de março de 2022, bem como a NBR ISO 17025 e demais normativas vigentes;

Promover manutenção preventiva para equipamentos e instalações relacionados com infraestrutura como: grupo gerador de emergência, quadro de distribuição de energia, sistema elétrico e luminotécnico, Sistema de Proteção Contra Descarga Atmosférica (SPDA) e aterramento, sistema de ar condicionado, caixas d'água, sistema hidráulico, telefonia, rede lógica, entre outros;

Prover programa de manutenção preventiva para sistemas de proteção e combate a incêndios e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC);

Implantar a política de Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por parada cardiorrespiratória, bem como, a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde - Anexo I Sistema Nacional de Transplantes (SNT), Portaria GM/MS nº de 3.251, de 30 de dezembro de 2011, e Portaria GM/MS nº 1.780, de 26 de agosto de 2013, e demais legislações vigentes;

A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:

Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de múltiplos órgãos;

Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos.

O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência do estabelecimento de saúde, conforme o seu perfil, deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País;

Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, dispõe sobre o acesso a informações e a aplicação da Lei federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, no âmbito do Estado de Goiás, institui o serviço de informação ao cidadão e dá outras providências;

Norma Regulamentadora MTE nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, aprovada pela Portaria GM/MT nº 485, de 11 de novembro de 2005;

Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf, ou publicação que venha a substituí-lo;

Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, Ministério da Saúde, 2017, ou publicação que venha a substituí-lo;

Nota Técnica SES/SCRS n.° 1/2022, que trata do Dimensionamento de recursos humanos atuando exclusivamente no Núcleo Interno de Regulação das unidades de saúde sob gestão e regulação estadual;

Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), ou programa/publicação que venha a substituí-lo;

001184

Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), ou programa/publicação que venha a substituí-lo;

Portaria SES/GO nº 342, de 24 de fevereiro de 2022, que institui o Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), no âmbito da SES/GO, para fins de monitoramento, avaliação e fiscalização dos ajustes firmados com entidades conveniadas e do terceiro setor, e suas alterações posteriores;

Portaria GM/MS nº 3.418, de 31 de agosto de 2022, altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (varíola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;

Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021, Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH);

Portaria GM/MS nº 1.694, de 23 de julho de 2021, Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh);

Portaria SES/GO nº 2.743, de 29 de novembro de 2022 - Institui a Rede de Vigilância Epidemiológica nas Unidades de Saúde da Atenção Secundária e Terciária no Estado de Goiás e dá outras providências;

Portaria SES/GO nº 1.619, de 11 de setembro de 2020, que dispõe sobre a Estruturação e Atribuições dos Núcleos Internos de Regulação - NIR das Unidades da Rede Própria e das Unidades Conveniadas/Contratadas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e dá outras providências;

Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022 - Consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde - Título II, Capítulo I, Seção III - Da Habilitação de Estabelecimentos de Saúde na Alta Complexidade em Oncologia;

Portaria SES/GO nº 1.046, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Seção V;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo II - Do Sangue, Componentes e Hemoderivados;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 4 de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem Portaria GM/MS nº 204/2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo VI (Origem Portaria GM/MS Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; Anexo III (Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE); Título X ? do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; com ênfase nos Anexos XXIV (Política Nacional de Atenção Hospitalar); XXXI (Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade) e XXXII (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica);

Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo I - Seção XII - Do Financiamento para o Custeio das Atividades Relacionadas ao Processo Transexualizador;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo VIII - Da Segurança do Paciente;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - Capítulo VI - Seção I - Da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - Capítulo VI - Seção II - Da Vigilância dos Óbitos Maternos;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Anexo XXVI - Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo XIII - Seção I-A - Da Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXIV Procedimentos de Atendimento em Regime de Hospital Dia;

RDC ANVISA nº 611, de 09 de março de 2022, que estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas ;

RDC ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências;

RDC ANVISA nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue;

RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

RDC ANVISA 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;

RDC ANVISA nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);

RDC ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva;

RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada;

Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;

Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico;

001185

Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência;

Atender toda a legislação e normativas vigentes e considerar que o rol apresentado neste item é exemplificativo.

Desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação, respeitando e atendendo as normativas estabelecidas pela SES-GO;

Implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos Termos firmados, de acordo com Portaria SES/GO nº 1.046, de 03 de dezembro de 2019 e/ou atualizações desta;

Será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia ? conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista;

Deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde ? MS, do Ministério do Trabalho e Emprego ? MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais;

A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe;

Fazer uso de um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) conforme a Portaria 1046 de Dezembro/2019 e outras normativas vigentes;

Utilizar todos os módulos do SGH, inerentes a gestão da unidade, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos Termos firmados, conforme definido na Portaria 1046/2019 e/ou atualizações desta;

Garantir, em tempo hábil, que todos os documentos do prontuário eletrônico do paciente estejam assinados digitalmente;

Compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de imaginologia tendo como identificador único o CPF do paciente. Todos as imagens e laudos deverão ser enviadas para o sistema PACS/RIS da SES-GO, nos padrões definidos pela SES-GO;

O SGH (por meio do PEP) do **PARCEIRO PRIVADO** deverá ler estes exames (imagens e laudos) do sistema de PACS/RIS da SES-GO. Os exames (imagens e laudos) anteriores (legado), caso ainda não tenham sido transferidos, também deverão ser enviados para o sistema da SES-GO visando que todo o histórico desses exames fique armazenado no sistema da SES-GO;

Comprometer-se a estabelecer um serviço de exames laboratoriais (SADT) que seja integrado ao SGH (PEP) e armazene no SGH todos os resultados (dados estruturados) e laudos devidamente assinados digitalmente;

Garantir a confiabilidade dos dados que serão integrados ao Sistema de Regulação em Saúde utilizado pelo serviço de regulação estadual, para os processos de regulação ambulatoriais, eletivos, de urgência e emergência e internação, e processos de controle e avaliação referentes aos dados de processamento de informações (faturamento);

Arcar com a responsabilidade de manter a sustentação do sistema. A governança do projeto Saúde Digital, definido na Portaria 1046/2019-SES, é de responsabilidade da SES-GO, portanto, o Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) contratado para atender a este projeto, deverá permitir que a SES tenha os seguintes privilégios: definir regras de negócio, permitir acesso total ao banco de dados, gerenciar as permissões de acessos, acompanhar os chamados abertos pelas unidades de saúde, priorizar a resolução dos chamados abertos, cobrar as soluções diretamente da empresa mantenedora do sistema, definir as novas funcionalidades e integrações a serem incorporadas, coordenar a homologação de novas funcionalidades.

Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

Manter em funcionamento a Agência Transfusional (AT) na unidade;

Manter e/ou providenciar a inclusão do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária. Este deverá constar no alvará sanitário ou no relatório de inspeção sanitária;

Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional;

Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO como unidade de comando e direção da política estadual;

Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como, a legislação vigente;

Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento;

Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO;

Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde ? MS, do Ministério do Trabalho e Emprego ? MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.

Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. Definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).

Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.

001186

Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.

Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade, conforme definido pela SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.

Executar os procedimentos necessários para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionem a unidade.

A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.

Caso necessário e definido pela SES-GO, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes portadores de coagulopatias hereditárias/ou outras doenças hematológicas, bem como realizar sua devolução em caso de não uso, em tempo hábil para utilização antes do vencimento, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.

Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expurgo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.

Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES e sob sua responsabilidade.

Oferecer assistência ambulatorial complementar, quando for o caso, às pessoas portadoras de doença falciforme, outras hemoglobinopatias e coagulopatias, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.

Prover a manutenção predial, hidráulica, elétrica, telefonia e rede lógica.

Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.

Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.

Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes.

Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.

Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.

Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.

O serviço de hemoterapia deverá estar contemplado e/ou representado no mínimo, nas seguintes Comissões/Comitês:

Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes ? CIPA e SESMT;

Comitê da Qualidade;

Comissão de Gerenciamento de Resíduos;

Núcleo de Segurança do Paciente.

Manter atuante, na Agência Transfusional, os seguintes programas:

Programa de Controle da Qualidade Interno;

Programa de Avaliação Externa da Qualidade;

Programa de Treinamento e Educação Permanente.

Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.

Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.

Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.

Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.

Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.

Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.

Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresentá-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.

Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede da SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-GO.

Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.

Deverá durante todo o prazo de vigência do Termo, conservar e/ou substituir, se necessário, todos os equipamentos clínicos, não clínicos e mobiliários da AT, e seus respectivos acessórios, assim como manter o ambiente seguro, com práticas que assegurem altos padrões de conforto e limpeza, da unidade;

001187

Deverá manter estoque em qualidade e quantidades suficientes de matéria-prima, medicamentos, material médico-hospitalar e correlatos, só podendo utilizar os produtos registrados na ANVISA e/ou com dispensa formal do registro, sendo vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas no Território Nacional;

Deverá receber visitas, prestar as devidas informações, adotar as recomendações e atender às solicitações do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH);

Deverá, sob Supervisão da Coordenação da Hemorrede da SES-GO e atendendo aos fluxos por ela estabelecidos, realizar o remanejamento de hemocomponentes entre Unidades de Saúde da Rede Pública Estadual, Municipal, Serviços Privados e Filantrópicos do Estado de Goiás, sempre que necessário e autorizado;

Deverá manter um serviço de captação de doadores de sangue voluntários objetivando a manutenção de estoques adequados, devendo encaminhar candidatos à doação de sangue ao Hemocentro Regional de Rio Verde (HEMOGO Rio Verde) ou a outra unidade da Hemorrede Pública se assim estabelecer a SES-GO.

Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde ? CNES quanto ao serviço de hemoterapia.

Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/inservibilidade de equipamentos, realizar comunicação formal à Coordenação de Patrimônio da SES-GO. Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, comunicar também à Coordenação da Hemorrede/SPAIS/SES-GO.

Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme as diretrizes do SUS;

Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida pelos órgãos de fiscalização ambiental;

Assegurar o cumprimento, atendimento e registros de informações assistenciais e de faturamento a todos os procedimentos requeridos pela SES-GO, que estejam previstos na Tabela SIGTAP/SUS vigente e alterações futuras, desde que em concordância com o perfil do estabelecimento de saúde;

Atender as normativas federais para recebimento de recursos dessa natureza, conforme orientações próprias contidas em Portarias Ministeriais e em concordância com orientações e normativas da SES-GO.

Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes aos bloqueios judiciais aplicados ao **PARCEIRO PÚBLICO**, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos de respostas das demandas judiciais e/ou administrativas, caso o descumprimento seja decorrente da inobservância do prazo pelo **PARCEIRO PRIVADO**, mediante notificação prévia do mesmo.

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS PACTUADOS

O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia;

O Serviço de Admissão do **PARCEIRO PRIVADO** solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde ? SES-GO;

Em caso de hospitalização, o **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a internar o paciente, de acordo com o seu perfil assistencial, conforme orientação e determinação da SES-GO;

No caso de incompatibilidade de perfil ou quando o número de leitos for insuficiente, o **PARCEIRO PRIVADO** deve solicitar as transferências externas por meio da Regulação Estadual, informando na ficha de solicitação todos os dados necessários ao processo regulatório, tais como: Código Internacional de Doenças (CID); resumo clínico fidedigno; exames pertinentes ao CID; tipo de leito de acordo com o CID; tipo de precaução estabelecida. Deverá atentar para eventuais solicitações/informações enviadas pela mesa reguladora via sistema de regulação ou outros meios de comunicação definidos pela SES.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados por meio dos sistemas informatizados de regulação, controle e processamento definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;

O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a manter um serviço de Núcleo Interno de Regulação, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber as solicitações da Regulação, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (uma) hora.

O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a encaminhar as remessas de faturamento ambulatorial à Secretaria de Estado da Saúde até o dia 10 do mês subsequente para o e-mail: sia.sesgo@gmail.com; e o faturamento hospitalar para o e-mail: aih.sesgo@gmail.com. E no dia 15, de cada mês, a Coordenação Estadual de Processamento de Informações/Gerência de Controle e Avaliação/Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação enviará uma prévia (síntese de produção ambulatorial e relatório de AIHs rejeitadas) ao estabelecimento, para que se proceda as possíveis correções e a devolução a esta Secretaria de Estado da Saúde de Goiás deverá ser realizada até dia 20, impreterivelmente.

DESCRIÇÃO DA UNIDADE

Identificação da Unidade

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

CNES: 6665322

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

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

Gestão da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

001188

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada à Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação.

Capacidade Instalada

Estrutura

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

Descrição aditivo	Leitos
Clínica Médica	08
Clínica Médica Pediátrica	08
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.

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

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

Perfil da Unidade

O HERSO é um hospital Geral de Alta e Média Complexidade em Urgência e Emergência, inserido na Rede de Urgência e Emergência como porta de Entrada referenciada/regulada, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Sudoeste de Goiás e demais Macrorregiões.

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

DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

Linhas de Serviços

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

Internação:

Saídas de Clínica Médica;

Saídas Cirúrgicas;

Saídas Pediátricas;

Internações em leitos de UTI adulto (não compõem a linha de serviços para efeito de metas).

Atendimento Ambulatorial:

Consultas Médicas Especializadas: consultas médicas especializadas realizadas em ambulatório;

Consultas Multiprofissionais na Atenção Especializada: consultas multiprofissionais realizadas em ambulatório.

001189

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

Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente referenciados pela Regulação Estadual para a Unidade;

Hospital-Dia: reservado para a realização de procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos, referenciado pela Regulação Estadual, nos quais a permanência do paciente na unidade se dará pelo período máximo de 12 horas.

4.1.2. Os Atendimentos de Urgência/Emergência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário internado, quando da admissão hospitalar, e deverá informar mensalmente a produção realizada via Sistema de Gestão Hospitalar e garantir a informação também no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

Assistência Hospitalar

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

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

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

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

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

Assistência por equipe médica especializada;

Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;

Assistência farmacêutica;

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

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

Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;

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

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

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

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

Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;

Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;

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

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

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

Sangue e hemoderivados;

Fornecimento de enxoval;

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

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

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

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

Atendimento às Urgências Hospitalares

001190

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

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

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

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

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

Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.

Em situações excepcionais, mediante solicitação e validação da Gerência de Regulação de Internações, o **PARCEIRO PRIVADO** ofertará atendimento de urgência e emergência das especialidades que possui regularmente em ambulatório para atendimento de avaliações, emissão de pareceres ou até mesmo para investigação e diagnóstico, em seus respectivos leitos de internação conforme disponibilidade e/ou pronto socorro.

Mediante solicitação e validação da Gerência de Regulação de Internações, o **PARCEIRO PRIVADO** ofertará atendimento de urgência e emergência das especialidades que possui regularmente em ambulatório para atendimento de avaliações, emissão de pareceres ou até mesmo para investigação e diagnóstico, em seus respectivos leitos de internação conforme disponibilidade e/ou pronto socorro.

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

Atendimento Ambulatorial

Consultas Especializadas

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

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

As consultas ambulatoriais compreendem:

Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

Interconsulta;

Consultas subsequentes (retornos).

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

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

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

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

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

001191

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

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

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

análise dos dados contidos no prontuário;

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

diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro);

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

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

registro, que é a legitimação das ações deste profissional.

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

Especialidades iniciais a serem oferecidas no ambulatório
Cirurgia Vascular
Cardiologia
Cirurgia Geral
Neurologia
Ortopedia e Traumatologia
Urologia

Consulta multiprofissional na Atenção Especializada (por especialidade)
Enfermagem
Fisioterapia
Psicologia
Nutricionista
Farmácia
Bucomaxilo

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

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

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

Cirurgias Eletivas

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

001192

A Regulação Estadual revisará periodicamente a demanda reprimida da fila de espera para cirurgias eletivas e poderá encaminhar para a Unidade para oferta dessas vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SES-GO, sem que, entretanto, ultrapasse o total

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

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

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

Autorização para execução: via regulação ambulatorial de 1ª vez;

Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Gestão Hospitalar (SES-GO).

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

Instrumento de registro: APAC;

Autorização para execução: via sistema de regulação;

Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

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

Instrumento de registro: AIH - Autorização para execução: via sistema de regulação;

Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

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

Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência hospitalar de 4 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo;

Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: média de permanência hospitalar maior que 5 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo; e

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

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

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

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

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

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

A Regulação Estadual revisará periodicamente a demanda reprimida da fila de espera para cirurgias eletivas e poderá encaminhar para a Unidade para oferta dessas vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SES-GO, sem que, entretanto, ultrapasse o total de cirurgias previstas neste contrato e disponibilizadas no mês.

Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT Externo

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

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

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

Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico ? SADT Externo
Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE
Eletrocardiograma
Radiografia
Tomografia Computadorizada

001193

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

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

Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e SIGUS.

Serviços de Apoio

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico ? SADT: corresponde ao conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico. Será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade. O SADT Interno deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente;

Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica;

Serviço de Nutrição e Dietética ? SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada usuário/cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND está proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes/usuários de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional;

Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes/usuários, responsável pelo processamento do enxoval e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade;

Central de Material e Esterilização ? CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares;

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

PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

PROPOSTAS DE MELHORIAS

O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES-GO, Portaria SES/GO nº 2.116, de 07 de dezembro de 2021, e suas alterações subsequentes ou outra norma vigente;

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

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

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

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

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

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

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

DA COMUNICAÇÃO

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

001194

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal;

Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime diário/mensal;

Relatório de Custos, em regime mensal;

Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outro.

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

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

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

II - METAS DE PRODUÇÃO

REGRA GERAL

São apresentados os indicadores e as metas de produção pactuados com o **HERSO** referentes aos serviços assistenciais. Conforme monitoramento e necessidade, esses indicadores e metas podem ser alterados quando necessário;

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO;**

Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

Na medida em que os indicadores forem homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

Nada obsta, entretanto, que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios;

São consideradas como Metas de Produção, determinantes ao pagamento da parte assistencial/fixa, os seguintes critérios:

Internações Hospitalares

saídas clínicas (médica);

001195

saídas cirúrgicas;

saídas pediátricas;

Cirurgias Eletivas

Cirurgias eletivas.

Consultas Ambulatoriais

consulta médica na atenção especializada;

consulta multiprofissional na atenção especializada;

Hospital Dia

SADT Externo

exames e ações de apoio e diagnóstico.

Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Termo, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência espontâneos e regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõe a meta do referido Termo, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente a produção realizada.

Quadro-Síntese dos Indicadores e Metas de Produção

Dimensão	Descrição	Meta mensal
Internação	Clínica Cirúrgica	359
	Clínica Médica	52
	Clínica Pediátrica	83
Cirurgias	Cirurgias Eletivas	200
Atendimentos Ambulatoriais	Consulta médica na Atenção Especializada	800
	Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	873
Hospital Dia	Atendimentos Leito Dia	88
SADT EXTERNO	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE	15
	Eletrocardiograma	100
	Raio X	700
	Tomografia Computadorizada	300

Determinantes da Parte Fixa

Internações Hospitalares

A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente saídas hospitalares em Clínica Médica, Cirúrgica, Médica Pediátrica, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

Dimensão	Descrição	Meta mensal	Meta Anual (12 meses)
Internação	Clínica Cirúrgica	359	4.308
	Clínica Médica	52	624
	Clínica Médica Pediátrica	83	996

As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital, considerou-se o número de leitos de internação e taxa de ocupação de 85%.

Para as saídas clínicas foi considerado TMP de 4 dias.

Para as saídas clínicas pediátricas foi considerado TMP de 2,5 dias.

As saídas cirúrgicas contemplam: as saídas ortopédicas (TMP 4 dias) e especialidades (TMP de 3,5 dias).

001196

Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitalares.

Cirurgias Eletivas

O estabelecimento de saúde deverá realizar um número anual de cirurgias eletivas que lhe sejam referenciadas por meio da regulação estadual:

Cirurgias eletivas	Meta mensal	Meta Anual (12 meses)
Eletivas	200	2.400

Atendimento Ambulatorial

A Unidade Hospitalar/Estabelecimento de Saúde deverá realizar produção mensal de consultas médicas, consultas multiprofissionais e pequenos procedimentos ambulatoriais;

A depender do cenário epidemiológico, o hospital deverá disponibilizar as vagas de consultas ambulatoriais proporcionalmente de acordo com a restrição prevista na legislação vigente, tendo como base a quantidade mensal definida nos itens abaixo;

O hospital deverá disponibilizar vagas de consultas à rede assistencial e executá-las de acordo com o estabelecido pela regulação estadual, conforme quadro abaixo:

Atendimento Ambulatorial	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Consulta Médica na Atenção Especializada	800	9.600
Consulta Não Médica na Atenção Especializada	873	10.476

Do total de consultas mensais disponibilizadas e executadas por especialidade, o hospital/estabelecimento de saúde deverá adotar os seguintes critérios:

40% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

10% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas a realização de Interconsulta;

50% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de Consultas subsequentes (retornos).

Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente, que podem ter seus percentuais definidos no item anterior alterados proporcionalmente a depender do cenário epidemiológico e necessidade da Regulação Estadual;

As consultas de triagem para classificação de risco no Pronto Socorro serão contabilizadas como consultas ambulatoriais;

O indicador de aferição será também o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), apresentado pelo próprio hospital e posteriormente processado e faturado pelo Ministério da Saúde;

O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá empregar outro sistema de aferição conforme normativa própria.

SADT Externo

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames, mensalmente, para pacientes egressos e para pacientes externos, isto é, que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente referenciado pela Regulação Estadual, conforme seus próprios fluxos, no limite da capacidade operacional do SADT;

Exame	Meta mensal	Meta Anual (12 meses)
CPRE	15	180
Raio X	700	8.400
Eletrocardiograma	100	1.200
Tomografia computadorizada	300	3.600

001197

A cada três meses Regulação Estadual, encaminhará para Unidade a demanda reprimida de SADTs para oferta de vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SES-GO, sem que, entretanto, ultrapasse o total de exames a serem disponibilizados e realizados no mês;

Os exames internos não compõem meta própria, pois já são previstos em outros serviços pactuados: internações hospitalares e cirurgias, isso porque a internação deve contemplar todas as necessidades do paciente/usuário;

Em situações de imprevistos, em que os aparelhos instalados em determinada unidade apresentem falha operacional sem previsão de conserto, os encaminhamentos externos poderão ser referenciados para outra Unidade da Rede, cuja produção será acompanhada pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral de Saúde, Superintendência do Regulação, Controle e Avaliação e Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios , podendo, quando em excedente, gerar o repasse de custeio a título de ressarcimento, desde que previamente autorizado pelo Gestor da Pasta e devidamente comprovada a produção.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá inserir, mensalmente, no sistema de regulação estadual todas as vagas disponíveis para os SADT.

Hospital Dia

A Unidade Hospitalar deverá realizar atendimentos no Hospital Dia por mês.

Durante o tempo de permanência na Unidade, ao paciente deverá ser assegurado condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

O Hospital Dia será disponibilizado aos pacientes que comparecem à Unidade apenas para recebimento de dose esquemática de medicação endovenosa e pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; pacientes clínicos e/ou cirúrgicos que necessitam de permanecer na Unidade por um período máximo de 12 horas.

Os pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais compreendem as intervenções que abrangem procedimentos de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades, em pacientes que não estejam em internação hospitalar, ou seja, excetuam-se aqui as cirurgias de pacientes em atendimentos de urgência.

Os pacientes poderão ser provenientes de demanda externa ao hospital bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital. Em ambos os casos, devem ser regulados pela Regulação Estadual.

Os procedimentos ambulatoriais são interpretados como aqueles que não exigem internação, com o intuito de promover maior rotatividade ao Centro Cirúrgico da Unidade. As especialidades que poderão ser contempladas tais como a ortopedia (segundo tempo cirúrgico de média e alta complexidade), urologia.

Hospital Dia	Meta mensal	Meta Anual (12 meses)
Atendimentos	88	1.056
Obs.: Para cálculo dos atendimentos foram considerados nº de leito x quantidade de pacientes x 22 dias/mês.		

III - INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/DESEMPENHO

DETERMINANTES DA PARTE VARIÁVEL

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos 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;

Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

Na medida em que os indicadores forem homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada mês:

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%

Taxa de Ocupac?a?o Hospitalar

Conceituac?a?o: relac?a?o percentual entre o nu?mero de pacientes-dia, em determinado peri?odo, e o nu?mero de leitos-dia no mesmo peri?odo.

Taxa de ocupac?a?o muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequac?a?o do nu?mero de leitos a? regia?o; baixa integrac?a?o do hospital a? rede de sau?de, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gesta?o do hospital (ineficie?ncia); insatisfac?a?o da clientela.

Fo?rmula: *[Total de Pacientes-dia no peri?odo / Total de leitos operacionais-dia do peri?odo] x 100*

Me?dia de Permane?ncia Hospitalar (dias)

Conceituac?a?o: relac?a?o entre o total de pacientes-dia no peri?odo e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transfere?ncia externa e ou o?bitos no mesmo peri?odo). Representa o tempo me?dio de internac?o?es dos pacientes nos leitos hospitalares.

Tempo me?dio de permane?ncia muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicac?a?o pre? ou po?s-operato? ria, ou tambe?m pode indicar ause?ncia de plano terape?utico adequado e desarticulac?a?o nos cuidados ao paciente.

É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional e às boas práticas clínicas (Manual de Implantação e Implementação do NIR, 2017).

Fo?rmula: *[Total de pacientes-dia no peri?odo / Total de sai?das no peri?odo]*

I?ndice de Intervalo de Substituic?a?o (horas)

Conceituac?a?o: assinala o tempo me?dio em que um leito permanece desocupado, entre a sai?da de um paciente e a admissa?o de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupac?a?o com a me?dia de permane?ncia.

Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação dos processos de trabalho dos colaboradores das unidades de internação hospitalar (Manual de Implantação e Implementação do NIR, 2017).

Fo?rmula: *[(100-Taxa de ocupac?a?o hospitalar) x Me?dia de tempo de permane?ncia] / Taxa de ocupac?a?o hospitalar]*

Taxa de Readmissa?o Hospitalar pelo mesmo CID (em ate? 29 dias)

Conceituac?a?o: o indicador de Readmissa?o Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em ate? 29 dias desde a u?ltima vez que deixaram a unidade hospitalar apo?s a primeira admissa?o. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do servic?o em ajudar na recuperac?a?o de forma ta?o eficaz quanto possi?vel. Quanto menor for a reincide?ncia de internac?a?o, ou seja, quanto menor for a readmissa? o potencialmente evita?vel, melhor e? considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmisso?es desnecessa?rias indicam elementos disfuncionais no sistema de sau?de, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessa?rios ao sistema. Internac?o?es por ca?ncer e obstetri?cia sa?o exclui?das, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

Fo?rmula: *[Nu?mero de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da u?ltima alta hospitalar / Nu?mero total de internac?o?es hospitalares] x 100*

Taxa de Readmissa?o em UTI em ate? 48 horas (Readmissa?o Precoce em UTI)

Conceituac?a?o: mede a taxa de pacientes que retornaram a? UTI do mesmo hospital em ate? 48 horas desde a u?ltima vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar apo?s a primeira admissa?o. Trata-se de indicador de qualidade da assiste?ncia e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

Fo?rmula: *[Nº de retornos em ate? 48 horas/ Nº de sai?das da UTI, por alta] x 100*

Percentual de Ocorre?ncia de Glosas no SIH

Conceituac?a?o: mede a relac?a?o de procedimentos rejeitados no sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS) em relação ao total de procedimentos hospitalares apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fo?rmula: *[Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100*

Obs.: Total de procedimentos rejeitados no SIH exceto rejeição no processamento por falta de habilitação e falta de capacidade instalada de leitos.

001199

Percentual de Suspensa?o de Cirurgias Eletivas por condic?o?es operacionais (apresentar os mapas ciru?rgicos)

Conceituac?a?o: mede o total de cirurgias eletivas que foram suspensas, por motivos relacionados à organização da Unidade, em relação ao total de cirurgias agendadas, falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fo?rmula: *[Nº de cirurgias eletivas suspensas/Nº de cirurgias eletivas (mapa ciru?rgico)] x 100*

Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT expirado

Conceituação: indicador que sinaliza se as cirurgias eletivas realizadas na unidade estão tendendo a respeitar um tempo de espera máximo clinicamente aceitável conforme o critério SWALIS de classificação de prioridade atribuido pelo médico assistente.

Fórmula: *[Número de cirurgias realizadas com TMAT expirado dividido / Número de cirurgias eletivas em lista de espera e encaminhado para unidade] x 100.*

Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Conceituação: número de consultas ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula: *Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.*

Percentual de exames de imagem com resultado entregue em até 10 dias.

Conceituação: proporção de exames de imagem externos com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula: *[Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100.*

Percentual de casos de doenças/agravos/eventos de notificação compulsória imediata (DAEI) digitados oportunamente.

Conceituação: avaliar a capacidade de detecção de DAEI nas unidades de saúde, por meio da **digitação** das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata de forma oportuna (? à 07 dias) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/e-SUS/e-SUS- SINAN).

Fórmula: Nº de casos de DAEI digitadas em tempo oportuno - até 7 dias/ Nº de casos de DAEI digitadas (no período/mês) X 100

Percentual de casos de doenças/agravos/eventos de notificação compulsória imediata (DAEI) investigados oportunamente.

Conceituação: avaliar a capacidade de detecção e investigação das DAEI nas unidades de saúde, por meio da **investigação** das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata investigadas oportunamente (? à 48 horas da data de notificação) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/e-SUS/e-SUS- SINAN).

Fórmula: Nº de casos de DAEI investigadas em tempo oportuno - até 48 horas da data da notificação/ Nº de casos de DAEI notificadas (no período/mês) X 100

Percentual de perda de medicamentos por prazo de validade expirado

Conceituação: monitorar a Perda de Medicamentos por Expiração do Prazo de Validade em todas as Unidades de Saúde da rede estadual, aprimorando e implantando ferramentas e processos de trabalho que permitam reduzir a perda de medicamentos. O indicador monitora a perda financeira das Unidades de Saúde devido a expiração por prazo de validade dos medicamentos.

***Fórmula*:** (Valor financeiro da perda do segmento padronizado por validade expirada no hospital / Valor financeiro inventariado na CAF no período) x100

ANEXO Nº II/2023 - SES/GEDES-18345

ENSINO E PESQUISA

As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

001200

As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio e pesquisa científica, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Reside?ncia Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a **PARCEIROS PRIVADOS**.

A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) promove o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, em consonância com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, integrante da Política Nacional de Saúde formulada no âmbito do SUS, estabelecendo, orientando, assessorando e monitorando a realização de pesquisa científica na SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SESG.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por acompanhar o cumprimento da Portaria nº 1.265/2023 ? SES-GO, ou outro ato normativo que venha modificar e/ou substituir, e não deverá permitir a realização de pesquisa científica na Unidade que não esteja cadastrada no fluxo de monitoramento de pesquisas e autorizada pela SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir a citação da SES-GO como afiliação institucional dos autores na realização de pesquisa, nas publicações científicas, apresentações em eventos dos trabalhos e em todo e qualquer tipo de divulgação das pesquisas científicas executadas nas Unidades de Saúde e/ou Administrativas da SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir o encaminhamento pelo pesquisador à SESG de trabalho científico resultante de Pesquisa científica em dados públicos, Pesquisas de revisão da literatura e Relatos de experiência produzidos em Unidade da SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir que a proposta de aplicação ou incorporação dos resultados das pesquisas realizadas dentro das unidades da SES-GO sejam apresentadas à SES-GO pelos pesquisadores.

O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que a Unidade esteja vinculada a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional, dentre os operacionais da SES-GO e credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, ou outra que vier a substituir.

O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que o número do CNPJ referente a Unidade da SES-GO seja cadastrado como Instituição na Plataforma Brasil e junto à CONEP, para assegurar que as pesquisas se vinculem à SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar oficialmente à SES-GO em qual CEP institucional e CNPJ a Unidade está credenciada, junto à CONEP.

Existindo CEP institucional na Unidade SES-GO, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter instalações adequadas e os recursos humanos necessários para a operacionalização do mesmo, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013.

O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto à SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para alteração de vínculo de sua Unidade com o CEP institucional credenciado à CONEP. Após, avaliação de viabilidade, a SESG fará a devida orientação pertinente para adequações junto aos CEP?s e à CONEP, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o CEP que deixará a função e aquele que a assumirá.

O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto a SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para credenciar CEP institucional quando a Unidade pretenda se habilitar como Hospital-Ensino junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação, respeitando as normativas vigentes, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013 ou outra que vier a substituir.

O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá alterar o vínculo de sua Unidade SES-GO com o CEP institucional credenciado, redistribuindo a Unidade, objetivando a melhoria na qualidade do atendimento às demandas de ensino e pesquisa, e adequação às normativas vigentes. Tal alteração será promovida pela SESG, após análise de viabilidade técnica, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, e posterior comunicação oficial ao **PARCEIRO PRIVADO**.

Caso haja mudança de **PARCEIRO PRIVADO**, este, deverá garantir durante a transição, de forma oficial e justificada, a continuidade da apreciação dos protocolos de pesquisas e das atividades inerentes ao bom funcionamento do CEP institucional credenciado de sua Unidade.

O **PARCEIRO PRIVADO**, deve informar a SES-GO e à CONEP, de forma oficial e justificada, a impossibilidade de atuação do CEP institucional credenciado durante o período de transição, conforme estabelecem as normas regulamentares do CNS/CONEP.

No caso de substituição parcial ou total dos membros (Coordenadores, Secretária e Pareceristas) do CEP institucional credenciado da Unidade, deve ser informado de forma oficial e justificada, previamente à SES-GO e à CONEP, para que seja garantida a continuidade das avaliações éticas aos protocolos de pesquisa em andamento. E que somente retornará as atividades após a análise documental da CONEP e SES-GO.

Durante o período em que o CEP institucional estiver com as atividades suspensas, os protocolos de pesquisas devem ser cadastrados sob o CNPJ da SES-GO e encaminhados ao CEP CENTRAL da SES-GO.

Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

A seleção de preceptores, tutores e coordenadores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição. Esses profissionais deverão ser integrados à rotina e atividade da unidade hospitalar.

001201

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normativas referentes aos Programas.

O **PARCEIRO PRIVADO** deve assegurar em seus contratos de prestação de serviço e/ou trabalho as atividades de ensino, pesquisa e preceptoria que são realizadas na unidade hospitalar.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, compatíveis com os valores praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.

As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.

Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar, as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, quando devidamente implantadas, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com o **PARCEIRO PRIVADO**.

O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

O Processo Seletivo será conduzido por parceiro previamente conveniado ou contratado exclusivamente para essa finalidade com experiência na aplicação de prova e acompanhado pela SESG por meio da Assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

A SESG/SES-GO em parceria com o grupo técnico será responsável por avaliar os requisitos técnicos da entidade que deseja firmar parceria ou contrato para a execução do processo seletivo.

O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014.

O valor a que se refere o item anterior será acompanhado pela Gerência de Gestão de Pessoas da Superintendência de Gestão Integrada, conforme descrito no Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, podendo ser variável conforme alteração legal do vencimento inicial do cargo ocupacional, bem como em virtude de remanejamento definido pela SES/GO, em concordância com o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

O profissional contratado pelo regime celetista para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus à gratificação conforme descrito no item anterior, em razão da equidade.

As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO atualmente tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em Portaria Interministerial (MEC/MS).

001202

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar, obrigatoriamente, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU, quando os programas estiverem efetivamente implantados.

Novos programas de residência serão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde. As implantações ocorrerão em parceria com a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, por meio de suas Comissões, contemplando a elaboração conjunta do Projeto Pedagógico.

Os supervisores dos novos programas serão de responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** conjuntamente com a COREME da respectiva unidade.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar atividades de educação permanente voltadas para qualificação dos coordenadores dos programas de residência médica e coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS), supervisores, tutores e preceptores.

Os temas deverão ser definidos em conjunto com a COREME e COREMU local da Unidade de Saúde.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Reside?ncia Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, as Resoluções das Matrizes de Competências, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão ?residência médica? só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

O **PARCEIRO PRIVADO** devera? manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento de acordo com Resolução CNRM nº 16/2022 DE 30 DE SETEMBRO DE 2022, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Reside?ncia Me?dica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

A COREME devera? possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Portaria 469/2020/SES-GO E Resolução CNRM nº 16/2022 DE 30 DE SETEMBRO DE 2022).

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter e, quando necessário, realizar contratação adicional de preceptores para que as atividades da residência possam ser realizadas de acordo com as normas da CNRM, mantendo-se a relação preceptor/residente.

Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm.

As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica, o número de vagas quando autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade do ensino, da pesquisa e da gestão oferecidos pela instituição, garantindo os recursos necessários ao desenvolvimento dos PRMs e das atribuições da COREME.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de campo de prática entre as residências médicas de outras Unidades da SES, caso necessário, para complementação da prática pedagógica, conforme solicitação da COREME.

Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS) deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS e PRMS/SES-GO).

001203

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

O **PARCEIRO PRIVADO** devera? manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Reside?ncia Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade de Saúde, responsável pela manutenção e desenvolvimento do funcionamento dos programas composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, o Coordenador do PRAPS/PRMS, sendo um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde. Sendo sua atuação exclusiva às atividades da coordenação.

O Tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/PRMS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS/PRMS.

Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS/PRMS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhá-lo.

Todos os profissionais em exercício no estabelecimento de saúde devem ter conhecimento de que o mesmo desenvolve atividades de ensino. E, portanto, devem cooperar com o processo de aprendizagem dos residentes.

O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS/PRMS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis. Na ausência de profissionais efetivos na unidade ou que atendam aos requisitos para o cargo, a unidade assistencial deverá conduzir seleção interna ou processo seletivo para o cargo de coordenador.

Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção, preferencialmente, entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

A seleção de Preceptores , Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

A seleção de preceptores e tutores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e, preferencialmente, como profissional em exercício na instituição.

Nos PRAPS e PRMS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária presencial, exclusiva ao cargo, de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS/PRMS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES/GO.

Os Profissionais no cargo de Tutoria com carga horária superior a 30 (trinta) horas semanais deverão exercer suas atividades, exclusivamente, na COREMU Local.

Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, obrigatoriamente, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o parágrafo 1º do artigo 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.

O estabelecimento de saúde poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.

Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas quando autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

001204

DOS RECURSOS FINANCEIROS

O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO.

Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

Ocorrendo a situação descrita no anterior, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

Quando da implantação e execução dos Programas de Residência, a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás apresentará a estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. Quando houver repasse das bolsas diretamente ao residente médico ou residente multiprofissional, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

A estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO é apresentada em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. No entanto, considerando o repasse do valor da bolsa diretamente ao residente médico, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

O quantitativo de bolsas custeadas pela SES-GO e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada pela SESG.

Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, incluídos no custeio mensal da unidade hospitalar.

Para a alimentação deverá ser garantido, de acordo com a carga horária, 02 (duas) pequenas refeições e 01 (uma) grande refeição.

Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso apresentadas, a SESG, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

ESTÁGIOS CURRICULARES

Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008 e Portaria nº 1.096/2023 ? SES/GO, de 22 de maio 2023 ou outras que venham substituí-las.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.

A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada exclusivamente pela SESG, de acordo com a legislação vigente e ocorrerá conforme Edital de Chamada Pública, a ser publicado pela SES-GO, com o intuito de classificar as Instituições de Ensino que possuam curso da área da saúde, previamente cadastradas.

O quantitativo de vagas ofertadas será definido pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG conjuntamente com as Unidades Administrativas e/ou Assistenciais de Saúde da SES-GO, levando-se em consideração a capacidade instalada de cada local.

O número máximo de vagas de estágio considerará o quadro de pessoal assistencial das entidades concedentes de estágio, que deve atender a proporção de até 20% de estagiários para número superior a 25 (vinte e cinco) trabalhadores.

Os alunos serão encaminhados para as Unidades Assistenciais de Saúde por meio da Coordenação de Estágio (CEST) da SESG, após preenchimento da ficha de inscrição e assinatura do termo de compromisso, no qual deverá constar o número de apólice de seguro.

A Diretoria de Ensino e Pesquisa ou equivalente, da unidade administrativa ou de saúde, ficará responsável pela distribuição interna dos estagiários, em conjunto com a SESG/SES-GO, após o resultado final do Chamamento Público.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Estágio, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Educação Permanente em Saúde da Unidade de Saúde (PAEPS/US) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAEPS/US deve ser validado e aprovado pela SESG.

O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAEPS/US à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Contrato de Gestão ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, quadrimestralmente, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, bimestralmente.

001205

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

ANEXO Nº III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2023 - SES/GGP-SGI-03087

Este anexo objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução da Parceria e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. É composto por duas partes **Especificações Técnicas,** que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e **Quadro de Servidores cedidos**.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DA GESTÃO DO TRABALHO E DOS SERVIDORES CEDIDOS

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais;

Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), na área médica e de enfermagem com registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Goiás. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS;

Disponibilizar de equipe médica e multiprofissional em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços composta por profissionais das especialidades exigidas, habilitados com título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, e outras instruções normativas, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Instrumento.

Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e aos serviços a serem prestados;

Assegurar o desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR ? 32/2005 do MTE;

Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda às condições mínimas necessárias ao descanso dos colaboradores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão;

Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado e, sempre que solicitado, disponibilizá-lo para leitura e migração do banco de dados;

Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade;

Atentar-se que, em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V ? SISTEMA DE REPASSE será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte (II) Quadro de Servidores cedidos, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO;

Estar ciente de que o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido instrumento, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias;

Ter ciência de que para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do Instrumento;

Considerar que a dedução de que trata o item 18.1.12 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à remuneração do servidor substituído (salário e encargos legais), no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

Atentar-se para o fato de que o **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos. (Ofício circular definindo procedimentos e documentos comprobatórios, ex.: contrato, cópia RPA, frequência);

Utilizar os valores de mercado da região ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 3 (três) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados, não podendo ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual, independente da forma de contratação;

Comprovar e responder mensalmente pelo pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora pactuados, sendo-lhe defeso invocar a existência do Instrumento de ajuste para eximir-se destas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica;

Assegurar a execução da Avaliação Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e da Avaliação de Desempenho Individual a serem realizadas pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017? e na Lei

001206

Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente;

Aderir e alimentar o sistema de informação disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados de modo a permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**;

Alimentar periodicamente o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (ESocial), especialmente, os códigos S-2210, S-2220 e S-2240;

Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho ? SESMT.

O **PARCEIRO PRIVADO** poderá indicar o retorno ao **PARCEIRO PÚBLICO** de servidor cedido em exercício na Unidade sob seu gerenciamento desde que motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido, mediante anuência do **PARCEIRO PÚBLICO**;

Conforme interesse e fundamentação da administração Pública poderá, excepcionalmente, ceder servidor público para o **PARCEIRO PRIVADO** que deverá integrá-lo ao serviço da Unidade;

O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento;

Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos e fluxos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos;

É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horários, desde que não haja conflito de interesses;

É vedada a contratação pelo **PARCEIRO PRIVADO** de colaborador, em cargo de confiança ou em comissão, que possua vínculo de matrimônio, união estável ou parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, com os seguintes agentes públicos: Governador do Estado, Vice-Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, para quaisquer serviços relativos ao Instrumento de Ajuste;

O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder à contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade;

Poderá o **PARCEIRO PRIVADO** atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade cabendo ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos ? RHNet promovendo a dedução dos repasses mensais ao **PARCEIRO PRIVADO**, mediante regulamentação da SES-GO;

Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido, deverá **PARCEIRO PRIVADO** comunicar o evento, no prazo de 10 (dez) dias contados do mesmo, para providências cabíveis ao caso;

Responsabilizar-se pela criação e manutenção de um núcleo de assistência aos trabalhadores que tiverem sofrido assédio comprovado, conforme determinado em normativa própria da SES-GO;

QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO). Agosto/2023.**

CARGOS	TOTAL DE SERVIDORES CEDIDOS	VALOR ESTIMADO POR CARGO
Assistente Social - 18.464	06	R$ 58.170,57
Assistente Técnico de Saúde - 18.464	45	R$ 310.265,19
Auxiliar de Radiologia - QT 18.464	02	R$ 10.156,69
Auxiliar de Serviços Gerais - 18.464	38	R$ 123.777,45
Auxiliar Técnico de Saúde - QT - 18.464	13	R$ 54.146,64
Biomédico - 18.464	03	R$ 33.049,79
Cirurgião Dentista - 18.464	02	R$ 20.259,19
Enfermeiro - 18.464	14	R$ 155.203,02
Farmacêutico - 18.464	04	R$ 41.676,86
Médico -18.464	03	R$ 38.059,53
Nutricionista - 18.464	01	R$ 7.673,48
Técnico em Enfermagem - 18.464	150	R$ 1.063.994,46
Técnico em Laboratório - 18.464	04	R$ 27.697,92
Técnico em Radiologia - 18.464	10	R$ 73.926,49
TOTAL GERAL ESTIMADO*	**295**	**R$ 2.018.057,28**
MÉDIA CUSTO ESTIMADO MENSAL**		**R$ 1.955.104,98**

Fonte: RHNet Ref:Agosto/2023.

** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de benefícios.*

*** Média calculada com base nos valores mensais dos últimos 12 meses (Ref. Setembro/2022 a Agosto/2023).*

001207

No ano de 2023 tiveram os seguintes reajustes:
Portaria Nº 1.011, de 04 de março de 2023, que concede evolução funcional aos servidores;
Lei nº 21.960, de 25 de março de 2023, que concede a revisão geral anual dos vencimentos, dos subsídios e dos proventos do pessoal civil e militar, ativo, inativo e pensionista, inclusive empregados públicos, do Poder Executivo estadual.

ANEXO Nº IV/2023 - SES/CECES-21759

ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL PARA O HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO

Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a estimativa do custeio operacional do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, o qual será objeto de aditivo de prorrogação contratual.

Para o **cálculo estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I - Especificações Técnicas - HERSO elaborado pela Gerência de Atenção Especializada da Superintendência de Políticas e Atenção à Saúde ? GERAS/SPAIS.

Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar via SIGUS/SGH ou outra forma requerida pela SES-GO, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE HOSPITALAR**.

As informações acima mencionadas também serão avaliadas por meio dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH ? Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos estabelecidos por esta. Nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

A estimativa dos custos operacionais do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO** foi segmentada conforme **possíveis linhas de contratação**. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde - SPAIS, no Anexo I. Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, recorreu-se também às comparações com outras unidades do Estado de Goiás, com o perfil assistencial semelhante ao que se pretende neste ajuste, como forma de orientação.

Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu-se os seguintes critérios:

Capacidade física instalada e operacional da Instituição;

Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)* da própria unidade e de outros estabelecimentos, além da série histórica extraída da Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC), que já tem acompanhado parte dos dados validados pelo Sistema Integrado de Gestão de Unidades de Saúde (SIGUS). Ressalta-se a prática de uso da série histórica, e não do último mês de referência, tendo em vista a sazonalidade da saúde e até mesmo dos perfis de encaminhamentos para a instituição;

Tempo Médio de Permanência, por clínica/perfil e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes, em comparação ao apresentado pela SPAIS;

Visitas técnicas para aprofundamento do conhecimento do perfil de execução de ações e serviços da unidade; e

Legislação relacionada ao perfil de atendimento;

Benchmarck ofertado pela Consultoria Planisa referente ao ano de 2021, com a aplicação do índice FIPE Saúde em cada uma das linhas de serviços;

Índice de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico externo conforme demanda apresentada, em reuniões técnicas, pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, conforme as redes e políticas de atenção à saúde apresentadas pela SPAIS.

Considerou-se também a possibilidade das Internações Hospitalares para cuidados intensivos, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente. E, ainda, os atendimentos de urgência e emergência, conforme série histórica de janeiro a dezembro de 2022.

MÉTODO DE CÁLCULO

Metodologia

Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

001208

Para o cálculo, a consultoria Planisa forneceu os percentis relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do *benchmark* do sistema *Key Performance Indicators for Health*, ano 2021, aplicando o índice FIPE Saúde, ao final.

Os hospitais pertencentes à base de dados da Planisa utilizam-se justamente da metodologia de custeio por absorção plena, com padronização no processo de coleta e apuração e periodicidade mensal. Sabendo-se disso, ressalta-se que o Percentil 25 (P25) se refere à posição 25, enquanto o Percentil 50 (P50) se refere à mediana de custo unitário para a mesma distribuição de frequência e o Percentil 75 (P75) faz referência à posição 75 dos custos unitários, considerando uma distribuição de 100 (cem) unidades.

O P50 constitui medida intermediária para precificação, sendo a atualmente indicada para o desenvolvimento das ações e serviços nas unidades hospitalares e/ou ambulatoriais do Estado de Goiás, o que será acompanhado pela equipe técnica de acompanhamento e monitoramento da unidade e da execução do Contrato de Gestão. Desta feita, o percentil sugerido foi o P50, que é mais econômico que o P75, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

Esta unidade possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade. Ademais, possui perfil de média e alta complexidade, o qual também tende a m custo mais elevado em virtude da especificidade. Contudo, sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo benchmark nacional com os dados presentes nos relatórios do KPIH no território goiano ou, quando for o caso, com os próprios preços praticados pela unidade.

Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foi disponibilizado algoritmo de base de cálculo pela consultora Planisa, sendo consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade.

Conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial.

Seleção de hospitais (N) na base de dados da Planisa (sistema KPIH) com perfis semelhantes a Unidade.

Memória de Cálculo

O critério usado para o custeio das "**Internações Hospitalares**" é o paciente-dia e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias e de 90% para as UTI's. Na rotina de monitoramento e avaliação da unidade, não se observou no período utilizado como referência, por meio dos relatórios do KPIH, superlotação nas unidades de internação. Desta feia, o custeio estimado para as unidades de internação e de terapia intensiva foram obtidos multiplicando-se o volume de pacientes-dia pelo custo unitário da diária. Para conferência, analisou-se o número de saídas em concordância com o tempo médio de permanência informado tanto no Anexo I como no SIGUS, obtendo-se a compatibilidade dos dados. Para o cálculo mensal, utilizou-se a média de 30,4 dias.

Internação	Nº leitos	TOH	Quantidade dias do mês	Paciente-Dia Projetado
UI Clínica Médica Adulto	08	85%	30,4	207
UI Clínica Médica Pediátrica	08	85%	30,4	207
UI Clínica Cirúrgica	18	85%	30,4	465
UI Clínica Ortopédica	35	85%	30,4	904
UTI Adulto	10	90%	30,4	274
UTI Adulto 2	08	90%	30,4	219

Fonte: KPIH. Relatório de Produção (2022) e Relatório de quantidade de leitos/Anexo I - SPAIS.

O custeio do **Pronto Socorro** considerou a série histórica produzida pela própria unidade entre agosto/2023 e julho/2023 no Relatório de Produção (KPIH), em virtude das possíveis variações e sazonalidades, obtendo-se a média de 782 atendimentos por mês. Multiplicou-se esse quantitativo pelo valor constante no Orçamento Operacional Gradual da Planisa, referente ao ano de 2021, que é a base usada nesta precificação.

Serviço	Nº de atendimentos projetados/mês
Atendimento de urgência e emergência	782

O custeio das **Cirurgias** foi estimado multiplicando as saídas cirúrgicas pelo número de horas necessárias para realizar as cirurgias projetadas e, posteriormente, pelo custo unitário da hora cirúrgica. Considerou-se a série histórica de cirurgias de urgência realizadas entre agosto/2023 e julho/2023, multiplicando-se o valor pelo tempo médio cirúrgico praticado na unidade. O levantamento das horas foi feito por meio de consulta ao relatório "Demonstração dos custos unitários dos centros cirúrgicos", extraído no sistema KPIH, relativo ao período supracitado e inerente à própria unidade, que apurou a média de 555 horas e 12 minutos, assim como 309 cirurgias. Assim, temos:

001209

Serviço	Horas cirúrgicas projetadas/mês
Cirurgias	646,20 horas

O custeio das **Consultas Ambulatoriais** foi estimado multiplicando a quantidade de consultas estabelecidas no Anexo I pelo respectivo custo unitário. O quantitativo de Consultas Médicas e Multiprofissionais foi fornecido no Anexo I.

Serviço	Quantitativo (Meta e Projeção*)
Consulta médica	800
Consulta não médica	873

O custeio do **Hospital dia** foi estimado multiplicando o quantitativo estimado Anexo I pelo seu respectivo custo unitário.

Serviço	Leitos	Atendimentos
Hospital dia	04	88
Para os leitos dia, usou-se a quantidade estimada pela SPAIS. Trata-se de atendimento ambulatorial conforme informado no Anexo I. Assim, o quantitativo estimado foi estimado pelo custo unitário.		

O custeio do **"Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)"** Interno foi obtido multiplicando-se o quantitativo estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário. O quantitativo foi estimado considerando a média de produção de 01 a 07/2023 demandados pelos setores de internação, e considerado média de produção de 08/2022 a 07/2023 demandados pelos demais setores. O menor período para o setor de internação decorre da reorganização do centro de custo realizada em janeiro/2023, que passou de "UI Clínica Cirúrgica" para "UI Clínica Médica-Cirúrgica Adulto". Dessa forma, o recorte possibilita encontrar com maior precisão o número de exames demandados pela Clínica Médica-Cirúrgica Adulto, sem precisar de manusear dados para unificar produções dos dois centros de custos. Com dos devidos cálculos, estimou-se a seguinte produção de serviços:

Serviço	Projetado/mês
Agência Transfusional	155
Análises Clínicas	12.245
Anatomia Patológica	50
Eletroencefalografia	1
Endoscopia	5
Raio X	1.304
Tomografia	212
Ultrassonografia	8
Fisioterapia	6.483
Fonoaudiologia	1.164
Psicologia	1.421
Terapia Ocupacional	1.249
Hemodiálise	45
Eletrocardiograma	115
CPRE*	5
**Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)*	

O custeio do **Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) Externo** traz a meta estimada pelo Anexo I, conforme necessidade locorregional, a qual foi multiplicada pelo respectivo custo unitário. A série histórica foi analisada, assim como o volume de exames a serem disponibilizados para pacientes externos devidamente regulados para a unidade.

001210

Serviço	Meta
CPRE*	15
Raio X	700
Eletrocardiograma	100
Tomografia Computadorizada	300
**Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)*	

VALOR MENSAL ESTIMADO

Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, é de **R$ 5.500.744,97** (cinco milhões, quinhentos mil setecentos e quarenta e quatro reais e noventa e sete centavos), no percentil 50, considerando a aplicação da FIPE Saúde, de 8,16% (extraída de https://www.fipe.org.br/pt-br/indices/ipc/#indice-mensal&macum, em 29 de março de 2023).

Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

HOSPITAL: HERSO			Valores com aplicação do índice FIPE Saúde acumulado de jan a dez 2022, em 8,16%.					
SERVIÇOS HOSPITALARES (c/HM e c/ Mat/Mec	CRITÉRIO	Quantidade	P25	P50	P75	P25	P50	P75
			Unitário	Unitário	Unitário	Total	Total	Total
1. INTERNAÇÃO								
1.1 UI Cirúrgica (18 leitos)	Pcte dia	465	659,07	738,30	1.003,39	306.467,55	343.309,50	466.576,35
1.2 UI Ortopédica (35 leitos)	Pcte dia	904	659,07	738,30	1.003,39	595.799,28	667.423,20	907.064,56
1.3 UI Clínica Médica (08 leitos)	Pcte dia	207	720,03	858,99	948,28	149.046,21	177.810,93	196.293,96
1.4 UI Pediátrica (08 leitos)	Pcte dia	207	805,13	1.112,66	1.312,74	166.661,91	230.320,62	271.737,18
1.5 UTI Adulto (10 leitos)	Pcte dia	274	2.140,19	2.460,79	3.239,58	586.412,06	674.256,46	887.644,92
1.6 UTI Adulto 2 (08 leitos)	Pcte dia	219	2.140,19	2.460,79	3.239,58	468.701,61	538.913,01	709.468,02
		2.276				**2.273.088,62**	**2.632.033,72**	**3.438.784,99**
2. EMERGÊNCIA								
2.1 Pronto Atendimento/Socorro	Atendimento	782	330,32	399,00	467,68	**258.310,24**	**312.018,00**	**365.725,76**
3. CIRURGIAS								
3.1 Cirurgias eletivas (200)	Horas Cirúrgicas	360,00	1.925,46	2.209,60	2.897,61	693.165,60	795.456,00	1.043.139,60
3.5 Demais cirurgias	Horas Cirúrgicas	286,20	1.925,46	2.209,60	2.897,61	551.066,65	632.387,52	829.295,98
		646,20				**1.244.232,25**	**1.427.843,52**	**1.872.435,58**
4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL								
4.1 Consulta Médica	Consulta	800	119,30	150,88	243,04	95.440,00	120.704,00	194.432,00
4.2 Consulta Multiprofissional	Consulta	873	40,99	85,99	118,98	35.784,27	75.069,27	103.869,54
						131.224,27	**195.773,27**	**298.301,54**
5. HOSPITAL DIA								
5.1 Hospital dia	Atendimento	88	542,75	901,62	920,23	**47.762,00**	**79.342,56**	**80.980,24**
6. SERVIÇOS DE SADT - INTERNO								
6.1 Agência Transfusional	Bolsas Transfundidas	155	212,97	302,09	360,61	33.010,35	46.823,95	55.894,55
6.2 Análises Clínicas	Exame	12.245	6,81	8,76	9,52	83.388,45	107.266,20	116.572,40
6.3 Anatomia Patológica	Exame	50	37,64	78,74	135,63	1.882,00	3.937,00	6.781,50
6.4 Eletroencefalografia	Exame	1	147,85	199,88	230,16	147,85	199,88	230,16
6.5 Endoscopia	Exame	5	526,96	682,27	1.083,01	2.634,80	3.411,35	5.415,05
6.6 Raio X	Exame	1.304	46,62	61,76	77,23	60.792,48	80.535,04	100.707,92
6.7 Tomografia	Exame	212	107,62	131,52	212,32	22.815,44	27.882,24	45.011,84
6.8 Ultrassonografia	Exame	8	79,39	88,58	112,16	635,12	708,64	897,28
6.9 Fisioterapia	Sessão	6.483	24,44	31,47	36,45	158.444,52	204.020,01	236.305,35
6.10 Fonoaudiologia	Sessão	1.164	32,02	44,35	58,51	37.271,28	51.623,40	68.105,64
6.11 Psicologia	Sessão	1.421	65,54	70,63	83,18	93.132,34	100.365,23	118.198,78
6.12 Terapia Ocupacional	Sessão	1.249	44,99	52,24	61,87	56.192,51	65.247,76	77.275,63
6.13 Hemodiálise	Sessão	45	358,98	587,74	1.274,99	16.154,10	26.448,30	57.374,55
6.14 Eletrocardiograma	Exame	115	18,28	31,26	49,21	2.102,20	3.594,90	5.659,15
6.15 CPRE*	Exame/proced.	5	1.988,69	2.292,80	3.131,50	9.943,45	11.464,00	15.657,50
		24.462				**578.546,89**	**733.527,90**	**910.087,30**
7. SERVIÇOS DE SADT - EXTERNO								
7.1 CPRE	Exame/proced.	15	1.988,69	2.292,80	3.131,50	29.830,35	34.392,00	46.972,50
7.2 Raio x	Exame/proced.	700	46,62	61,76	77,23	32.634,00	43.232,00	54.061,00
7.3 Eletrocardiograma	Exame	100	18,28	31,26	49,21	1.828,00	3.126,00	4.921,00
7.4 Tomografia Computadorizada com e ser	Exame	300	107,62	131,52	212,32	32.286,00	39.456,00	63.696,00
		1.115				**96.578,35**	**120.206,00**	**169.650,50**
CUSTEIO ESTIMADO						**4.629.742,62**	**5.500.744,97**	**7.135.965,91**
						P25	**P50**	**P75**

Referência Bibliográfica:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia. Ed. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006.

001211

ANEXO Nº V/2023 - SES/CECES-21759

REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

A atividade assistencial a ser contratada será conforme Anexo I - Especificações Técnicas HERSO, da Gerência de Atenção Especializada da Superintendência de Políticas e Atenção à Saúde? GERAT/SAIS.

Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO:**

Internação:

Saídas clínicas (médica)

Saídas cirúrgicas

Saídas pediátricas

Cirurgias eletivas

Consultas ambulatoriais:

consulta médica na atenção especializada;

consulta multiprofissional na atenção especializada.

Hospital Dia

SADT Externo

Os Atendimentos de Urgência e Emergência; o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, assim como as internações em leitos de UTI adulto, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar a produção realizada.

As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

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

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

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

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

Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, a ser especificado no Anexo I, pela Gerência de Atenção Especializada da Superintendência de Políticas e Atenção à Saúde ? GERAS/SPAIS.

SISTEMA DE REPASSE

Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, de acordo com o anexo IV, o custeio mensal estimado para a operacionalização do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, é de **R$ 5.500.672,47** (cinco milhões, quinhentos mil seiscentos e setenta e dois reais e quarenta e sete centavos), no percentil 50.

Do montante estimado mensalmente, a parte fixa, 90% (noventa por cento), corresponde ao valor de **R$ 4.950.605,22** (quatro milhões, novecentos e cinquenta mil seiscentos e cinco reais e vinte e dois centavos),? distribuído percentualmente de acordo com a METAS DE PRODUÇÃO estabelecidas no Anexo I, incluindo os exames internos aplicados nos serviços que compõem tais metas, nos termos indicados na seguinte TABELA I:

TABELA I ? DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO

001212

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO - METAS DE PRODUÇÃO		PORCENTAGEM (%)
Internação	Clínica cirúrgica	38,74%
	Clínica médica	6,80%
	Clínica pediátrica	8,82%
Cirurgias	Cirurgias eletivas	30,48%
Atendimento Ambulatorial	Consulta médica na atenção especializada	4,63%
	Consulta multiprofissional na atenção especializada	2,88%
Hospital Dia	Hospital dia (leito dia)	3,22%
SADT Externo	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)	1,24%
	Eletrocardiograma	0,02%
	Raio X	1,79%
	Tomografia Computadorizada	1,38%
TOTAL		**100%**

Do montante estimado mensalmente, a parte variável 10% (dez por cento) corresponde ao valor mensal de R$ 570.705,36 (quinhentos e setenta mil, quinhentos e sete reais e trinta e seis centavos), sendo vinculado à avaliação dos Indicadores de Desempenho e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO.

As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 24.3. já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no Anexo IV - Estimativa de Custeio.

A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, ou antes, mensalmente, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, ou mensal, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.

Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o **PARCEIRO PRIVADO** nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III, IV e V, a Organização Social de Saúde deverá encaminhar, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.

As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o **PARCEIRO PRIVADO** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

A cada período de 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

A cada período de 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênio e convalidação do Gestor da Pasta.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao semestre avaliado.

Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, o termo aditivo (caso exista), a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

CRITÉRIOS DE REPASSE

Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, MENSAL, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I - Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO** a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II, deste Anexo Técnico V.

TABELA II ? REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO DO HERSO

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Internações Hospitalares Peso 54,36%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das internações
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das internações
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as internações
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as internações
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinados as internações
Cirurgias Eletivas Peso 30,48%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as cirurgias
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as cirurgias
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinados as cirurgias
Atendimento Ambulatorial Peso 7,51%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as consultas
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as consultas
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado as consultas
Hospital Dia Peso 3,22%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual do hospital dia
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual do hospital dia
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado ao hospital dia
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado ao hospital dia
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado ao hospital dia

001214

SADT Externo Peso 4,43%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames/procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames/procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames/procedimentos

AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% DO CONTRATO DE GESTÃO)

Os valores percentuais apontados no Anexo Técnico I ? Indicadores de Desempenho, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados no mês ou nos meses subsequentes ao período de avaliação, que ocorrerá EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, MENSAL, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

Cada indicador de Desempenho acima descrito terá avaliada a sua performance calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM}=\frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM} = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A= Valor Atingido;

V_M= Valor da Meta.

Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM}= \{1 ? [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	10
80,00% até 89,99%	9
70,00% até 79,99%	8
60,00% até 69,99%	7
50,00% até 59,99%	6
< 50%	0

A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir:

$$\frac{? \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO. A Organização Social da Saúde deverá atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2009 e

001215

Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia da Controladoria-Geral do Estado para Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos.

Tabela IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100%
9 a 9,9 pontos	100%
8 a 8,9 pontos	90%
7 a 7,9 pontos	80%
6 a 6,9 pontos	70%
5 a 5,9 pontos	60%
Menor que 5 pontos	ZERO

DOS RESPONSÁVEIS PELOS ANEXOS TÉCNICOS

Ressalta-se que cada área técnica foi responsável pela elaboração de parte deste documento, conforme expertise e área de atuação, subscrevendo em comum o documento apenas para efeitos práticos. Neste sentido, o Anexo I - Especificações Técnicas foi elaborado pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde e pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, o Anexo II - Ensino e Pesquisa pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos, foi elaborado pela Gerência de Gestão de Pessoas / Superintendência de Gestão Integrada e os Anexos IV ? Estimativa de Custeio e V ? Sistema de Repasse, pela Gerência de Custos / Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios.

Documento assinado eletronicamente por **ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO**, **Usuário Externo**, em 05/01/2024, às 10:10, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **SERGIO ALBERTO CUNHA VENCIO**, **Secretário (a) de Estado**, em 08/01/2024, às 17:41, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **55355097** e o código CRC **D17E786A**.

Referência: Processo nº 202200010020876

SEI 55355097

001216

à Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios - SUPECC, com o mesmo telefone, para ser Suplente do referido contrato. Este contrato, celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Caixa Econômica Federal, tem por objeto a prestação de serviços de administração de contas de terceiros (ACT), incluindo o monitoramento dos recursos transferidos nas contas correntes dos parceiros privados que contratam com a Secretaria de Estado da Saúde.
[...]
Art. 3º - Fica revogada a Portaria 2186.
Art. 4º - O suplente entrará em ação em caso de impedimento, férias ou qualquer outra circunstância que impossibilite o gestor de atuar.
Art. 5º - Esta Portaria entrará em vigor em 30 de abril de 2024.
CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE.

RASIVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR
Secretário de Saúde

Protocolo 463561

PORTARIA Nº1040, de 09 de maio de 2024
Revoga Prêmio Mensal de Incentivo.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, no uso de suas atribuições legais, e tendo em vista o que consta na Portaria nº 1230/2023 - SES, resolve:
Art. 1º REVOGAR, a partir de 1º de junho de 2024, a Portaria nº 1230, de 17 de maio de 2023 - SES, publicada no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 24.048, de 26 de maio de 2023, na parte em que concede o Prêmio Mensal de Incentivo à servidora TÂNIA GLÁUCIA MOREIRA DOS SANTOS, CPF nº ***.389.411-**, que desempenhava a função de Coordenação de Apoio Técnico em Capacitações.
Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeito a partir de 1º de junho de 2024.

RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR

Protocolo 463578

Extrato do 4º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO. Processo nº 202200010020876. Parceiro Público: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. Parceiro Privado: Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE. Objeto: Constituem objetos do presente termo aditivo: 1. Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, com início em 24 de abril de 2024 e término em 20 de outubro de 2024, ou até a conclusão do chamamento público, o que ocorrer primeiro. 2. Do valor do repasse mensal para o custeio da Unidade. 3. Aporte de recursos financeiros referentes à folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO. Vigência: 24 de abril de 2024 a 20 de outubro de 2024. Valor: R$ 45.160.069,98. Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043.2516.03.15000100.50 - 2850.10.302.1043.2516.03.16000232.50 - 2850.10.302.1043.2516.03.25000100.50. Signatários: Rasível dos Reis Santos Júnior - Secretário de Estado da Saúde. Aluisio Parmezani Pancracio - IPGSE.

Protocolo 463572

EXTRATO DO CONTRATO Nº 51/2024-SES/GO. Processo nº: 202300010033881. Contratante: Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde. **Contratada:** R.P. de Oliveira Produtos LTDA. **Objeto**: Contratação de empresa para o fornecimento de microcomputadores tipo desktop para estruturação das Unidades Regionais/Central de Rede de Frio do Programa Estadual de Imunizações e no fortalecimento da Vigilância Sentinela da Síndrome Gripal (SG) no Estado de Goiás para o enfrentamento das consequências atreladas à emergência de saúde pública de importância nacional (ESPIN) decorrente da pandemia de COVID-19, destinados à Gerência de Imunização e Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis / Superintendência de Vigilância em Saúde. **Valor do contrato**: R$ 509.040,00. **Dotação Orçamentária**: 2850.10.305.1043.2512.04.26030239.90. **Vigência**: A vigência do Contrato será de 12 (doze) meses, contados da publicação do extrato do contrato na imprensa oficial. **Data da assinatura**: 28/05/2024. **Signatários**: Rasível dos Reis Santos Júnior- Secretário de Estado da Saúde; Rafaela Passaglia de Oliveira - R. P. de Oliveira Produtos LTDA.

Protocolo 463332

EXTRATO DO CONTRATO Nº 53/2024-SES. **Processo nº:** 202300010016334. **Contratante:** Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde. **Contratada:** Bunker Comercial Ltda. **Objeto**: Contratação de empresa para o fornecimento de Equipamentos de Refrigeração e Armazenamento - Câmaras Refrigeradas para Conservação de Imunobiológicos, com capacidade aproximada de 400 litros, a serem destinados para Municípios do Estado de Goiás. **Valor do contrato**: R$ 1.311.870,00. Dotação Orçamentária: 2850.10.305.1043.2512.04.26030239.90. e 2850.10.305.1043.2512.04.26010233.90. Vigência: A vigência do Contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da data da publicação do extrato DO CONTRATO na imprensa oficial. Data da assinatura: 28/05/2024. Signatários: Rasível dos Reis Santos Júnior - Secretário de Estado da Saúde. Paulo Roberto Secamillio Busato - Bunker Comercial Ltda.

Protocolo 463416

PROCESSO: 202300010023436
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 04/2023 - SES/GO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE - HERSO

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 04/2023 - SES/GO

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, torna público a quem possa interessar, bem como aos concorrentes ao Certame, a HOMOLOGAÇÃO DO RESULTADO FINAL DO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 04/2023 - SES/GO, cujo objeto é a seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de Termo de Colaboração objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE - HERSO**, por um período de 36 (trinta e seis) meses.

Portanto, após a análise e julgamento dos Recursos Administrativos apresentados contra o Resultado Preliminar, homologo o Resultado Final do Chamamento Público nº. 04/2023 - SES/GO, em que **SAGROU-SE VENCEDORA** a entidade **Hospital e Maternidade Theresinha de Jesus-HMTJ**.

RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 463178

EXTRATO DO 1º APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº 104/2018-SES/GO. Processo nº: 201800010007698. **Contratada**: Thiago Paulo da Silva EIRELI. **Objeto:** Reajuste do valor mensal do contrato, em 3,992440%, em decorrência da aplicação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE, acumulado, entre 08/2022 a 07/2023. **Valor Mensal do Reajuste:** R$ 9.263,04. **Dotação Orçamentária:** 2850.10.122.4200.4243.03.15000100.90. **Data da assinatura da Apostila**: 29/05/2024. **Signatário:** Rasível dos Reis Santos Júnior. Secretário de Estado da Saúde.

Protocolo 463368

EXTRATO DO 3º APOSTILAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 96/2016-SES/GO. Processo nº: 201200010002131. **Parceiro Público**: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. **Parceiro Privado:** Instituto de Gestão e Humanização - IGH. **Objeto:** Repasse de assistência financeira da União para cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras no contexto das unidades de saúde geridas por organizações sociais de saúde ou fundações. **Valor Total:** R$ 187.536,18. **Dotação Orçamentária**: 2850.10.302.1043.2516.03.16000232.50. **Data da assinatura**: 29/05/2024. **Signatário:** Rasível dos Reis Santos Júnior - Secretário de Estado da Saúde.

Protocolo 463507

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

4º TERMO ADITIVO SES/GO

Quarto Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO, celebrado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE.

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta Capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº M-6 233.587- SSP/MG e inscrito no CPF sob o nº 940.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital, e o **INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE**, doravante denominado simplesmente **PARCEIRO PRIVADO**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0002-32, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO, brasileiro, casado, engenheiro, inscrito no CPF nº 159.938.598-81, portador da Cédula de Identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP, residente e domiciliado em Rio Verde - GO, decidem celebrar o presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 88/2022-SES/GO**, para o gerenciamento, operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir delineadas, conforme processo administrativo nº 202200010020876.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constituem objetos do presente termo aditivo:

1.1.1. Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO (000034143998), pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, com início em 24 de abril de 2024 e término em 20 de outubro de 2024, ou até a conclusão do chamamento público, o que ocorrer primeiro.

1.1.2. Do valor do repasse mensal para o custeio da Unidade.

1.1.3. Aporte de recursos financeiros referentes à folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

2.1. Os objetos deste instrumento estabelecidos na Cláusula Primeira estão amparados na manifestação da Organização Social pelo interesse na prorrogação do contrato através do Ofício nº 034/2024-IPGSE (57979761), no Despacho nº 1314/2024/GAB (57541319), no Despacho nº 244/2024/SES/GEMOD (57696733), no Despacho nº 322/2024-SES/GMAE (57985876), no Despacho nº 437/2024/SES/DEOF (59556029), nos Anexos I ao V/2024-SES/GEMOD (59437447), e na Requisição de Despesa nº 114/2024-SES/GEMOD (58365481 e 58775370) e autorização do Sr. Secretário de Estado da Saúde nela constante, e se fundamenta n Lei estadual nº 15.503/2005.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA PRORROGAÇÃO

3.1. Fica prorrogado o prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 88/2022-SES/GO (000034143998), pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, com início em 24 de abril de 2024 e término em 20 de outubro de 2024, ou até a conclusão do chamamento público, o que ocorrer primeiro, condicionando sua eficácia à publicação do extrato no Diário Oficial do Estado.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR DE REPASSE MENSAL PARA CUSTEIO DA UNIDADE

4.1. Conforme a redação do Anexo V – Sistema de Repasse (59437447), fica estabelecido o repasse mensal para custeio das partes Assistencial e dos Indicadores de Desempenho do presente ajuste, no valor estimado de R$ 5.500.744,97 (cinco milhões, quinhentos mil, setecentos e quarenta e quatro reais e noventa e sete centavos), totalizando R$ 33.004.469,82 (trinta e três milhões, quatro mil, quatrocentos e sessenta e nove reais e oitenta e dois centavos), para o período de vigência deste ajuste.

CLÁUSULA QUINTA – DO REPASSE REFERENTE À FOLHA DE PAGAMENTO

5.1. Fica acordado o repasse mensal estimado de R$ 2.025.933,36 (dois milhões, vinte e cinco mil, novecentos e trinta e três reais e trinta e seis centavos), totalizando R$ 12.155.600,16 (doze milhões, cento e cinquenta e cinco mil, seiscentos reais e dezesseis centavos), referente à folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO, conforme Anexo III - SES/GGDP/2022 (59437447).

5.2. O valor total de custeio referente à folha de pagamento é estimado e variável, conforme a disponibilização e/ou remoção dos servidores, bem como dependente dos valores que compõem a remuneração dos servidores efetivos (tais como produtividade, insalubridade, quinquênios, dentre outros).

5.3. A informação do valor é repassada, mensalmente, para a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão / Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios, no intuito de que a mesma efetue a glosa necessária, a partir do consolidado ofertado pela Coordenação de Folha de Pagamento/Gerência de Gestão de Pessoas.

CLÁUSULA SEXTA - DO VALOR

6.1. O valor total do presente Termo Aditivo é estimado em R$ 45.160.069,98 (quarenta e cinco milhões, cento e sessenta mil, sessenta e nove reais e noventa e oito centavos), sendo R$ 33.004.469,82 (trinta e três milhões, quatro mil, quatrocentos e sessenta e nove reais e oitenta e dois centavos), destinados ao custeio do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, e R$ 12.155.600,16 (doze milhões, cento e cinquenta e cinco mil, seiscentos reais e dezesseis centavos), referente à folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO, conforme tabela abaixo:

DETALHAMENTO	PERÍODO	VALOR MENSAL	VALOR TOTAL
Repasse de recursos financeiros referente ao 4º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão de nº 88/2022 - SES/GO, firmado entre Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no HERSO, referente ao custeio.	180 dias	R$ 5.500.744,97	R$ 33.004.469,82
Aporte de recursos financeiros referentes à folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com lotação no HERSO.	180 dias	R$ 2.025.933,36	R$ 12.155.600,16
TOTAL			**R$ 45.160.069,98**

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

7.1. As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados nas notas de empenho e respectivas dotações orçamentárias abaixo relacionadas:

NOTAS DE EMPENHO			
Nº	DATA	SEI	VALOR
00088	16/04/2024	59091230	R$ 353.623,16
00008	16/04/2024	59091734	R$ 28.467.266,91
00082	16/04/2024	59092339	R$ 4.183.579,75
TOTAL			**R$ 33.004.469,82**

Sequencial: 061	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – Fes
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde integral
Ação	2516	Gestão Indireta - Atendimento Ambulatorial e/ou Hospitalar
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte de Recurso	15000 100	Recursos não vinculado de impostos - Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	50	Transferências a Instituições Privadas sem fins lucrativos

Sequencial: 062	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – Fes
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde integral

Ação	2516	Gestão Indireta - Atendimento Ambulatorial e/ou Hospitalar
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte de Recurso	16000 232	Transferência Fundo a Fundo de Recursos do SUS
Modalidade de aplicação	50	Transferências a Instituições Privadas sem fins lucrativos

Sequencial: 061 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – Fes
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde integral
Ação	2516	Gestão Indireta - Atendimento Ambulatorial e/ou Hospitalar
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte de Recurso	25000 100	Recursos não vinculado de impostos - Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	50	Transferências a Instituições Privadas sem fins lucrativos

7.2. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa nas dotações orçamentárias de que trata o item 7.1. poderá ser substituída por outra, tanto de origem federal quanto de origem estadual, a que apresentar disponibilidade financeira.

CLÁUSULA OITAVA - DAS CLÁUSULAS INALTERADAS

8.1. Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições do Contrato nº 88/2022-SES/GO, seus aditivos e apostilas, naquilo que não conflite com o pactuado no presente instrumento, que passa a fazer parte integrante daquele ajuste.

CLÁUSULA NONA - DA PUBLICAÇÃO

9.1 O presente termo aditivo será publicado por extrato no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, bem como no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO.**

E por estarem acordes, assinam as partes para que produza seus jurídicos efeitos.

ANEXO Nº - I AO V/2024 - SES/GEMOD-21281

ANEXO Nº I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS/2023 - HERSO

Este anexo constitui parte integrante do presente Ajuste e acrescenta cláusulas específicas do Contrato de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução, monitoramento, avaliação e fiscalização da parceria e prestação dos serviços descritos. O Anexo I está dividido em três segmentos: **I) Especificações Técnicas e Descritivo de Serviços,** os quais normatizam a execução da parceria na área da saúde; **II) Metas de produção,** que definem as premissas técnicas de execução e estabelecem metas quantitativas; e **III) Indicadores e Metas de Qualidade/Desempenho,** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos de gestão da Unidade.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

O PARCEIRO PRIVADO deverá:

Aderir e alimentar o(s) sistema(s) de informação a ser(em) disponibilizado(s) pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, regulação, controle, avaliação e fiscalização de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros dos procedimentos da Tabela SUS realizados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, garantindo que todos os procedimentos lançados no sistema de gestão hospitalar sejam registrados de forma integral nos sistemas ministeriais;

Os procedimentos da Tabela SUS devem ser registrados e faturados em concordância com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS.

Atualizar, periodicamente ou sempre que houver qualquer alteração, a listagem de profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento, sua respectiva carga horária, instalações físicas, serviços especializados e suas respectivas classificações, leitos e equipamentos, procedendo aos devidos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

001220

Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantir a assistência integral e por especialidade de acordo com a necessidade do usuário, assegurando o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do estabelecimento de saúde. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas preferencialmente até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital de acordo com regras estabelecidas pela SES-GO;

O **PARCEIRO PRIVADO** só poderá fazer uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites, eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás, mediante a autorização prévia da Secretaria Estadual de Saúde.

Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no estabelecimento de saúde, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no estabelecimento, observando a legislação vigente, dentre elas, as Resoluções e Instruções do Conselho Federal de Medicina;

Zelar pela integridade, acondicionamento adequado e guarda dos prontuários dos pacientes assistidos no respectivo estabelecimento de saúde, ainda que produzidos fora da sua gestão, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

No caso de troca de gestão da unidade, se responsabilizar pela condução da entrega dos prontuários e documentação referente aos atendimentos do paciente, seja assistencial ou para fins de faturamento, ao substituto que ocupará a sua função e herdará os arquivos, pelo tempo determinado pelas normas específicas.

Assumir a inteira responsabilidade pelo fornecimento de materiais, insumos, produtos para a saúde, medicamentos, órteses e próteses por ele prescritos que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP e suas atualizações ou outra tabela que vier a substituí-la;

A depender do parecer emitido por comissão a ser instituída pela SES, quando o **PARCEIRO PÚBLICO** for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores correspondentes poderão ser cobrados regressivamente do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo e parecer da comissão a ser instituída pela SES;

A metodologia de atuação da comissão será disciplinada por regulamento próprio via portaria do gestor da pasta;

Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes as glosas aplicadas ao **PARCEIRO PÚBLICO**, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde referentes a produção hospitalar/ambulatorial (SIA/SIH) e dados referentes ao Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mediante notificação prévia do mesmo.

Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Contrato de Gestão;

Consolidar a imagem do **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE** como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência desta parceria, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente Contrato de Gestão, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, nome da mãe, data de nascimento, Registro Civil (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF) e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

Em relação aos direitos dos usuários, o **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a:

Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e responsabilizar-se pelos arquivos, considerando os prazos previstos em lei, inclusive dos prontuários produzidos anteriores a sua gestão;

Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital;

Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato de Gestão;

Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;

Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;

Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por representante de qualquer religião;

Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes, idosos e nos demais casos previstos em legislações específicas;

Garantir atendimento equânime aos usuários;

Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR/Estabelecimento de Saúde", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

Nome do usuário;

Nome do Hospital/Estabelecimento de Saúde;

Localização do Hospital (endereço, município, estado);

Motivo da internação (CID-10);

Data de admissão e data da alta;

Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;

Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta;

O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos";

Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar;

Arquivar ou indexar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

Fazer contato prévio via e-mail e/ou telefone com o coordenador da Atenção Primária à Saúde - APS do município de origem do paciente, para informar a previsão ou confirmação da alta, encaminhando documento de alta com as devidas orientações para prosseguimento no atendimento, sempre que necessário e providências do transporte para a alta em tempo hábil;

Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

Informar e divulgar a existência da Ouvidoria do SUS vinculada ao serviço e à SES-GO e garantir o seu pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

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 (trinta) dias;

Implantar e/ou Manter um Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, diretamente ligado à Ouvidoria do SUS da unidade, responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS;

Ouvidoria e SAU são serviços complementares de atendimento ao usuário e seus atendimentos devem ser registrados no sistema oficial de ouvidoria do SUS, conforme a natureza de atendimento, qual seja: manifestação de ouvidoria ou disseminação de informação.

Realizar Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia, modelo e periodicidade a ser validado pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, a qual deverá ser realizada em todos os setores do estabelecimento de saúde, com envio de seus resultados estratificados e da eficácia da resolução para a SES-GO;

Executar anualmente uma auditoria independente, para que a mesma ateste a confiabilidade da Pesquisa de Satisfação aplicada pela unidade através do Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria. Após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei Estadual nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, e em conformidade com a legislação federal e estadual correlata;

Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores do estabelecimento de saúde de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista);

Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, substituição de sistema informatizado (software), nem na estrutura física do **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;

Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Contrato de Gestão;

Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação, Consulta Especializada e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com a Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;

Possuir e manter em pleno funcionamento, de forma ininterrupta, por 24 horas, 07 dias por semana, um Núcleo Interno de Regulação – NIR, conforme preconiza o Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação MS/2017, Portaria SES/GO nº 1.619, de 11 de setembro de 2020, e Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Anexo XXVI Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, atentando-se também à Nota Técnica nº 1/2022 - SES/SCRS, que trata do Dimensionamento de Pessoal atuando exclusivamente no NIR, e suas alterações;

O NIR será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da **Regulação Estadual**, para a Unidade Pública de Saúde em comento;

O NIR deverá estar localizado em área de fácil acesso dentro da unidade de saúde e possuir estrutura física mínima de: sala, computadores, impressora, acesso à internet compatível com as necessidades dos sistemas de regulação utilizados e linha telefônica;

A estrutura mínima funcional do NIR deverá atender às especificações da Portaria nº 1619/2020 - SES e da Nota Técnica nº 01/2022 - SES, ou outra(s) que venha(m) modificá-la(s) ou substituí-la(s);

O NIR deverá ser legitimado com competência definida e divulgada, subordinado à Direção Geral da Unidade de Saúde e à Gerência de Regulação Exames, Consultas, Cirurgias Eletivas e Internações/SCRS/SES-GO, com funcionamento 24h, 07 dias por semana, para unidades de internação hospitalar e de segunda a sexta-feira para unidades ambulatoriais.

Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas, Comitês, Equipes, Núcleos e Serviços:

Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

Comissão de Verificação de Óbitos;

Comissão de Ética Médica;

Comissão de Ética em Enfermagem;

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

Comissão de Farmácia e Terapêutica;

Comissão de Documentação Médica e Estatística;

Comissão de Proteção Radiológica;

Comissão de Biossegurança;

Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;

Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT);

Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

Comitê Transfusional;

Comitê de Compliance;

Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;

Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT).

Quando o "ANEXO II - Ensino e Pesquisa" indicar a existência de Residência Médica e/ou Residência Multiprofissional, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá possuir e manter em pleno funcionamento a Comissão de Residência Médica (COREME) e/ou a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), além das estabelecidas no Item 1.1.28;

Em se tratando de estabelecimento de saúde novo ou de nova gestão, o **PARCEIRO PRIVADO** terá até 60 (sessenta) dias do início da vigência do Ajuste para constituir as comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;

Em estabelecimentos de saúde com menos de 50 (cinquenta) leitos, poderá ser avaliado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme legislações vigentes, a flexibilização das comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados.

Manter um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), que será 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 2743, de 29 de novembro de 2022 e Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021 e Portaria GM/MS nº 1.694, de 23 de julho de 2021 e outras legislações vigentes. Deverá executar as ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, atendendo aos seguintes requisitos:

Contar com equipe técnica específica composta por:

Unidades com até 100 leitos: 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 01 técnico de enfermagem e 01 técnico administrativo;

Unidades de 101 a 250 leitos: 02 profissionais de nível superior , sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 02 técnico de enfermagem e 01 técnico administrativo; e

Unidades com mais de 250 leitos: 02 profissionais de nível superior, sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 03 técnicos de enfermagem e 01 técnico administrativo.

Garantir funcionamento do NHE, 07 dias por semana, no período matutino e vespertino (incluindo finais de semana e feriados);

Garantir a realização e/ou apoio nas investigações epidemiológicas das doenças, eventos e agravos de notificação compulsória, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela Vigilância epidemiológica municipal, estadual e nacional dos casos e óbitos hospitalizados nos sistemas de informação correspondente;

Garantir a participação de integrante do NHE nos Comitê de Investigação de casos e óbitos sempre que demandados pelas Vigilâncias municipal e estadual;

Cumprir com as metas e indicadores contratados pelas esferas de gestão (municipal, estadual e federal), bem como de digitação oportuna dos casos e óbitos das DAE Imediata, segundo legislação vigente em até 24 (vinte e quatro) horas;

Indicar representantes do NHE para participar de eventos, cursos, treinamentos e reuniões quando convidados pela SMS e SES;

Submeter-se às normas e rotinas estabelecidas pelo órgão Estadual responsável pelos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e RENAVEH (Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar);

Garantir o envio de amostras de casos e óbitos suspeitos ou confirmados das DAE ao LACEN-GO, conforme fluxo estabelecido, respeitando os critérios de coleta, armazenamento e transporte, disponibilizados no site: https://www.saude.go.gov.br/vigilancia-em-saude/lacen-go;

Estabelecer fluxo de comunicação dos exames de DAE realizados pelos laboratórios terceirizados, ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, que fará o contato com as Vigilância Epidemiológica municipais e estadual.

Estabelecer, implementar e disponibilizar no formato "online" e na plataforma SIGUS da SES-GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021 e NBR 15943:2011 ou atualizações, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde, bem como, implementar e disponibilizar "online" e na plataforma SIGUS da SES-GO, os membros e atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021, NBR 5410, NBR 13534, NBR 15943 e as demais resoluções;

Proporcionar condições de infraestrutura predial e controle de qualidade do ar em ambientes climatizados. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá implantar e manter durante a vigência deste Contrato de Gestão, Plano de Manutenção, Operação e Controle Predial – PMOCP e Plano de Manutenção, Operação e Controle – PMOC com programação das manutenções preventiva, rotineira e corretiva, de forma a operacionalizar e supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários com profissional que tenha competência legal para garantia de segurança dos sistemas e da edificação conforme especificações contidas na NBR 13971/97, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674 da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e exigências do Ministro de Estado da Saúde e ANVISA, por meio da Portaria GM/MS nº 3.523, de 28 de agosto de 1998, Resolução-RE ANVISA nº 09, de 16 de janeiro de 2003, e as demais resoluções;

Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, manter durante a vigência desta parceria um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a unidade de saúde conforme a RDC ANVISA nº 509, de 27 de maio de 2021, bem como a NBR 15943/2011 e as demais resoluções;

001223

Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da RDC ANVISA nº 611, de 09 de março de 2022, bem como a NBR ISO 17025 e demais normativas vigentes;

Promover manutenção preventiva para equipamentos e instalações relacionados com infraestrutura como: grupo gerador de emergência, quadro de distribuição de energia, sistema elétrico e luminotécnico, Sistema de Proteção Contra Descarga Atmosférica (SPDA) e aterramento, sistema de ar condicionado, caixas d'água, sistema hidráulico, telefonia, rede lógica, entre outros;

Prover programa de manutenção preventiva para sistemas de proteção e combate a incêndios e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC);

Implantar a política de Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por parada cardiorrespiratória, bem como, a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde - Anexo I Sistema Nacional de Transplantes (SNT), Portaria GM/MS nº de 3.251, de 30 de dezembro de 2011, e Portaria GM/MS nº 1.780, de 26 de agosto de 2013, e demais legislações vigentes;

A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:

Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de múltiplos órgãos;

Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos.

O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência do estabelecimento de saúde, conforme o seu perfil, deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País;

Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, dispõe sobre o acesso a informações e a aplicação da Lei federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, no âmbito do Estado de Goiás, institui o serviço de informação ao cidadão e dá outras providências;

Norma Regulamentadora MTE nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, aprovada pela Portaria GM/MT nº 485, de 11 de novembro de 2005;

Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf, ou publicação que venha a substituí-lo;

Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, Ministério da Saúde, 2017, ou publicação que venha a substituí-lo;

Nota Técnica SES/SCRS n.° 1/2022, que trata do Dimensionamento de recursos humanos atuando exclusivamente no Núcleo Interno de Regulação das unidades de saúde sob gestão e regulação estadual;

Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), ou programa/publicação que venha a substituí-lo;

Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), ou programa/publicação que venha a substituí-lo;

Portaria SES/GO n° 342, de 24 de fevereiro de 2022, que institui o Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), no âmbito da SES/GO, para fins de monitoramento, avaliação e fiscalização dos ajustes firmados com entidades conveniadas e do terceiro setor, e suas alterações posteriores;

Portaria GM/MS nº 3.418, de 31 de agosto de 2022, altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (varíola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;

Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021, Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH);

Portaria GM/MS nº 1.694, de 23 de julho de 2021, Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh);

Portaria SES/GO nº 2.743, de 29 de novembro de 2022 - Institui a Rede de Vigilância Epidemiológica nas Unidades de Saúde da Atenção Secundária e Terciária no Estado de Goiás e dá outras providências;

Portaria SES/GO nº 1.619, de 11 de setembro de 2020, que dispõe sobre a Estruturação e Atribuições dos Núcleos Internos de Regulação - NIR das Unidades da Rede Própria e das Unidades Conveniadas/Contratadas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e dá outras providências;

Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022 - Consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde - Título II, Capítulo I, Seção III - Da Habilitação de Estabelecimentos de Saúde na Alta Complexidade em Oncologia;

Portaria SES/GO nº 1.046, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Seção V;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo II - Do Sangue, Componentes e Hemoderivados;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 4 de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem Portaria GM/MS nº 204/2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo VI (Origem Portaria GM/MS Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; Anexo III (Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE); Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; com ênfase nos Anexos XXIV (Política Nacional de Atenção Hospitalar); XXXI (Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade) e XXXII (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica);

Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo I - Seção XII - Do Financiamento para o Custeio das Atividades Relacionadas ao Processo Transexualizador;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo VIII - Da Segurança do Paciente;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - Capítulo VI - Seção I - Da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - Capítulo VI - Seção II - Da Vigilância dos Óbitos Maternos;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Anexo XXVI - Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo XIII - Seção I-A - Da Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXIV Procedimentos de Atendimento em Regime de Hospital Dia;

RDC ANVISA nº 611, de 09 de março de 2022, que estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas ;

RDC ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências;

RDC ANVISA nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue;

RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

RDC ANVISA 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;

RDC ANVISA nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);

RDC ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva;

RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada;

Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;

Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico;

Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência;

Atender toda a legislação e normativas vigentes e considerar que o rol apresentado neste item é exemplificativo.

Desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação, respeitando e atendendo as normativas estabelecidas pela SES-GO;

Implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos Termos de Colaboração firmados, de acordo com Portaria SES/GO nº 1.046, de 03 de dezembro de 2019 e/ou atualizações desta;

Será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista;

Deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais;

A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe;

Fazer uso de um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) conforme a Portaria 1046 de Dezembro/2019 e outras normativas vigentes;

Utilizar todos os módulos do SGH, inerentes a gestão da unidade, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos Contratos de Gestão firmados, conforme definido na Portaria 1046/2019 e/ou atualizações desta;

Garantir, em tempo hábil, que todos os documentos do prontuário eletrônico do paciente estejam assinados digitalmente;

Compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de imaginologia tendo como identificador único o CPF do paciente. Todos as imagens e laudos deverão ser enviadas para o sistema PACS/RIS da SES-GO, nos padrões definidos pela SES-GO;

O SGH (por meio do PEP) do **PARCEIRO PRIVADO** deverá ler estes exames (imagens e laudos) do sistema de PACS/RIS da SES-GO. Os exames (imagens e laudos) anteriores (legado), caso ainda não tenham sido transferidos, também deverão ser enviados para o sistema da SES-GO visando que todo o histórico desses exames fique armazenado no sistema da SES-GO;

Comprometer-se a estabelecer um serviço de exames laboratoriais (SADT) que seja integrado ao SGH (PEP) e armazene no SGH todos os resultados (dados estruturados) e laudos devidamente assinados digitalmente;

Garantir a confiabilidade dos dados que serão integrados ao Sistema de Regulação em Saúde utilizado pelo serviço de regulação estadual, para os processos de regulação ambulatoriais, eletivos, de urgência e emergência e internação, e processos de controle e avaliação referentes aos dados de processamento de informações (faturamento);

Arcar com a responsabilidade de manter a sustentação do sistema. A governança do projeto Saúde Digital, definido na Portaria 1046/2019-SES, é de responsabilidade da SES-GO, portanto, o Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) contratado para atender a este projeto, deverá permitir que a SES tenha os seguintes privilégios: definir regras de negócio, permitir acesso total ao banco de dados, gerenciar as permissões de acessos, acompanhar os chamados abertos pelas unidades de saúde, priorizar a resolução dos chamados abertos, cobrar as soluções diretamente da empresa mantenedora do sistema, definir as novas funcionalidades e integrações a serem incorporadas, coordenar a homologação de novas funcionalidades.

Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

Manter em funcionamento a Agência Transfusional (AT) na unidade;

Manter e/ou providenciar a inclusão do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária. Este deverá constar no alvará sanitário ou no relatório de inspeção sanitária;

Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional;

Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO como unidade de comando e direção da política estadual;

Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como, a legislação vigente;

Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento;

Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, contratações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO;

Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.

Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. Definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).

Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.

Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.

Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade, conforme definido pela SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.

Executar os procedimentos necessários para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionem a unidade.

A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.

Caso necessário e definido pela SES-GO, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes portadores de coagulopatias hereditárias/ou outras doenças hematológicas, bem como realizar sua devolução em caso de não uso, em tempo hábil para utilização antes do vencimento, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.

Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expurgo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.

Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES e sob sua responsabilidade.

Oferecer assistência ambulatorial complementar, quando for o caso, às pessoas portadoras de doença falciforme, outras hemoglobinopatias e coagulopatias, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.

Prover a manutenção predial, hidráulica, elétrica, telefonia e rede lógica.

Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.

Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.

Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes.

Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.

Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.

Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.

O serviço de hemoterapia deverá estar contemplado e/ou representado no mínimo, nas seguintes Comissões/Comitês:

Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT;

Comitê da Qualidade;

Comissão de Gerenciamento de Resíduos;

Núcleo de Segurança do Paciente.

Manter atuante, na Agência Transfusional, os seguintes programas:

Programa de Controle da Qualidade Interno;

Programa de Avaliação Externa da Qualidade;

Programa de Treinamento e Educação Permanente.

Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.

Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.

Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.

Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.

Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.

Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.

Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresentá-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.

Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede da SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-GO.

Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.

Deverá durante todo o prazo de vigência do Contrato de Gestão, conservar e/ou substituir, se necessário, todos os equipamentos clínicos, não clínicos e mobiliários da AT, e seus respectivos acessórios, assim como manter o ambiente seguro, com práticas que assegurem altos padrões de conforto e limpeza, da unidade;

Deverá manter estoque em qualidade e quantidades suficientes de matéria-prima, medicamentos, material médico-hospitalar e correlatos, só podendo utilizar os produtos registrados na ANVISA e/ou com dispensa formal do registro, sendo vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas no Território Nacional;

Deverá receber visitas, prestar as devidas informações, adotar as recomendações e atender às solicitações do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH);

Deverá, sob Supervisão da Coordenação da Hemorrede da SES-GO e atendendo aos fluxos por ela estabelecidos, realizar o remanejamento de hemocomponentes entre Unidades de Saúde da Rede Pública Estadual, Municipal, Serviços Privados e Filantrópicos do Estado de Goiás, sempre que necessário e autorizado;

Deverá manter um serviço de captação de doadores de sangue voluntários objetivando a manutenção de estoques adequados, devendo encaminhar candidatos à doação de sangue ao Hemocentro Regional de Rio Verde (HEMOGO Rio Verde) ou a outra unidade da Hemorrede Pública se assim estabelecer a SES-GO.

Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES quanto ao serviço de hemoterapia.

Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/inservibilidade de equipamentos, realizar comunicação formal à Coordenação de Patrimônio da SES-GO. Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, comunicar também à Coordenação da Hemorrede/SPAIS/SES-GO.

Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme as diretrizes do SUS;

Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida pelos órgãos de fiscalização ambiental;

Assegurar o cumprimento, atendimento e registros de informações assistenciais e de faturamento a todos os procedimentos requeridos pela SES-GO, que estejam previstos na Tabela SIGTAP/SUS vigente e alterações futuras, desde que em concordância com o perfil do estabelecimento de saúde;

Atender as normativas federais para recebimento de recursos dessa natureza, conforme orientações próprias contidas em Portarias Ministeriais e em concordância com orientações e normativas da SES-GO.

Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes aos bloqueios judiciais aplicados ao **PARCEIRO PÚBLICO**, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos de respostas das demandas judiciais e/ou administrativas, caso o descumprimento seja decorrente da inobservância do prazo pelo **PARCEIRO PRIVADO**, mediante notificação prévia do mesmo.

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia;

O Serviço de Admissão do **PARCEIRO PRIVADO** solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES-GO;

Em caso de hospitalização, o **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a internar o paciente, de acordo com o seu perfil assistencial, conforme orientação e determinação da SES-GO;

No caso de incompatibilidade de perfil ou quando o número de leitos for insuficiente, o **PARCEIRO PRIVADO** deve solicitar as transferências externas por meio da Regulação Estadual, informando na ficha de solicitação todos os dados necessários ao processo regulatório, tais como: Código Internacional de Doenças (CID); resumo clínico fidedigno; exames pertinentes ao CID; tipo de leito de acordo com o CID; tipo de precaução estabelecida. Deverá atentar para eventuais solicitações/informações enviadas pela mesa reguladora via sistema de regulação ou outros meios de comunicação definidos pela SES.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados por meio dos sistemas informatizados de regulação, controle e processamento definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;

O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a manter um serviço de Núcleo Interno de Regulação, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber as solicitações da Regulação, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (uma) hora.

O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a encaminhar as remessas de faturamento ambulatorial à Secretaria de Estado da Saúde até o dia 10 do mês subsequente para o e-mail: sia.sesgo@gmail.com; e o faturamento hospitalar para o e-mail: aih.sesgo@gmail.com. E no dia 15, de cada mês, a Coordenação Estadual de Processamento de Informações/Gerência de Controle e Avaliação/Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação enviará uma prévia (síntese de produção ambulatorial e relatório de AIHs rejeitadas) ao estabelecimento, para que se proceda as possíveis correções e a devolução a esta Secretaria de Estado da Saúde de Goiás deverá ser realizada até dia 20, impreterivelmente.

DESCRIÇÃO DA UNIDADE

Identificação da Unidade

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

CNES: 6665322

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

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

Gestão da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada à Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação.

Capacidade Instalada

Estrutura

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

Descrição aditivo	Leitos
Clínica Médica	08
Clínica Médica Pediátrica	08
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.

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

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

Perfil da Unidade

O HERSO é um hospital Geral de Alta e Média Complexidade em Urgência e Emergência, inserido na Rede de Urgência e Emergência como porta de Entrada referenciada/regulada, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Sudoeste de Goiás e demais Macrorregiões.

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

DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

Linhas de Serviços

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

Internação:

Saídas de Clínica Médica;

Saídas Cirúrgicas;

Saídas Pediátricas;

Internações em leitos de UTI adulto (não compõem a linha de serviços para efeito de metas).

Atendimento Ambulatorial:

Consultas Médicas Especializadas: consultas médicas especializadas realizadas em ambulatório;

Consultas Multiprofissionais na Atenção Especializada: consultas multiprofissionais realizadas em ambulatório.

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

Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente referenciados pela Regulação Estadual para a Unidade;

Hospital-Dia: reservado para a realização de procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos, referenciado pela Regulação Estadual, nos quais a permanência do paciente na unidade se dará pelo período máximo de 12 horas.

4.1.2. Os Atendimentos de Urgência/Emergência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário internado, quando da admissão hospitalar, e deverá informar mensalmente a produção realizada via Sistema de Gestão Hospitalar e garantir a informação também no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

Assistência Hospitalar

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

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

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

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

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

Assistência por equipe médica especializada;

Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;

Assistência farmacêutica;

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

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

Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;

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

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

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

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

Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;

Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;

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

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

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

Sangue e hemoderivados;

Fornecimento de enxoval;

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

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

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

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

Atendimento às Urgências Hospitalares

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

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

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

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

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

Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.

Em situações excepcionais, mediante solicitação e validação da Gerência de Regulação de Internações, o **PARCEIRO PRIVADO** ofertará atendimento de urgência e emergência das especialidades que possui regularmente em ambulatório para atendimento de avaliações, emissão de pareceres ou até mesmo para investigação e diagnóstico, em seus respectivos leitos de internação conforme disponibilidade e/ou pronto socorro.

Mediante solicitação e validação da Gerência de Regulação de Internações, o **PARCEIRO PRIVADO** ofertará atendimento de urgência e emergência das especialidades que possui regularmente em ambulatório para atendimento de avaliações, emissão de pareceres ou até mesmo para investigação e diagnóstico, em seus respectivos leitos de internação conforme disponibilidade e/ou pronto socorro.

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

Atendimento Ambulatorial

Consultas Especializadas

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

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

As consultas ambulatoriais compreendem:

Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

Interconsulta;

Consultas subsequentes (retornos).

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

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

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

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

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

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

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

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

análise dos dados contidos no prontuário;

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

diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro);

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

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

registro, que é a legitimação das ações deste profissional.

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

Especialidades iniciais a serem oferecidas no ambulatório
Cirurgia Vascular
Cardiologia
Cirurgia Geral
Neurologia
Ortopedia e Traumatologia
Urologia

Consulta multiprofissional na Atenção Especializada (por especialidade)
Enfermagem
Fisioterapia
Psicologia
Nutricionista
Farmácia
Bucomaxilo

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

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

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

Cirurgias Eletivas

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

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

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

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

Autorização para execução: via regulação ambulatorial de 1ª vez;

Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Gestão Hospitalar (SES-GO).

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

Instrumento de registro: APAC;

Autorização para execução: via sistema de regulação;

Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

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

Instrumento de registro: AIH - Autorização para execução: via sistema de regulação;

Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

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

Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência hospitalar de 4 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo;

Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: média de permanência hospitalar maior que 5 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo; e

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

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

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

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

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

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

A Regulação Estadual revisará periodicamente a demanda reprimida da fila de espera para cirurgias eletivas e poderá encaminhar para a Unidade para oferta dessas vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SES-GO, sem que, entretanto, ultrapasse o total de cirurgias previstas neste contrato e disponibilizadas no mês.

Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT Externo

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

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

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

Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo
Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE
Eletrocardiograma

Radiografia
Tomografia Computadorizada

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

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

Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e SIGUS.

Serviços de Apoio

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: corresponde ao conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico. Será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade. O SADT Interno deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente;

Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica;

Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada usuário/cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND está proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes/usuários de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional;

Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes/usuários, responsável pelo processamento do enxoval e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade;

Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares;

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

PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

PROPOSTAS DE MELHORIAS

O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES-GO, Portaria SES/GO nº 2.116, de 07 de dezembro de 2021, e suas alterações subsequentes ou outra norma vigente;

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

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

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

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

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

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

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

DA COMUNICAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal;

Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime diário/mensal;

Relatório de Custos, em regime mensal;

Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outro.

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

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

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

II - METAS DE PRODUÇÃO

REGRA GERAL

São apresentados os indicadores e as metas de produção contratados com o **HERSO** referentes aos serviços assistenciais. Conforme monitoramento e necessidade, esses indicadores e metas podem ser alterados quando necessário;

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO;**

Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

Na medida em que os indicadores forem homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

Nada obsta, entretanto, que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios;

São consideradas como Metas de Produção, determinantes ao pagamento da parte assistencial/fixa, os seguintes critérios:

Internações Hospitalares

saídas clínicas (médica);

saídas cirúrgicas;

saídas pediátricas;

Cirurgias Eletivas

Cirurgias eletivas.

Consultas Ambulatoriais

consulta médica na atenção especializada;

consulta multiprofissional na atenção especializada;

Hospital Dia

SADT Externo

exames e ações de apoio e diagnóstico.

Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência espontâneos e regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõe a meta do referido Contrato de Gestão, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente a produção realizada.

Quadro-Síntese dos Indicadores e Metas de Produção

Dimensão	Descrição	Meta mensal
Internação	Clínica Cirúrgica	359
	Clínica Médica	52
	Clínica Pediátrica	83
Cirurgias	Cirurgias Eletivas	200
Atendimentos Ambulatoriais	Consulta médica na Atenção Especializada	800
	Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	873
Hospital Dia	Atendimentos Leito Dia	88
SADT EXTERNO	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE	15
	Eletrocardiograma	100
	Raio X	700
	Tomografia Computadorizada	300

Determinantes da Parte Fixa

Internações Hospitalares

A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente saídas hospitalares em Clínica Médica, Cirúrgica, Médica Pediátrica, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

Dimensão	Descrição	Meta mensal	Meta Anual (12 meses)
Internação	Clínica Cirúrgica	359	4.308
	Clínica Médica	52	624
	Clínica Médica Pediátrica	83	996

As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital, considerou-se o número de leitos de internação e taxa de ocupação de 85%.

Para as saídas clínicas foi considerado TMP de 4 dias.

Para as saídas clínicas pediátricas foi considerado TMP de 2,5 dias.

As saídas cirúrgicas contemplam: as saídas ortopédicas (TMP 4 dias) e especialidades (TMP de 3,5 dias).

Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitalares.

Cirurgias Eletivas

O estabelecimento de saúde deverá realizar um número anual de cirurgias eletivas que lhe sejam referenciadas por meio da regulação estadual:

Cirurgias eletivas	Meta mensal	Meta Anual (12 meses)
Eletivas	200	2.400

Atendimento Ambulatorial

A Unidade Hospitalar/Estabelecimento de Saúde deverá realizar produção mensal de consultas médicas, consultas multiprofissionais e pequenos procedimentos ambulatoriais;

A depender do cenário epidemiológico, o hospital deverá disponibilizar as vagas de consultas ambulatoriais proporcionalmente de acordo com a restrição prevista na legislação vigente, tendo como base a quantidade mensal definida nos itens abaixo;

O hospital deverá disponibilizar vagas de consultas à rede assistencial e executá-las de acordo com o estabelecido pela regulação estadual, conforme quadro abaixo:

Atendimento Ambulatorial	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Consulta Médica na Atenção Especializada	800	9.600
Consulta Não Médica na Atenção Especializada	873	10.476

Do total de consultas mensais disponibilizadas e executadas por especialidade, o hospital/estabelecimento de saúde deverá adotar os seguintes critérios:

40% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

10% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas a realização de Interconsulta;

50% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de Consultas subsequentes (retornos).

Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente, que podem ter seus percentuais definidos no item anterior alterados proporcionalmente a depender do cenário epidemiológico e necessidade da Regulação Estadual;

As consultas de triagem para classificação de risco no Pronto Socorro serão contabilizadas como consultas ambulatoriais;

O indicador de aferição será também o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), apresentado pelo próprio hospital e posteriormente processado e faturado pelo Ministério da Saúde;

O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá empregar outro sistema de aferição conforme normativa própria.

SADT Externo

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames, mensalmente, para pacientes egressos e para pacientes externos, isto é, que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente referenciado pela Regulação Estadual, conforme seus próprios fluxos, no limite da capacidade operacional do SADT;

Exame	Meta mensal	Meta Anual (12 meses)
CPRE	15	180
Raio X	700	8.400
Eletrocardiograma	100	1.200
Tomografia computadorizada	300	3.600

A cada três meses Regulação Estadual, encaminhará para Unidade a demanda reprimida de SADTs para oferta de vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SES-GO, sem que, entretanto, ultrapasse o total de exames a serem disponibilizados e realizados no mês;

Os exames internos não compõem meta própria, pois já são previstos em outros serviços contratados: internações hospitalares e cirurgias, isso porque a internação deve contemplar todas as necessidades do paciente/usuário;

Em situações de imprevistos, em que os aparelhos instalados em determinada unidade apresentem falha operacional sem previsão de conserto, os encaminhamentos externos poderão ser referenciados para outra Unidade da Rede, cuja produção será acompanhada pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral de Saúde, Superintendência do Regulação, Controle e Avaliação e Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios , podendo, quando em excedente, gerar o repasse de custeio a título de ressarcimento, desde que previamente autorizado pelo Gestor da Pasta e devidamente comprovada a produção.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá inserir, mensalmente, no sistema de regulação estadual todas as vagas disponíveis para os SADT.

Hospital Dia

A Unidade Hospitalar deverá realizar atendimentos no Hospital Dia por mês.

Durante o tempo de permanência na Unidade, ao paciente deverá ser assegurado condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

O Hospital Dia será disponibilizado aos pacientes que comparecem à Unidade apenas para recebimento de dose esquemática de medicação endovenosa e pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; pacientes clínicos e/ou cirúrgicos que necessitam de permanecer na Unidade por um período máximo de 12 horas.

Os pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais compreendem as intervenções que abrangem procedimentos de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades, em pacientes que não estejam em internação hospitalar, ou seja, excetuam-se aqui as cirurgias de pacientes em atendimentos de urgência.

Os pacientes poderão ser provenientes de demanda externa ao hospital bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital. Em ambos os casos, devem ser regulados pela Regulação Estadual.

Os procedimentos ambulatoriais são interpretados como aqueles que não exigem internação, com o intuito de promover maior rotatividade ao Centro Cirúrgico da Unidade. As especialidades que poderão ser contempladas tais como a ortopedia (segundo tempo cirúrgico de média e alta complexidade), urologia,

Hospital Dia	Meta mensal	Meta Anual (12 meses)
Atendimentos	88	1.056
Obs.: Para cálculo dos atendimentos foram considerados nº de leito x quantidade de pacientes x 22 dias/mês.		

III - INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/DESEMPENHO

DETERMINANTES DA PARTE VARIÁVEL

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos 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;

Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

Na medida em que os indicadores forem homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada mês:

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%

Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período.

Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: *[Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100*

Média de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação: relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares.

Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional e às boas práticas clínicas (Manual de Implantação e Implementação do NIR, 2017).

Fórmula: *[Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]*

Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Conceituação: assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação dos processos de trabalho dos colaboradores das unidades de internação hospitalar (Manual de Implantação e Implementação do NIR, 2017).

Fórmula: *[(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]*

Taxa de Readmissão Hospitalar pelo mesmo CID (em até 29 dias)

Conceituação: o indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

Fórmula: *[Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100*

Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

Conceituação: mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

Fórmula: *[Nº de retornos em até 48 horas/ Nº de saídas da UTI, por alta] x 100*

Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: mede a relação de procedimentos rejeitados no sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS) em relação ao total de procedimentos hospitalares apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: *[Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100*

Obs.: Total de procedimentos rejeitados no SIH exceto rejeição no processamento por falta de habilitação e falta de capacidade instalada de leitos.

Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos)

Conceituação: mede o total de cirurgias eletivas que foram suspensas, por motivos relacionados à organização da Unidade, em relação ao total de cirurgias agendadas, falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: *[Nº de cirurgias eletivas suspensas/Nº de cirurgias eletivas (mapa cirúrgico)] x 100*

Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT expirado

Conceituação: indicador que sinaliza se as cirurgias eletivas realizadas na unidade estão tendendo a respeitar um tempo de espera máximo clinicamente aceitável conforme o critério SWALIS de classificação de prioridade atribuído pelo médico assistente.

Fórmula: *[Número de cirurgias realizadas com TMAT expirado dividido / Número de cirurgias eletivas em lista de espera e encaminhado para unidade] x 100.*

Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Conceituação: número de consultas ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula: *Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.*

Percentual de exames de imagem com resultado entregue em até 10 dias.

Conceituação: proporção de exames de imagem externos com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula: *[Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100.*

Percentual de casos de doenças/agravos/eventos de notificação compulsória imediata (DAEI) digitados oportunamente.

Conceituação: avaliar a capacidade de detecção de DAEI nas unidades de saúde, por meio da **digitação** das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata de forma oportuna (≤ à 07 dias) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/e-SUS/e-SUS- SINAN).

Fórmula: Nº de casos de DAEI digitadas em tempo oportuno - até 7 dias/ Nº de casos de DAEI digitadas (no período/mês) X 100

Percentual de casos de doenças/agravos/eventos de notificação compulsória imediata (DAEI) investigados oportunamente.

Conceituação: avaliar a capacidade de detecção e investigação das DAEI nas unidades de saúde, por meio da **investigação** das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata investigadas oportunamente (≤ à 48 horas da data de notificação) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/e-SUS/e-SUS- SINAN).

Fórmula: Nº de casos de DAEI investigadas em tempo oportuno - até 48 horas da data da notificação/ Nº de casos de DAEI notificadas (no período/mês) X 100

Percentual de perda de medicamentos por prazo de validade expirado

Conceituação: monitorar a Perda de Medicamentos por Expiração do Prazo de Validade em todas as Unidades de Saúde da rede estadual, aprimorando e implantando ferramentas e processos de trabalho que permitam reduzir a perda de medicamentos. O indicador monitora a perda financeira das Unidades de Saúde devido a expiração por prazo de validade dos medicamentos.

Fórmula: (Valor financeiro da perda do segmento padronizado por validade expirada no hospital / Valor financeiro inventariado na CAF no período) x100

ENSINO E PESQUISA

As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio e pesquisa científica, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a **PARCEIROS PRIVADOS**.

A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) promove o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, em consonância com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, integrante da Política Nacional de Saúde formulada no âmbito do SUS, estabelecendo, orientando, assessorando e monitorando a realização de pesquisa científica na SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SESG.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por acompanhar o cumprimento da Portaria nº 1.265/2023 – SES-GO, ou outro ato normativo que venha modificar e/ou substituir, e não deverá permitir a realização de pesquisa científica na Unidade que não esteja cadastrada no fluxo de monitoramento de pesquisas e autorizada pela SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir a citação da SES-GO como afiliação institucional dos autores na realização de pesquisa, nas publicações científicas, apresentações em eventos dos trabalhos e em todo e qualquer tipo de divulgação das pesquisas científicas executadas nas Unidades de Saúde e/ou Administrativas da SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir o encaminhamento pelo pesquisador à SESG de trabalho científico resultante de Pesquisa científica em dados públicos, Pesquisas de revisão da literatura e Relatos de experiência produzidos em Unidade da SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir que a proposta de aplicação ou incorporação dos resultados das pesquisas realizadas dentro das unidades da SES-GO sejam apresentadas à SES-GO pelos pesquisadores.

O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que a Unidade esteja vinculada a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional, dentre os operacionais da SES-GO e credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, ou outra que vier a substituir.

O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que o número do CNPJ referente a Unidade da SES-GO seja cadastrado como Instituição na Plataforma Brasil e junto à CONEP, para assegurar que as pesquisas se vinculem à SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar oficialmente à SES-GO em qual CEP institucional e CNPJ a Unidade está credenciada, junto à CONEP.

Existindo CEP institucional na Unidade SES-GO, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter instalações adequadas e os recursos humanos necessários para a operacionalização do mesmo, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013.

O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto à SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para alteração de vínculo de sua Unidade com o CEP institucional credenciado à CONEP. Após, avaliação de viabilidade, a SESG fará a devida orientação pertinente para adequações junto aos CEP's e à CONEP, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o CEP que deixará a função e aquele que a assumirá.

O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto a SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para credenciar CEP institucional quando a Unidade pretenda se habilitar como Hospital-Ensino junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação, respeitando as normativas vigentes, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013 ou outra que vier a substituir.

O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá alterar o vínculo de sua Unidade SES-GO com o CEP institucional credenciado, redistribuindo a Unidade, objetivando a melhoria na qualidade do atendimento às demandas de ensino e pesquisa, e adequação às normativas vigentes. Tal alteração será promovida pela SESG, após análise de viabilidade técnica, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, e posterior comunicação oficial ao **PARCEIRO PRIVADO**.

Caso haja mudança de **PARCEIRO PRIVADO**, este, deverá garantir durante a transição, de forma oficial e justificada, a continuidade da apreciação dos protocolos de pesquisas e das atividades inerentes ao bom funcionamento do CEP institucional credenciado de sua Unidade.

O **PARCEIRO PRIVADO**, deve informar a SES-GO e à CONEP, de forma oficial e justificada, a impossibilidade de atuação do CEP institucional credenciado durante o período de transição, conforme estabelecem as normas regulamentares do CNS/CONEP.

No caso de substituição parcial ou total dos membros (Coordenadores, Secretária e Pareceristas) do CEP institucional credenciado da Unidade, deve ser informado de forma oficial e justificada, previamente à SES-GO e à CONEP, para que seja garantida a continuidade das avaliações éticas aos protocolos de pesquisa em andamento. E que somente retornará as atividades após a análise documental da CONEP e SES-GO.

Durante o período em que o CEP institucional estiver com as atividades suspensas, os protocolos de pesquisas devem ser cadastrados sob o CNPJ da SES-GO e encaminhados ao CEP CENTRAL da SES-GO.

Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

A seleção de preceptores, tutores e coordenadores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição. Esses profissionais deverão ser integrados à rotina e atividade da unidade hospitalar.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normativas referentes aos Programas.

O **PARCEIRO PRIVADO** deve assegurar em seus contratos de prestação de serviço e/ou trabalho as atividades de ensino, pesquisa e preceptoria que são realizadas na unidade hospitalar.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, compatíveis com os valores praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.

As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.

Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar, as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, quando devidamente implantadas, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com o **PARCEIRO PRIVADO**.

O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

O Processo Seletivo será conduzido por parceiro previamente conveniado ou contratado exclusivamente para essa finalidade com experiência na aplicação de prova e acompanhado pela SESG por meio da Assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

A SESG/SES-GO em parceria com o grupo técnico será responsável por avaliar os requisitos técnicos da entidade que deseja firmar parceria ou contrato para a execução do processo seletivo.

O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014.

O valor a que se refere o item anterior será acompanhado pela Gerência de Gestão de Pessoas da Superintendência de Gestão Integrada, conforme descrito no Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, podendo ser variável conforme alteração legal do vencimento inicial do cargo ocupacional, bem como em virtude de remanejamento definido pela SES/GO, em concordância com o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

O profissional contratado pelo regime celetista para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus à gratificação conforme descrito no item anterior, em razão da equidade.

As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO atualmente tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em Portaria Interministerial (MEC/MS).

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar, obrigatoriamente, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU, quando os programas estiverem efetivamente implantados.

Novos programas de residência serão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde. As implantações ocorrerão em parceria com a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, por meio de suas Comissões, contemplando a elaboração conjunta do Projeto Pedagógico.

Os supervisores dos novos programas serão de responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** conjuntamente com a COREME da respectiva unidade.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar atividades de educação permanente voltadas para qualificação dos coordenadores dos programas de residência médica e coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS), supervisores, tutores e preceptores.

Os temas deverão ser definidos em conjunto com a COREME e COREMU local da Unidade de Saúde.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, as Resoluções das Matrizes de Competências, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento de acordo com Resolução CNRM nº 16/2022 DE 30 DE SETEMBRO DE 2022, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Portaria 469/2020/SES-GO E Resolução CNRM nº 16/2022 DE 30 DE SETEMBRO DE 2022).

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter e, quando necessário, realizar contratação adicional de preceptores para que as atividades da residência possam ser realizadas de acordo com as normas da CNRM, mantendo-se a relação preceptor/residente.

Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm.

As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica, o número de vagas quando autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade do ensino, da pesquisa e da gestão oferecidos pela instituição, garantindo os recursos necessários ao desenvolvimento dos PRMs e das atribuições da COREME.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de campo de prática entre as residências médicas de outras Unidades da SES, caso necessário, para complementação da prática pedagógica, conforme solicitação da COREME.

Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS) deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS e PRMS/SES-GO).

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade de Saúde, responsável pela manutenção e desenvolvimento do funcionamento dos programas composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, o Coordenador do PRAPS/PRMS, sendo um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde. Sendo sua atuação exclusiva às atividades da coordenação.

O Tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/PRMS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS/PRMS.

Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS/PRMS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhá-lo.

Todos os profissionais em exercício no estabelecimento de saúde devem ter conhecimento de que o mesmo desenvolve atividades de ensino. E, portanto, devem cooperar com o processo de aprendizagem dos residentes.

O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS/PRMS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis. Na ausência de profissionais efetivos na unidade ou que atendam aos requisitos para o cargo, a unidade assistencial deverá conduzir seleção interna ou processo seletivo para o cargo de coordenador.

Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção, preferencialmente, entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

A seleção de Preceptores , Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

A seleção de preceptores e tutores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e, preferencialmente, como profissional em exercício na instituição.

Nos PRAPS e PRMS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária presencial, exclusiva ao cargo, de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS/PRMS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES/GO.

Os Profissionais no cargo de Tutoria com carga horária superior a 30 (trinta) horas semanais deverão exercer suas atividades, exclusivamente, na COREMU Local.

Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, obrigatoriamente, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o parágrafo 1º do artigo 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.

O estabelecimento de saúde poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.

Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas quando autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

DOS RECURSOS FINANCEIROS

O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO.

Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

Ocorrendo a situação descrita no anterior, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

Quando da implantação e execução dos Programas de Residência, a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás apresentará a estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. Quando houver repasse das bolsas diretamente ao residente médico ou residente multiprofissional, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

A estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO é apresentada em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. No entanto, considerando o repasse do valor da bolsa diretamente ao residente médico, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

O quantitativo de bolsas custeadas pela SES-GO e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada pela SESG.

Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, incluídos no custeio mensal da unidade hospitalar.

Para a alimentação deverá ser garantido, de acordo com a carga horária, 02 (duas) pequenas refeições e 01 (uma) grande refeição.

Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso apresentadas, a SESG, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

ESTÁGIOS CURRICULARES

Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008 e Portaria nº 1.096/2023 – SES/GO, de 22 de maio 2023 ou outras que venham substituí-las.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.

A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada exclusivamente pela SESG, de acordo com a legislação vigente e ocorrerá conforme Edital de Chamada Pública, a ser publicado pela SES-GO, com o intuito de classificar as Instituições de Ensino que possuam curso da área da saúde, previamente cadastradas.

O quantitativo de vagas ofertadas será definido pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG conjuntamente com as Unidades Administrativas e/ou Assistenciais de Saúde da SES-GO, levando-se em consideração a capacidade instalada de cada local.

O número máximo de vagas de estágio considerará o quadro de pessoal assistencial das entidades concedentes de estágio, que deve atender a proporção de até 20% de estagiários para número superior a 25 (vinte e cinco) trabalhadores.

Os alunos serão encaminhados para as Unidades Assistenciais de Saúde por meio da Coordenação de Estágio (CEST) da SESG, após preenchimento da ficha de inscrição e assinatura do termo de compromisso, no qual deverá constar o número de apólice de seguro.

A Diretoria de Ensino e Pesquisa ou equivalente, da unidade administrativa ou de saúde, ficará responsável pela distribuição interna dos estagiários, em conjunto com a SESG/SES-GO, após o resultado final do Chamamento Público.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Estágio, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Educação Permanente em Saúde da Unidade de Saúde (PAEPS/US) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAEPS/US deve ser validado e aprovado pela SESG.

O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAEPS/US à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Contrato de Gestão ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, quadrimestralmente, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, bimestralmente.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

ANEXO Nº III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2023 - SES/GGP-SGI-03087

Este anexo objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução da Parceria e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. É composto por duas partes **Especificações Técnicas,** que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e **Quadro de Servidores cedidos**.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DA GESTÃO DO TRABALHO E DOS SERVIDORES CEDIDOS

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais;

Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), na área médica e de enfermagem com registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Goiás. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS;

Disponibilizar de equipe médica e multiprofissional em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços composta por profissionais das especialidades exigidas, habilitados com título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, e outras instruções normativas, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Instrumento.

Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e aos serviços a serem prestados;

Assegurar o desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE;

Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda às condições mínimas necessárias ao descanso dos colaboradores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão;

Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado e, sempre que solicitado, disponibilizá-lo para leitura e migração do banco de dados;

Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade;

Atentar-se que, em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte (II) Quadro de Servidores cedidos, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO;

Estar ciente de que o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido instrumento, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias;

Ter ciência de que para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do Instrumento;

Considerar que a dedução de que trata o item 18.1.12 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à remuneração do servidor substituído (salário e encargos legais), no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

Atentar-se para o fato de que o **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos. (Ofício circular definindo procedimentos e documentos comprobatórios, ex.: contrato, cópia RPA, frequência);

Utilizar os valores de mercado da região ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 3 (três) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados, não podendo ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual, independente da forma de contratação;

Comprovar e responder mensalmente pelo pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do Instrumento de ajuste para eximir-se destas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica;

Assegurar a execução da Avaliação Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e da Avaliação de Desempenho Individual a serem realizadas pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente;

Aderir e alimentar o sistema de informação disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados de modo a permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**;

Alimentar periodicamente o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (ESocial), especialmente, os códigos S-2210, S-2220 e S-2240;

Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT.

O **PARCEIRO PRIVADO** poderá indicar o retorno ao **PARCEIRO PÚBLICO** de servidor cedido em exercício na Unidade sob seu gerenciamento desde que motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido, mediante anuência do **PARCEIRO PÚBLICO**;

Conforme interesse e fundamentação da administração Pública poderá, excepcionalmente, ceder servidor público para o **PARCEIRO PRIVADO** que deverá integrá-lo ao serviço da Unidade;

O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento;

Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos e fluxos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos;

É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horários, desde que não haja conflito de interesses;

É vedada a contratação pelo **PARCEIRO PRIVADO** de colaborador, em cargo de confiança ou em comissão, que possua vínculo de matrimônio, união estável ou parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, com os seguintes agentes públicos: Governador do Estado, Vice-Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, para quaisquer serviços relativos ao Instrumento de Ajuste;

O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder à contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade;

Poderá o **PARCEIRO PRIVADO** atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade cabendo ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos – RHNet promovendo a dedução dos repasses mensais ao **PARCEIRO PRIVADO**, mediante regulamentação da SES-GO;

Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido, deverá **PARCEIRO PRIVADO** comunicar o evento, no prazo de 10 (dez) dias contados do mesmo, para providências cabíveis ao caso;

Responsabilizar-se pela criação e manutenção de um núcleo de assistência aos trabalhadores que tiverem sofrido assédio comprovado, conforme determinado em normativa própria da SES-GO;

QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MA (HERSO) - Janeiro/2024.**

CARGOS	TOTAL DE SERVIDORES CEDIDOS	VALOR ESTIMADO POR CARGO
Assistente Social - Lei 22.524	06	
Assistente Técnico de Saúde - Lei 22.524	45	
Auxiliar de Radiologia - QT - 18.464	02	
Auxiliar de Serviços Gerais - 18.464	38	
Auxiliar Técnico de Saúde - QT - 18.464	13	
Biomédico - Lei 22.524	03	
Cirurgião-Dentista - Lei 22.524	02	
Enfermeiro - Lei 22.524	14	
Farmacêutico - Lei 22.524	04	
Médico - Lei 22.524	03	
Nutricionista - Lei 22.524	01	
Técnico em Enfermagem - Lei 22.524	148	R$
Técnico em Laboratório - Lei 22.524	04	
Técnico em Radiologia - Lei 22.524	09	
TOTAL GERAL ESTIMADO*	**292**	**R$**
MÉDIA CUSTO ESTIMADO MENSAL**		**R$**

Fonte: RHNet Ref:janeiro/2024.

**** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos d RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de benefícios.***

***** Média calculada com base nos valores mensais dos últimos 12 meses (Ref. fevereiro/2023 a janeiro/2024).***

No ano de 2023 tiveram os seguintes reajustes:

Portaria Nº 1.011, de 04 de março de 2023, que concede evolução funcional aos servidores;

Portaria Nº 2727, de 07 de dezembro de 2023, que concede evolução funcional aos servidores;

Lei nº 21.960, de 25 de março de 2023, que concede a revisão geral anual dos vencimentos, dos subsídios e dos proventos do pessoal civil e militar, ativo, inativo e pensionista, inclusive empregados públicos, do Poder Executivo estadual; e, 2,92% (noventa e dois centésimos por cento), a partir de 1º de outubro de 2023, sobre os valores de tabelas, proventos e pensões vigentes após a aplicação do inciso I deste artigo.

ANEXO Nº IV/2023 - SES/CECES-21759

ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL PARA O HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO

Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a estimativa do custeio operacional do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, o qual será objeto de aditivo de prorrogação contratual.

Para o **cálculo estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I - Especificações Técnicas - HERSO elaborado pela Gerência de Atenção Especializada da Superintendência de Políticas e Atenção à Saúde – GERAS/SPAIS.

Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar via SIGUS/SGH ou outra forma requerida pela SES-GO, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE HOSPITALAR**.

As informações acima mencionadas também serão avaliadas por meio dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos estabelecidos por esta. Nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

A estimativa dos custos operacionais do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO** foi segmentada conforme **possíveis linhas de contratação**. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde - SPAIS, no Anexo I. Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, recorreu-se também às comparações com outras unidades do Estado de Goiás, com o perfil assistencial semelhante ao que se pretende neste ajuste, como forma de orientação.

Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu-se os seguintes critérios:

Capacidade física instalada e operacional da Instituição;

Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)* da própria unidade e de outros estabelecimentos, além da série histórica extraída da Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC), que já tem acompanhado parte dos dados validados pelo Sistema Integrado de Gestão de Unidades de Saúde (SIGUS). Ressalta-se a prática de uso da série histórica, e não do último mês de referência, tendo em vista a sazonalidade da saúde e até mesmo dos perfis de encaminhamentos para a instituição;

Tempo Médio de Permanência, por clínica/perfil e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes, em comparação ao apresentado pela SPAIS;

Visitas técnicas para aprofundamento do conhecimento do perfil de execução de ações e serviços da unidade; e

Legislação relacionada ao perfil de atendimento;

Benchmarck ofertado pela Consultoria Planisa referente ao ano de 2021, com a aplicação do índice FIPE Saúde em cada uma das linhas de serviços;

Índice de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico externo conforme demanda apresentada, em reuniões técnicas, pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, conforme as redes e políticas de atenção à saúde apresentadas pela SPAIS.

Considerou-se também a possibilidade das Internações Hospitalares para cuidados intensivos, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente. E, ainda, os atendimentos de urgência e emergência, conforme série histórica de janeiro a dezembro de 2022.

MÉTODO DE CÁLCULO

Metodologia

Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

Para o cálculo, a consultoria Planisa forneceu os percentis relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do *benchmark* do sistema *Key Performance Indicators for Health*, ano 2021, aplicando o índice FIPE Saúde, ao final.

Os hospitais pertencentes à base de dados da Planisa utilizam-se justamente da metodologia de custeio por absorção plena, com padronização no processo de coleta e apuração e periodicidade mensal. Sabendo-se disso, ressalta-se que o Percentil 25 (P25) se refere à posição 25, enquanto o Percentil 50 (P50) se refere à mediana de custo unitário para a mesma distribuição de frequência e o Percentil 75 (P75) faz referência à posição 75 dos custos unitários, considerando uma distribuição de 100 (cem) unidades.

O P50 constitui medida intermediária para precificação, sendo a atualmente indicada para o desenvolvimento das ações e serviços nas unidades hospitalares e/ou ambulatoriais do Estado de Goiás, o que será acompanhado pela equipe técnica de acompanhamento e monitoramento da unidade e da execução do Contrato de Gestão. Desta feita, o percentil sugerido foi o P50, que é mais econômico que o P75, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

Esta unidade possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade. Ademais, possui perfil de média e alta complexidade, o qual também tende a m custo mais elevado em virtude da especificidade. Contudo, sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo benchmark nacional com os dados presentes nos relatórios do KPIH no território goiano ou, quando for o caso, com os próprios preços praticados pela unidade.

Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foi disponibilizado algoritmo de base de cálculo pela consultora Planisa, sendo consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade.

Conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial.

Seleção de hospitais (N) na base de dados da Planisa (sistema KPIH) com perfis semelhantes a Unidade.

Memória de Cálculo

O critério usado para o custeio das "**Internações Hospitalares**" é o paciente-dia e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias e de 90% para as UTI's. Na rotina de monitoramento e avaliação da unidade, não se observou no período utilizado como referência, por meio dos relatórios do KPIH, superlotação nas unidades de internação. Desta feia, o custeio estimado para as unidades de internação e de terapia intensiva foram obtidos multiplicando-se o volume de pacientes-dia pelo custo unitário da diária. Para conferência, analisou-se o número de saídas em concordância com o tempo médio de permanência informado tanto no Anexo I como no SIGUS, obtendo-se a compatibilidade dos dados. Para o cálculo mensal, utilizou-se a média de 30,4 dias.

Internação	Nº leitos	TOH	Quantidade dias do mês	Paciente-Dia Projetado
UI Clínica Médica Adulto	08	85%	30,4	207
UI Clínica Médica Pediátrica	08	85%	30,4	207
UI Clínica Cirúrgica	18	85%	30,4	465
UI Clínica Ortopédica	35	85%	30,4	904
UTI Adulto	10	90%	30,4	274

UTI Adulto 2	08	90%	30,4	219
Fonte: KPIH. Relatório de Produção (2022) e Relatório de quantidade de leitos/Anexo I - SPAIS.				

O custeio do **Pronto Socorro** considerou a série histórica produzida pela própria unidade entre agosto/2023 e julho/2023 no Relatório de Produção (KPIH), em virtude das possíveis variações e sazonalidades, obtendo-se a média de 782 atendimentos por mês. Multiplicou-se esse quantitativo pelo valor constante no Orçamento Operacional Gradual da Planisa, referente ao ano de 2021, que é a base usada nesta precificação.

Serviço	Nº de atendimentos projetados/mês
Atendimento de urgência e emergência	782

O custeio das **Cirurgias** foi estimado multiplicando as saídas cirúrgicas pelo número de horas necessárias para realizar as cirurgias projetadas e, posteriormente, pelo custo unitário da hora cirúrgica. Considerou-se a série histórica de cirurgias de urgência realizadas entre agosto/2023 e julho/2023, multiplicando-se o valor pelo tempo médio cirúrgico praticado na unidade. O levantamento das horas foi feito por meio de consulta ao relatório "Demonstração dos custos unitários dos centros cirúrgicos", extraído no sistema KPIH, relativo ao período supracitado e inerente à própria unidade, que apurou a média de 555 horas e 12 minutos, assim como 309 cirurgias. Assim, temos:

Serviço	Horas cirúrgicas projetadas/mês
Cirurgias	646,20 horas

O custeio das **Consultas Ambulatoriais** foi estimado multiplicando a quantidade de consultas estabelecidas no Anexo I pelo respectivo custo unitário. O quantitativo de Consultas Médicas e Multiprofissionais foi fornecido no Anexo I.

Serviço	Quantitativo (Meta e Projeção*)
Consulta médica	800
Consulta não médica	873

O custeio do **Hospital dia** foi estimado multiplicando o quantitativo estimado Anexo I pelo seu respectivo custo unitário.

Serviço	Leitos	Atendimentos
Hospital dia	04	88
Para os leitos dia, usou-se a quantidade estimada pela SPAIS. Trata-se de atendimento ambulatorial conforme informado no Anexo I. Assim, o quantitativo estimado foi estimado pelo custo unitário.		

O custeio do **"Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)"** Interno foi obtido multiplicando-se o quantitativo estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário. O quantitativo foi estimado considerando a média de produção de 01 a 07/2023 demandados pelos setores de internação, e considerado média de produção de 08/2022 a 07/2023 demandados pelos demais setores. O menor período para o setor de internação decorre da reorganização do centro de custo realizada em janeiro/2023, que passou de "UI Clínica Cirúrgica" para "UI Clínica Médica-Cirúrgica Adulto". Dessa forma, o recorte possibilita encontrar com maior precisão o número de exames demandados pela Clínica Médica-Cirúrgica Adulto, sem precisar de manusear dados para unificar produções dos dois centros de custos. Com dos devidos cálculos, estimou-se a seguinte produção de serviços:

Serviço	Projetado/mês
Agência Transfusional	155
Análises Clínicas	12.245
Anatomia Patológica	50
Eletroencefalografia	1
Endoscopia	5
Raio X	1.304
Tomografia	212
Ultrassonografia	8
Fisioterapia	6.483

Fonoaudiologia	1.164
Psicologia	1.421
Terapia Ocupacional	1.249
Hemodiálise	45
Eletrocardiograma	115
CPRE*	5
**Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)*	

O custeio do **Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) Externo** traz a meta estimada pelo Anexo I, conforme necessidade locorregional, a qual foi multiplicada pelo respectivo custo unitário. A série histórica foi analisada, assim como o volume de exames a serem disponibilizados para pacientes externos devidamente regulados para a unidade.

Serviço	Meta
CPRE*	15
Raio X	700
Eletrocardiograma	100
Tomografia Computadorizada	300
**Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)*	

VALOR MENSAL ESTIMADO

Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, é de **R$ 5.500.744,97** (cinco milhões, quinhentos mil setecentos e quarenta e quatro reais e noventa e sete centavos), no percentil 50, considerando a aplicação da FIPE Saúde, de 8,16% (extraída de https://www.fipe.org.br/pt-br/indices/ipc/#indice-mensal&macum, em 29 de março de 2023).

Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

HOSPITAL: HERSO			Valores com aplicação do índice FIPE Saúde acumulado de jan a dez 2022, em 8,16%.					
SERVIÇOS HOSPITALARES (c/HM e c/ Mat/Mec	CRITÉRIO	Quantidade	P25 Unitário	P50 Unitário	P75 Unitário	P25 Total	P50 Total	P75 Total
1. INTERNAÇÃO								
1.1 UI Cirúrgica (18 leitos)	Pcte dia	465	659,07	738,30	1.003,39	306.467,55	343.309,50	466.576,35
1.2 UI Ortopédica (35 leitos)	Pcte dia	904	659,07	738,30	1.003,39	595.799,28	667.423,20	907.064,56
1.3 UI Clínica Médica (08 leitos)	Pcte dia	207	720,03	858,99	948,28	149.046,21	177.810,93	196.293,96
1.4 UI Pediátrica (08 leitos)	Pcte dia	207	805,13	1.112,66	1.312,74	166.661,91	230.320,62	271.737,18
1.5 UTI Adulto (10 leitos)	Pcte dia	274	2.140,19	2.460,79	3.239,58	586.412,06	674.256,46	887.644,92
1.6 UTI Adulto 2 (08 leitos)	Pcte dia	219	2.140,19	2.460,79	3.239,58	468.701,61	538.913,01	709.468,02
		2.276				2.273.088,62	2.632.033,72	3.438.784,99
2. EMERGÊNCIA								
2.1 Pronto Atendimento/Socorro	Atendimento	782	330,32	399,00	467,68	258.310,24	312.018,00	365.725,76
3. CIRURGIAS								
3.1 Cirurgias eletivas (200)	Horas Cirúrgicas	360,00	1.925,46	2.209,60	2.897,61	693.165,60	795.456,00	1.043.139,60
3.5 Demais cirurgias	Horas Cirúrgicas	286,20	1.925,46	2.209,60	2.897,61	551.066,65	632.387,52	829.295,98
		646,20				1.244.232,25	1.427.843,52	1.872.435,58
4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL								
4.1 Consulta Médica	Consulta	800	119,30	150,88	243,04	95.440,00	120.704,00	194.432,00
4.2 Consulta Multiprofissional	Consulta	873	40,99	85,99	118,98	35.784,27	75.069,27	103.869,54
						131.224,27	195.773,27	298.301,54
5. HOSPITAL DIA								
5.1 Hospital dia	Atendimento	88	542,75	901,62	920,23	47.762,00	79.342,56	80.980,24
6. SERVIÇOS DE SADT - INTERNO								
6.1 Agência Transfusional	Bolsas Transfundidas	155	212,97	302,09	360,61	33.010,35	46.823,95	55.894,55
6.2 Análises Clínicas	Exame	12.245	6,81	8,76	9,52	83.388,45	107.266,20	116.572,40
6.3 Anatomia Patológica	Exame	50	37,64	78,74	135,63	1.882,00	3.937,00	6.781,50
6.4 Eletroencefalografia	Exame	1	147,85	199,88	230,16	147,85	199,88	230,16
6.5 Endoscopia	Exame	5	526,96	682,27	1.083,01	2.634,80	3.411,35	5.415,05
6.6 Raio X	Exame	1.304	46,62	61,76	77,23	60.792,48	80.535,04	100.707,92
6.7 Tomografia	Exame	212	107,62	131,52	212,32	22.815,44	27.882,24	45.011,84
6.8 Ultrassonografia	Exame	8	79,39	88,58	112,16	635,12	708,64	897,28
6.9 Fisioterapia	Sessão	6.483	24,44	31,47	36,45	158.444,52	204.020,01	236.305,35
6.10 Fonoaudiologia	Sessão	1.164	32,02	44,35	58,51	37.271,28	51.623,40	68.105,64
6.11 Psicologia	Sessão	1.421	65,54	70,63	83,18	93.132,34	100.365,23	118.198,78
6.12 Terapia Ocupacional	Sessão	1.249	44,99	52,24	61,87	56.192,51	65.247,76	77.275,63
6.13 Hemodiálise	Sessão	45	358,98	587,74	1.274,99	16.154,10	26.448,30	57.374,55
6.14 Eletrocardiograma	Exame	115	18,28	31,26	49,21	2.102,20	3.594,90	5.659,15
6.15 CPRE*	Exame/proced.	5	1.988,69	2.292,80	3.131,50	9.943,45	11.464,00	15.657,50
		24.462				578.546,89	733.527,90	910.087,30
7. SERVIÇOS DE SADT - EXTERNO								
7.1 CPRE	Exame/proced.	15	1.988,69	2.292,80	3.131,50	29.830,35	34.392,00	46.972,50
7.2 Raio x	Exame/proced.	700	46,62	61,76	77,23	32.634,00	43.232,00	54.061,00
7.3 Eletrocardiograma	Exame	100	18,28	31,26	49,21	1.828,00	3.126,00	4.921,00
7.4 Tomografia Computadorizada com e ser	Exame	300	107,62	131,52	212,32	32.286,00	39.456,00	63.696,00
		1.115				96.578,35	120.206,00	169.650,50
CUSTEIO ESTIMADO						4.629.742,62	5.500.744,97	7.135.965,91
						P25	P50	P75

Referência Bibliográfica:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia. Ed. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006.

ANEXO Nº V/2023 - SES/CECES-21759

REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

A atividade assistencial a ser contratada será conforme Anexo I - Especificações Técnicas HERSO, da Gerência de Atenção Especializada da Superintendência de Políticas e Atenção à Saúde– GERAT/SAIS.

Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO:**

Internação:

Saídas clínicas (médica)

Saídas cirúrgicas

Saídas pediátricas

Cirurgias eletivas

Consultas ambulatoriais:

consulta médica na atenção especializada;

consulta multiprofissional na atenção especializada.

Hospital Dia

SADT Externo

Os Atendimentos de Urgência e Emergência; o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, assim como as internações em leitos de UTI adulto, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar a produção realizada.

As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

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

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

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

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

Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, a ser especificado no Anexo I, pela Gerência de Atenção Especializada da Superintendência de Políticas e Atenção à Saúde – GERAS/SPAIS.

SISTEMA DE REPASSE

Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, de acordo com o anexo IV, o custeio mensal estimado para a operacionalização do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, é de **R$ 5.500.744,97** (cinco milhões, quinhentos mil setecentos e quarenta e quatro reais e noventa e sete centavos), no percentil 50.

Do montante estimado mensalmente, a parte fixa, 90% (noventa por cento), corresponde ao valor de **R$ 4.950.670,47 (quatro milhões, novecentos e cinquenta mil seiscentos e setenta reais e quarenta e sete centavos)**, distribuído percentualmente de acordo com a METAS DE PRODUÇÃO estabelecidas no Anexo I, incluindo os exames internos aplicados nos serviços que compõem tais metas, nos termos indicados na seguinte TABELA I:

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO		
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO - METAS DE PRODUÇÃO		**PORCENTAGEM (%)**
Internação	Clínica cirúrgica	38,74%
	Clínica médica	6,80%
	Clínica pediátrica	8,82%
Cirurgias	Cirurgias eletivas	30,48%
Atendimento Ambulatorial	Consulta médica na atenção especializada	4,63%
	Consulta multiprofissional na atenção especializada	2,88%
Hospital Dia	Hospital dia (leito dia)	3,22%
SADT Externo	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)	1,24%
	Eletrocardiograma	0,02%
	Raio X	1,79%
	Tomografia Computadorizada	1,38%
TOTAL		**100%**

Do montante estimado mensalmente, a parte variável 10% (dez por cento) corresponde ao valor mensal de **R$ 550.074,50 (quinhentos e cinquenta mil setenta e quatro reais e cinquenta centavos)**, sendo vinculado à avaliação dos Indicadores de Desempenho e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO.

As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 24.3. já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no Anexo IV - Estimativa de Custeio.

A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, ou antes, mensalmente, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, ou mensal, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.

Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o **PARCEIRO PRIVADO** nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III, IV e V, a Organização Social de Saúde deverá encaminhar, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.

As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o **PARCEIRO PRIVADO** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

A cada período de 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

A cada período de 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênio e convalidação do Gestor da Pasta.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao semestre avaliado.

Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, o termo aditivo (caso exista), a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

CRITÉRIOS DE REPASSE

Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, MENSAL, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I - Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO** a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II, deste Anexo Técnico V.

TABELA II – REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO DO HERSO

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Internações Hospitalares Peso 54,36%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das internações
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das internações
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as internações
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as internações
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinados as internações
Cirurgias Eletivas Peso 30,48%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as cirurgias

	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as cirurgias
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinados as cirurgias
Atendimento Ambulatorial Peso 7,51%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as consultas
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as consultas
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado as consultas
Hospital Dia Peso 3,22%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual do hospital dia
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual do hospital dia
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado ao hospital dia
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado ao hospital dia
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado ao hospital dia
SADT Externo Peso 4,43%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames/procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames/procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames/procedimentos

AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% DO CONTRATO DE GESTÃO)

Os valores percentuais apontados no Anexo Técnico I – Indicadores de Desempenho, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados no mês ou nos meses subsequentes ao período de avaliação, que ocorrerá EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, MENSAL, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

Cada indicador de Desempenho acima descrito terá avaliada a sua performance calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM}=\frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM} = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A= Valor Atingido;

V_M= Valor da Meta.

Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM}= \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	10
80,00% até 89,99%	9

70,00% até 79,99%	8
60,00% até 69,99%	7
50,00% até 59,99%	6
< 50%	0

A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir:

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO. A Organização Social da Saúde deverá atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2009, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia da Controladoria-Geral do Estado para Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos.

Tabela IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100%
9 a 9,9 pontos	100%
8 a 8,9 pontos	90%
7 a 7,9 pontos	80%
6 a 6,9 pontos	70%
5 a 5,9 pontos	60%
Menor que 5 pontos	ZERO

DOS RESPONSÁVEIS PELOS ANEXOS TÉCNICOS

Ressalta-se que cada área técnica foi responsável pela elaboração de parte deste documento, conforme expertise e área de atuação, subscrevendo em comum o documento apenas para efeitos práticos. Neste sentido, o Anexo I - Especificações Técnicas foi elaborado pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde e pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, o Anexo II - Ensino e Pesquisa pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos, foi elaborado pela Gerência de Gestão de Pessoas / Superintendência de Gestão Integrada e os Anexos IV – Estimativa de Custeio e V – Sistema de Repasse, pela Gerência de Custos / Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios.

Documento assinado eletronicamente por **ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO**, **Usuário Externo**, em 27/05/2024, às 09:45, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 29/05/2024, às 12:08, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **60627308** e o código CRC **C87A4A04**.

Secretaria da Saúde - SES

Extrato do 1º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 20/2023-SES/GO (HECAD). Processo nº 202100010054420. Parceiro Público: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. Parceiro Privado: Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR. Objeto: Constituem objetos do presente termo aditivo: 1. Alteração do Anexo I, visando a ampliação no quantitativo de 10 (dez) leitos de UTI Pediátrica; 2. Ampliação de residência médica e multiprofissional conforme Anexo II; 3. Adequação do valor dos recursos financeiros referentes à folha de pagamento dos servidores cedidos conforme Anexo III; e 4. Alteração dos Anexos IV e V para adequação do valor referente ao custeio. Vigência: 30 de agosto de 2024 a 11 de abril de 2027. Valor: R$ 82.023.064,65 . Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043.2516.03.26000232.50. Signatários: Rasível dos Reis Santos Júnior - Secretário de Estado da Saúde. Lucas Paula da Silva - AGIR.

Protocolo 484451

EXTRATO DO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 101/2024-SES/GO. Processo nº 202300010023436. Parceiro Público: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. Parceiro Privado: Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE. Objeto: 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. Valor: R$ 219.527.382,24. Vigência: 36 (trinta e seis) meses contados a partir da publicação deste extrato no Diário Oficial do Estado de Goiás. Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043. 2516.03. 15000100. 50 e 2850.10.302.1043. 2516.03. 16000232. 50. Signatários: Rasível dos Reis Santos Júnior - Secretário de Estado da Saúde. Aluísio Parmezani Pancrácio - IPGSE.

Protocolo 484449



Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Termo de Colaboração nº 101/2024 - SES

Processo nº 202300010023436

Ajuste de Parceria na forma de Termo de Colaboração, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, CEP 75920-000.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº M-6 233.587/SSP-MG, inscrito no CPF nº 940.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0001-51, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO, brasileiro, casado, engenheiro, inscrito no CPF nº 159.938.598-81, portador da Cédula de Identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP, residente e domiciliado em Rio Verde - GO.

RESOLVEM, na forma da Lei federal nº 13.019/2014, no Edital de Chamamento Público nº 04/2023 e seus Anexos, celebrar o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO,** mediante as seguintes cláusulas e condições:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

1.1. O presente Termo de Colaboração reger-se-á por toda a legislação aplicável à espécie, e ainda pelas disposições que a completarem, cujas normas, desde já, entendem-se como integrantes deste, em especial pelas normas gerais da Lei federal nº 13.019/2014, bem como pelas demais normas citadas no Edital de Chamamento Público nº 04/2023, as quais o PARCEIRO PRIVADO declara conhecer e se obriga a respeitar, ainda que não transcritas neste instrumento.

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO

2.1 O presente Termo de Colaboração tem por objeto 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, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de trabalho e Anexos Técnicos, parte integrante do Edital de Chamamento Público nº 04/2023.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

3.1. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO:**

3.1.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Edital de Chamamento e em sua Proposta de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** exclusivamente na execução do seu objeto.

3.1.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **TERMO DE COLABORAÇÃO,** observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

3.1.6. Gravar com cláusula de inalienabilidade os equipamentos e materiais permanentes adquiridos com recursos provenientes deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** e formalizar promessa de transferência da propriedade à administração pública, na hipótese de sua extinção.

3.1.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração.

3.1.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas.

3.1.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução.

3.1.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas.

3.1.12. Prover os serviços e os equipamentos especificados no Edital de Chamamento e na sua Proposta Técnica, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e da Proposta de Trabalho.

3.1.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso.

3.1.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho.

3.1.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento.

3.1.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, necessários à execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, observando os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo, devendo ainda:

3.1.16.1. prever a realização de procedimentos abertos e acessíveis ao público, com prazo mínimo de 5 (cinco) dias úteis entre a publicação e o envio das propostas no caso de contratações comuns e 10 (dez) dias úteis para contratações complexas e/ou de grande vulto;

3.1.16.2. prever que a vigência dos contratos com terceiros celebrados pela organização da sociedade civil esteja limitado a vigência deste Termo de Colaboração e seus aditivos.

3.1.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da publicação deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

3.1.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas.

3.1.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da publicação deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada.

3.1.20. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar as modalidades de contratação de mão de obra permitidas na legislação brasileira, inclusive o previsto na Lei federal nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, com a redação dada pela Lei federal nº 13.429, de 31 de março de 2017, para contratar recursos humanos para atividades meio e fim do objeto do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, incluindo-se aí as atividades assistenciais das unidades de saúde.

3.1.21. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento.

3.1.22. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta de Técnica/Trabalho, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.

3.1.23. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO,** desde que não sejam superiores ao teto estabelecido no art. 92 da Constituição Estadual.

3.1.24. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

3.1.25. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis.

3.1.27. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações.

3.1.28. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técnica apresentada.

3.1.29. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação.

3.1.30. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.31. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta **PARCERIA**, por meio de registro de ponto e de frequência.

3.1.32. Manter, durante a execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas no Chamamento Público.

3.1.33. Manter durante a execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta de Técnica/Trabalho.

3.1.34. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.35. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.35.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **TERMO DE COLABORAÇÃO.**

3.1.36. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas.

001256

3.1.37. Emitir e apresentar prestação de contas parciais, ao término de cada exercício, no prazo de até 90 dias, ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, ao **PARCEIRO PÚBLICO**, devidamente aprovada pela Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada na Cláusula Décima Oitava deste termo.

3.1.38. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros.

3.1.39. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros.

3.1.40. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização.

3.1.41. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989).

3.1.42. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas.

3.1.43. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, com envio mensal de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.43.1. Verificar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.44. Publicar até o dia 31 de janeiro o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior.

3.1.45. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Monitoramento e Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes.

3.1.45.1. A ausência de resposta, ou mesmo a inobservância ao prazo assinalado para fornecimento das informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, além de consistir em infração ao presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, poderá ser enquadrada na conduta descrita no inciso V do art. 5º da Lei nº 18.672/2014, dispondo: "dificultar atividade de investigação ou fiscalização de órgãos, entidades ou agentes públicos, ou intervir em sua atuação, inclusive no âmbito das agências reguladoras e dos órgãos de fiscalização estaduais", aplicáveis nos termos da referida Lei, à pessoa jurídica aos seus administradores e dirigentes, bem como os agentes que, na prática, exerçam atos característicos de gestão, ainda que não constem formalmente como administradores.

3.1.46. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor.

3.1.47. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria.

3.1.48. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas.

3.1.49. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em contas bancárias específicas isentas de tarifa bancária, conforme item 8.8, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado.

3.1.50. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintos e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas.

3.1.51. Possuir um CNPJ específico (filial) e contas bancárias individualizadas para cada **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.51.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá observar as normas para movimentação dos recursos transferidos pela SES aos Parceiros Privados, instituídas mediante a Portaria nº 994/2023 - SES.

3.1.51.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá abrir contas correntes bancárias específicas isentas de tarifa bancária na Caixa Econômica Federal, agência 0012 (Agência Anhanguera), nos termos do item 8.8 deste Termo, apresentando o extrato zerado à Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios.

3.1.51.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá providenciar a abertura do CNPJ específico (filial) e contas bancárias individualizadas de que trata o item 3.1.51 no prazo de até 60 (sessenta) dias, após a assinatura do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.53. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

3.1.54. Manter, pelo período mínimo de 10 (dez) anos, contado do dia útil subsequente ao da prestação de contas, no mínimo, os documentos originais que compõem a prestação de contas, conforme Anexo II deste termo.

3.1.54.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001.

3.1.55. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

3.1.56. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

3.1.57. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento.

3.1.57.1. Encaminhar mensalmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão.

3.1.57.2. A responsabilidade pelos pagamentos estabelecidos no item 3.1.57 é exclusiva do **PARCEIRO PRIVADO**, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do **PARCEIRO PÚBLICO** a inadimplência da organização da sociedade civil em relação aos referidos pagamentos, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/14.

3.1.58. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão.

3.1.58.1. A responsabilidade pelos pagamentos estabelecidos no item 3.1.58 é exclusiva do **PARCEIRO PRIVADO**, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do **PARCEIRO PÚBLICO** a inadimplência da organização da sociedade civil em relação aos referidos pagamentos, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/14.

3.1.59. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do parceiro público.

3.1.60. Atender as metas pactuadas e definidas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.61. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao **PARCEIRO PÚBLICO**, cuja inexatidão será considerada falta grave.

001257

3.1.62. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas.

3.1.63. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria.

3.1.64. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior.

3.1.65. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria.

3.1.66. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas.

3.1.67. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros.

3.1.68. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros.

3.1.69. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal.

3.1.70. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ ou discriminatórias.

3.1.71. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los.

3.1.72. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido.

3.1.73. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas.

3.1.74. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **TERMO DE COLABORAÇÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados no item 14 deste termo.

3.1.75. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

3.1.76. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada.

3.1.77. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do **TERMO DE COLABORAÇÃO** a que alude, a confirmação **pelo PARCEIRO PRIVADO** o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

3.1.78. Cumprir rigorosamente a Lei Federal nº 13.019/2014.

3.1.79. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 8.11.

3.1.80. Observar o disposto nos arts. 4º-A, 4º-B, 5º-A, 5º-B, 5º-C e 5º-D, da Lei Nacional nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, na contratação de trabalhador autônomo ou prestador titular de pessoa jurídica, qualquer que seja o ramo de atuação, para atividade meio ou fim, inclusive assistencial, objeto do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.81. Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público.

3.1.82. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter todas as condições de habilitação fiscal e trabalhista previstas no Edital durante o curso do presente TERMO.

4. CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

4.1. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

4.2. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Nona deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

4.3. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra.

4.4. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

4.5. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

4.6. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

4.7. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao **PARCEIRO PRIVADO** segundo as regras definidas pelo Poder Público Estadual, mormente o disposto no art. 71 da Lei nº 20.756/2020, bem como no §1º do art.42 c/c art. 142 da Constituição Federal.

4.8. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal.

4.9. Nomear Comissão de Monitoramento e Avaliação deste **TERMO DE COLABORAÇÃO.**

4.10. Manter os processos de seleção (Chamamento Público) do **PARCEIRO PRIVADO**, bem como da contratação e da execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

4.11. Manter os processos de prestação de contas deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 10 (dez) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

4.12. Manter o processo de rescisão da parceria, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contando, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO.**

4.13. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **TERMO DE COLABORAÇÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados no Anexo III deste termo.

4.14. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados abaixo:

4.14.1. Parecer conclusivo, emitido pelo responsável pelo órgão ou entidade supervisora, com descrição da análise efetuada sobre as contas, atestando a regularidade da aplicação dos recursos públicos repassados à entidade no decorrer do exercício, evidenciando, dentre outras informações:

a) identificação da entidade contratada com as seguintes informações:

a.1) razão social;

a.2) CNPJ;

a.3) natureza jurídica;

a.4) área de atuação;

a.5) sítio oficial da entidade na rede mundial de computadores (internet);

b) declaração que recebeu a prestação de contas pela organização da sociedade civil assinada por seu dirigente máximo contendo a data da apresentação e o período de referência;

c) objeto e vigência do termo de colaboração;

d) comparativo entre os valores pactuados mensais e os efetivamente repassados durante o exercício com as justificativas de eventuais diferenças;

e) comparativo entre os valores efetivamente repassados nos últimos três exercícios, quando houver;

f) comparativo do gasto anual com pessoal em relação aos gastos dos últimos dois exercícios, quando houver, identificando separadamente as despesas com contratados e cedidos e respectivos encargos;

g) demonstração da vantajosidade efetivamente obtida com a descentralização da prestação do serviço público, a qual deverá abranger a economia financeira e ganhos de eficiência técnica, de forma a evidenciar a relação custo-benefício e fazendo, ainda, referência às metas e indicadores estabelecidos;

h) comparativo das metas previstas e realizadas, contemplando:

h.1) indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas;

h.2) a execução dos programas de trabalho proposto pela Organização da Sociedade Civil, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizaram o pleno cumprimento das metas estabelecidas;

h.3) indicadores de gestão que permitam aferir a eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade da atuação da entidade, levando-se em conta os resultados quantitativos e qualitativos alcançados pela instituição;

h.4) as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas.

i) irregularidades detectadas na execução do termo de colaboração e eventuais sanções aplicadas;

j) informações acerca da abertura de tomada de contas especial durante o exercício;

k) informações sobre a publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do termo de colaboração, contendo a data de publicação;

l) endereço da página do sítio oficial da entidade na rede mundial de computadores (internet) onde se encontram divulgados os relatórios emitidos pela comissão de monitoramento e avaliação;

m) cumprimento das determinações expedidas pelo Tribunal de Contas e pela Controladoria-Geral do Estado, caso haja.

4.14.2. Relatório da auditoria externa, sobre as Demonstrações Contábeis, no sentido de verificar se estas refletem adequadamente a posição patrimonial e financeira, o resultado das operações, as mutações do patrimônio líquido e os fluxos de caixa da contratada examinada, bem como em relação a evolução do passivo trabalhista e/ou previdenciário e o seu impacto nas contas auditadas.

4.14.3. Certificado de Auditoria do órgão central de controle interno, evidenciando os aspectos de eficácia, eficiência, efetividade, economicidade, legalidades e legitimidade na execução do termo de colaboração.

4.14.4. Nota técnica do órgão central de controle interno, a ser enviada diretamente ao Tribunal, por meio do Portal TCENet, disponível no endereço www.tce.go.gov.br, evidenciando a aplicabilidade dos indicadores quanto aos aspectos de eficácia, eficiência, efetividade, economicidade, bem como a legalidade e legitimidade do processo de prestação de contas do termo de colaboração, além da avaliação quanto:

a) à adequada formalização e tempestividade na prestação de contas anual, inclusive sua disponibilização aos órgãos competentes em homenagem ao princípio da transparência pública;

b) aos trabalhos desenvolvidos pela comissão de monitoramento e avaliação, realizados pelo PARCEIRO PÚBLICO.

4.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão adotados.

5. CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

5.1. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

5.2. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação.

5.3. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

5.4. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais.

5.5. Divulgar as ações/resultados advindos do **TERMO DE COLABORAÇÃO** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

5.6. Divulgar pela internet os meios de representação sobre a aplicação irregular dos recursos envolvidos na parceria.

6. CLÁUSULA SEXTA – DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, E DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

6.1. O **PARCEIRO PÚBLICO** promoverá o monitoramento e a avaliação do cumprimento do objeto da parceria por meio da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la).

6.1.1. Para a implementação do disposto no item anterior, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá valer-se do apoio técnico de terceiros, delegar competência ou firmar parcerias com órgãos ou entidades que se situem próximos ao local de aplicação dos recursos.

6.2. Diariamente, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) deverá acompanhar os dados inseridos pela organização da sociedade civil nos sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

6.3. Mensalmente, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) emitirá relatório parcial de execução do objeto, em que avaliará:

6.3.1. o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas, de que trata o item 3.1.36;

001259

6.3.2. o relatório de produção extraídos dos sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

6.3.3. os indicadores de desempenho extraídos dos sistemas informatizados de gestão adotados pelo PARCEIRO PÚBLICO;

6.3.4. cumprimento das obrigações trabalhistas.

6.4. Trimestralmente, ou em prazo inferior conforme determinado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) procederá a consolidação dos relatórios parciais de execução do objeto do período findo, com a indicação dos valores a serem glosados, se for o caso, devendo encaminhá-lo ao Gestor do termo de colaboração.

6.5. Semestralmente, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) emitirá relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, e o submeterá à Comissão de Monitoramento e Avaliação designada, que o homologará, independentemente da obrigatoriedade de apresentação da prestação de contas devida pela organização da sociedade civil.

6.5.1. O relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, deverá conter:

a) descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;

b) análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho;

c) valores efetivamente transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

d) análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela organização da sociedade civil na prestação de contas, quando não for comprovado o alcance das metas e resultados estabelecidos no respectivo termo de colaboração;

e) análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

6.6. O PARCEIRO PÚBLICO designará a Comissão de Monitoramento e Avaliação através de Portaria expedida pelo titular da Secretária de Estado da Saúde, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura do Termo de Colaboração.

6.7. Os resultados atingidos com a execução deste termo de colaboração obtidos na forma dos itens 6.3, 6.4 e 6.5, nortearão as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

6.8. O PARCEIRO PÚBLICO promoverá o acompanhamento e a fiscalização da parceria por meio de Gestor/Suplente designado através de Portaria expedida pelo titular da Secretária de Estado da Saúde, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura do Termo de Colaboração.

6.8.1. O Gestor, poderá solicitar a designação de um ou mais Fiscais/Suplentes para prestar apoio técnico e operacional, especialmente quando a execução ocorrer em município diverso de sua lotação e/ou demandarem conhecimentos técnicos específicos.

6.8.1.1. A designação do(s) Fiscal(ais) deverá ocorrer por meio de Portaria expedida pelo titular da Secretaria de Estado da Saúde.

6.9. São obrigações do Gestor:

6.9.1. acompanhar e fiscalizar a execução da parceria;

6.9.2. informar ao seu superior hierárquico a existência de fatos que comprometam ou possam comprometer as atividades ou metas da parceria e de indícios de irregularidades na gestão dos recursos, bem como as providências adotadas ou que serão adotadas para sanar os problemas detectados;

6.9.2.1. as irregularidades cometidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** ao longo da execução da parceria serão preliminarmente apuradas pela área técnica responsável pela gestão e/ou fiscalização, que notificará a parceira privada para que, no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados do recebimento do aviso, apresente justificativas ou providencie a regularização.

6.9.2.2. providenciada a regularização ou acatada a justificativa, a área técnica competente emitirá despacho fundamentado, indicando os motivos de fato e de direito que levaram ao seu acolhimento, encaminhando-o ao Titular da Pasta para conhecimento e decisão.

6.9.2.3. não havendo a regularização e/ou rejeitada a justificativa, havendo indícios suficientes de materialidade capazes de ensejar a aplicação de sanção, nos termos estabelecidos no ajuste, e demais normas pertinentes, a área técnica competente emitirá relatório sucinto descrevendo os fatos e as condutas irregulares eventualmente praticadas pela parceira privada e submeterá ao Titular da Pasta para instauração do Processo de Responsabilização por descumprimento da parceria, em autos apartados do principal.

6.9.3. emitir parecer técnico conclusivo de análise da prestação de contas final, levando em consideração o conteúdo do relatório técnico de monitoramento e avaliação de que trata o item 6.5;

6.9.4. disponibilizar materiais e equipamentos tecnológicos necessários, se for o caso, às atividades de monitoramento e avaliação;

6.9.5. acompanhar o pagamento de água, luz e telefone da unidade sob gestão da organização da sociedade civil;

6.9.6. acompanhar a regularidade fiscal e trabalhista da organização da sociedade civil, bem como a manutenção de todas as condições de habilitação;

6.9.7. solicitar à Gerência de Finanças o depósito das parcelas mensais na forma dos itens 8.1 e 9.1, com as indicações de Glosas, se houver, em conformidade com o indicado nos relatórios parciais de execução do objeto, de que tratam os itens 6.3 e 6.4.

6.10. O Gestor da execução do termo de colaboração, ao tomar conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos públicos pela organização da sociedade civil, deverá informar o Secretário de Estado da Saúde e, posteriormente, o Tribunal de Contas do Estado, bem como à Assembleia Legislativa do Estado de Goiás, sob pena de responsabilidade solidária.

6.10.1. Sem prejuízo da medida a que se refere o item 6.10, caso haja indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, o Gestor, quando assim a gravidade dos fatos ou o interesse público exigirem, representará ao Ministério Público, à Controladoria-Geral do Estado — CGE e à Procuradoria-Geral do Estado — PGE, para a adoção das medidas cabíveis.

6.11. Na hipótese de inexecução por culpa exclusiva da organização da sociedade civil, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá, exclusivamente para assegurar o atendimento de serviços essenciais à população, por ato próprio e independentemente de autorização judicial, a fim de realizar ou manter a execução das metas ou atividades pactuadas:

6.11.1. retomar os bens públicos em poder da organização da sociedade civil parceira, qualquer que tenha sido a modalidade ou título que concedeu direitos de uso de tais bens;

6.11.2. assumir a responsabilidade pela execução do restante do objeto previsto no plano de trabalho, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade, devendo ser considerado na prestação de contas o que foi executado pela organização da sociedade civil até o momento em que a administração assumiu essas responsabilidades.

6.12. O PARCEIRO PÚBLICO, sempre que possível, realizará pesquisa de satisfação com os beneficiários do plano de trabalho e utilizará os resultados como subsídio na avaliação da parceria celebrada e do cumprimento dos objetivos pactuados, bem como na reorientação e no ajuste das metas e atividades definidas.

6.13. Será impedida de participar como gestor da parceria ou como membro da comissão de monitoramento e avaliação pessoa que, nos últimos 5 (cinco) anos, tenha mantido relação jurídica com, ao menos, 1 (uma) das entidades partícipes do procedimento.

6.14. O PARCEIRO PÚBLICO, por meio da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) ou do Gestor do termo de colaboração poderá, a qualquer tempo, exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios, necessários ao monitoramento, avaliação e fiscalização dos ajustes.

7. CLÁUSULA SÉTIMA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

7.1. A vigência do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** será de **36 (trinta e seis) meses**, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, nos termos do art. 38 da Lei federal nº 13.019/2014.

7.2 A vigência da parceria poderá ser alterada mediante solicitação da organização da sociedade civil, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada à Secretaria de Estado da Saúde em, no mínimo, trinta dias antes do termo inicialmente previsto.

7.3 A prorrogação poderá ocorrer, desde que demonstrado que as metas pactuadas foram alcançadas, a adequação dos resultados e a aprovação das prestações de contas pela Secretaria de Estado da Saúde, até o **limite máximo de 12 (doze) anos**.

7.4 A prorrogação de ofício da vigência do termo de colaboração deve ser feita pela administração pública quando ela der causa a atraso na liberação de recursos financeiros, limitada ao exato período do atraso verificado.

7.5. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, com fito de assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e a ampla defesa.

8. CLÁUSULA OITAVA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

8.1. Para executar o objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** especificado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho, o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** a importância mensal estimada de R$ 6.097.982,84 (seis milhões, noventa e sete mil, novecentos e oitenta e dois reais e oitenta e quatro centavos), perfazendo o valor estimado global de R$ 219.527.382,24 (duzentos e dezenove milhões, quinhentos e vinte e sete mil, trezentos e oitenta e dois reais e vinte e quatro centavos), para o período de 36 (trinta e seis) meses.

8.2. A Unidade de Saúde possui servidores cedidos conforme discriminado no Anexo III do Plano de Trabalho (SEI nº 48561268) cujo custo estimado mensal é de 1.912.273,17 (um milhão, novecentos e doze mil, duzentos e setenta e três reais e dezessete centavos), perfazendo o valor estimado de R$ 68.841.834,12 (sessenta e oito milhões, oitocentos e quarenta e um mil, oitocentos e trinta e quatro reais e doze centavos), para o período de 36 meses.

8.2.1. O pagamento dos servidores cedidos é realizado diretamente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** de forma que o valor estimado constante no item 8.2 não é repassado ao **PARCEIRO PRIVADO**.

8.2.3. Para fins informativos, o custo mensal estimado total da Unidade de Saúde, incluindo o pagamento dos servidores cedidos, será de R$ 8.010.256,01 (oito milhões, dez mil, duzentos e cinquenta e seis reais e um centavo), o que resultará no valor estimado total de R$ 288.369.216,36 (duzentos e oitenta e oito milhões, trezentos e sessenta e nove mil, duzentos e dezesseis reais e trinta e seis centavos).

8.3. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

8.4. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 8.8, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

8.5. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

8.6. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

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

8. 8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em em conta corrente específica isenta de tarifa bancária, em instituição bancária e agência indicada pela Secretaria de Estado da Saúde e, enquanto não empregados na sua finalidade, serão obrigatoriamente aplicados, conforme regulamento específico.

8.9. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em contas bancárias específicas, vinculadas à natureza do repasse, sendo:

I - 1 (uma) conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao custeio,

II - 1 (uma) conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados às portarias de investimento, e

III - 1 (uma) conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais.

8.10. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

8.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

8.12. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

8.13. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

8.14. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar;

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos;

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos;

001261

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos.

e) Quaisquer finalidades alheias ao objeto da parceria.

8.15. Ao final do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

8.16. Do total de recursos financeiros a serem repassados ao Parceiro Privado relativos à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, o montante de 3% (três por cento) será depositado diretamente na conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao Fundo de provisão para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, ocasião em que o montante de 97% (noventa e sete por cento) será depositado diretamente na conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao custeio;

8.17. Os recursos destinados ao Fundo de provisão para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, depositados na conta exclusiva que trata o inciso III, do item 8.8 deste edital, somente poderão ser movimentados mediante dupla autorização junto a instituição financeira que trata o caput deste artigo, sendo 1 (uma) sob a responsabilidade do Parceiro Privado, e 1 (uma) sob responsabilidade da SES;

8.18. É proibida a manutenção e a movimentação dos recursos repassados ao Parceiro Privado, necessários ao cumprimento do termo de colaboração em conta distinta das especificadas no item 8.9 deste instrumento.

8.19. É proibida a movimentação de recursos entre as contas exclusivas de que trata o item 8.9, mesmo que a título de "empréstimos" ou, ainda sob qualquer outra motivação.

8.20. Toda a movimentação de recursos no âmbito do Termo de Colaboração celebrado, será realizada mediante transferência eletrônica sujeita à identificação do beneficiário final e à obrigatoriedade de depósito em sua conta bancária.

8.21. Os pagamentos deverão ser realizados mediante crédito na conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços.

8.22. É proibida a movimentação de recursos do termo de colaboração, entre unidades hospitalares distintas e/ou para a Matriz da entidade, a título de "empréstimos" ou, ainda sob qualquer outra motivação.

8.23. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta e Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

8.24. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

9. CLÁUSULA NONA – DO REPASSE DE RECURSOS

9.1. No primeiro ano do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** o valor a ser repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO** será de R$ 73.175.794,08 (setenta e três milhões, cento e setenta e cinco mil, setecentos e noventa e quatro reais e oito centavos), em 12 (doze) parcelas mensais de R$ 6.097.982,84 (seis milhões, noventa e sete mil, novecentos e oitenta e dois reais e oitenta e quatro centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da publicação do extrato do Termo de Colaboração no Diário Oficial do Estado de Goiás e os demais até o 5º dia útil de cada mês.

9.1.1 As parcelas serão liberadas mensalmente, exceto nos casos previstos no art. 48 da Lei nº 13.019/2014, quando deverá haver a retenção até o saneamento das impropriedades.

9.1.1.1 Após o prazo de 60 (sessenta) dias estabelecido no Item 3.1.51.3, o **PARCEIRO PÚBLICO** deverá realizar os repasses em conta bancária da filial do **PARCEIRO PRIVADO** criada especificamente para execução do ajuste. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** não possua a filial no prazo supramencionado, deverá apresentar JUSTIFICATIVA e submeter ao **PARCEIRO PÚBLICO** para aceite, a fim de evitar atraso nos repasses.

9.1.2. Será de inteira responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP.

9.1.3. A depender do parecer emitido por comissão a ser instituída pela SES, quando o **PARCEIRO PÚBLICO** for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores correspondentes poderão ser cobrados regressivamente do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Termo de Colaboração repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.1.4. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo.

9.1.5. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.2. As despesas deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

Descrição	Código	Denominação
Unidade	2850	Fundo Estadual de Saúde
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2516	Gestão Indireta - Atendimento Ambulatorial e/ou Hospitalar
Grupo de despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte	15000100	Recursos não vinculados de impostos - receitas ordinárias
Modalidade de Aplicação	50	Transferências a Instituições Privadas sem fins lucrativos

9.3. Para os próximos exercícios as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o **PARCEIRO PÚBLICO** obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva nota de empenho estimativa e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

9.4. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na tabela do item 9.2 poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a qual apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

10. CLÁUSULA DÉCIMA – DOS RECURSOS HUMANOS

10.1. O PARCEIRO PRIVADO utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** de acordo com o plano de gestão de recursos humanos apresentados em sua Proposta Técnica, podendo considerar um modelo misto de trabalhadores, composto por servidores públicos do PARCEIRO PÚBLICO e por empregados contratados, em regime celetista, mediante processo seletivo. O **PARCEIRO PRIVADO**, para fins de alcançar os objetivos desse ajuste, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

10.2 É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

10.3. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

10.4. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

10.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada.

10.6. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, relacionados à execução do objeto previsto no termo de colaboração, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a inadimplência da organização da sociedade civil em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/2014.

10.7. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

10.8. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

10.9. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um termo de colaboração, de fomento, cooperação ou contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO**, para a apuração dos limites constantes nos itens 10.7 e 10.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todas essas relações.

10.10. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico V do Plano de Trabalho.

10.11. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

10.12. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **PARCEIRO PRIVADO**, para quaisquer serviços relativos a este **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

10.13. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceria, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

10.14. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

10.15. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

10.16. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

10.17. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

10.18. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

10.19. Na apuração dos limites constantes nos itens 10.7 e 10.8, será considerado o somatório das despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do **PARCEIRO PÚBLICO** cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 10.9.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS ALTERAÇÕES

11.1 O presente TERMO DE COLABORAÇÃO, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

11.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os PARCEIROS, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

11.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo PARCEIRO PÚBLICO.

11.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

11.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos.

11.6. O PLANO DE TRABALHO da parceria, a qualquer tempo, poderá ser revisto para alteração de valores ou de metas, mediante termo aditivo ou por apostila ao plano de trabalho original, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

11.7. Caso a revisão seja realizada através de Termo Aditivo, as alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os PARCEIROS, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA DENÚNCIA

12.1. O presente instrumento pode ser denunciado antes do término do prazo inicialmente pactuado, após manifestação expressa, por ofício ou carta remetida à outra parte, com antecedência mínima de 270 (duzentos e setenta) dias. Nesta hipótese, as partes definirão através de Termo de Encerramento as respectivas condições, sanções e delimitações claras de responsabilidades em relação à conclusão ou extinção do trabalho em andamento.

12.1.1. Por ocasião da denúncia, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos à entidade ou ao órgão repassador dos recursos, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de Tomada de Contas Especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade responsável pela parceria.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO

13.1. O presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, mediante aviso de intenção no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

13.1.1. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **TERMO DE COLABORAÇÃO** e as disposições legais;

13.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

13.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois semestres não cumprir as metas previstas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

13.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

13.1.5. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

13.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

13.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

13.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

13.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

13.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **TERMO DE COLABORAÇÃO** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações;

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

d) **TERMO DE COLABORAÇÃO** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões da Diretoria, relativas a este **TERMO DE COLABORAÇÃO;**

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parcerias, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras cm suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pela Diretoria **do PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Perguntas que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO**.

x) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente que exercem as atividades-fim das unidades estaduais geridas e que se relacionam à substituição de servidor público, com os respectivos salários.

14.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS PARTES INTEGRANTES DO TERMO DE COLABORAÇÃO

15.1. Integram o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**:

a) Anexos Técnicos

b) Plano de Trabalho

c) Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**

c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis

e) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis

15.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública que se encontram.

16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

16.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a inadimplência da organização da sociedade civil, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/2014.

17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS SANÇÕES

17.1. A Administração Estadual poderá impor à entidade, pela execução da parceria em desacordo total ou parcial com o Edital e seus anexos, com o Termo de Colaboração e seus anexos, com as normas da Lei federal nº 13.019/2014 , as seguintes sanções, garantida a prévia defesa:

a) advertência;

b) suspensão temporária de participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública sancionadora, por prazo não superior a dois anos;

c) declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a organização da sociedade civil ressarcir a administração pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso II.

17.1.1. os dirigentes das entidades responderão, individual e solidariamente, pelos danos ou pelos prejuízos decorrentes de sua ação ou sua omissão, sem prejuízo das sanções previstas no Termo de Colaboração.

17.2. As sanções estabelecidas nas alíneas "b" e "c" são de competência exclusiva do Secretário de Estado da Saúde, facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de dez dias da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após dois anos de aplicação da penalidade.

17.3. Fica o **PARCEIRO PRIVADO** e seus representantes legais sujeitos às sanções previstas na Lei estadual nº 18.672/2014, quando praticarem os atos lesivos previstos no art. 5º da referida norma.

17.4. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

17.5. As irregularidades cometidas pela entidade ao longo da execução da parceria serão preliminarmente apuradas pela área técnica responsável pela gestão e/ou fiscalização da parceria, que notificará a parceira privada para que, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados do recebimento do aviso, apresente justificativas ou providencie a regularização.

17.5.1. Providenciada a regularização ou acatada a justificativa, a área técnica competente emitirá despacho fundamentado, indicando os motivos de fato e de direito que levaram ao seu acolhimento, encaminhando-o ao Titular da Pasta para conhecimento e decisão.

17.5.2. Não havendo a regularização e/ou rejeitada a justificativa, havendo indícios suficientes de materialidade capazes de ensejar a aplicação de penalidade, nos termos estabelecidos no Termo de Colaboração, e demais normas pertinentes, a área técnica competente emitirá relatório sucinto descrevendo os fatos e as condutas irregulares eventualmente praticadas pela parceira privada e submeterá ao Titular da Pasta para instauração do Processo de Responsabilização por descumprimento contratual, em autos apartados do principal, mediante portaria.

17.6. Instaurado o Processo de Responsabilização por descumprimento contratual, a Comissão Processante instruirá o processo oportunizando o contraditório e a ampla defesa, emitindo, ao final, relatório conclusivo, sugerindo, se for o caso, a aplicação de penalidade, encaminhando-o ao Titular da Pasta para decisão.

17.6.1. As infrações administrativas aos termos estabelecidos no ajuste, e demais normas pertinentes, e que também sejam tipificadas como atos lesivos no art. 5º da Lei estadual nº 18.672/2014, poderão ser apuradas e julgadas de forma concomitante e nos mesmos autos do Processo de Responsabilização.

18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

18.1. A prestação de contas deverá ser feita observando-se as regras previstas nesta Lei nº 13.019/2014, além de prazos e normas de elaboração constantes deste Termo de Colaboração e do Plano de Trabalho.

18.1.1. O **PARCEIRO PÚBLICO** fornecerá as orientações ao **PARCEIRO PRIVADO** contendo os procedimentos para a prestação de contas.

18.2. O **PARCEIRO PRIVADO** prestará contas da boa e regular aplicação dos recursos recebidos no final de cada exercício e no término da parceria, no prazo de até 90 (noventa) dias.

18.2.1 O prazo poderá ser prorrogado por até 30 (trinta) dias, desde que devidamente justificado, e aceito pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

18.3. O disposto no item 18.2. não impede que o **PARCEIRO PÚBLICO** promova a instauração de tomada de contas especial antes do término da parceria, ante evidências de irregularidades na execução do objeto.

18.4. A prestação de contas deverá conter elementos que permitam ao Gestor do PARCEIRO PÚBLICO avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado, com a descrição pormenorizada das atividades realizadas e a comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados, até o período de que trata a prestação de contas.

18.4.1. Serão glosados valores relacionados a metas e resultados descumpridos sem justificativa suficiente.

18.4.2. Os dados financeiros serão analisados com o intuito de estabelecer o nexo de causalidade entre a receita e a despesa realizada, a sua conformidade e o cumprimento das normas pertinentes.

18.5. A análise da prestação de contas deverá observar além de documentos específicos previstos no plano de trabalho, os seguintes relatórios:

18.5.1. relatório de execução do objeto;

001265

18.5.2. relatório de execução financeira.

18.6. O **PARCEIRO PÚBLICO** deverá considerar em sua análise os seguintes relatórios elaborados internamente, quando houver:

18.6.1. relatório de visita técnica *in loco*;

18.6.2. relatório técnico de monitoramento e avaliação, homologado pela comissão de monitoramento e avaliação designada;

18.7. O Gestor do termo de colaboração emitirá parecer técnico de análise de prestação de contas da parceria.

18.7.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar prestação de contas parciais ao fim de cada exercício, para fins de monitoramento do cumprimento das metas do objeto.

18.8. Os pareceres técnicos deverão, obrigatoriamente, mencionar:

18.8.1. os resultados já alcançados e seus benefícios;

18.8.2. os impactos econômicos ou sociais;

18.8.3. o grau de satisfação do público-alvo;

18.8.4. a possibilidade de sustentabilidade das ações após a conclusão do objeto pactuado.

18.9. Constatada irregularidade ou omissão na prestação de contas, será concedido prazo de até 45 quarenta e cinco) dias para a organização da sociedade civil sanar a irregularidade ou cumprir a obrigação, prorrogável justificadamente, no máximo, por igual período.

18.10. O **PARCEIRO PÚBLICO** apreciará a prestação de contas, no prazo de até 150 (cento e cinquenta) dias, contada da data de recebimento ou do cumprimento de diligência por ele determinado, prorrogável justificadamente por igual período.

18.11. O parecer técnico de prestação de contas, decorrente do final de cada exercício financeiro e ao término da vigência da parceria celebrada, deverá, ainda, incluir manifestação sobre a avaliação das contas, de acordo com os parâmetros do artigo 72 da Lei federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014.

18.12. Em face do parecer a que se refere o item 18.8, a comissão de monitoramento e avaliação proporá à autoridade competente para assinatura do respectivo instrumento de parceria a avalição da prestação de contas da organização da sociedade civil quanto à regularidade, com ou sem ressalvas, ou a rejeição, conforme item 18.14 e, na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

18.13. As prestações de contas serão avaliadas:

18.13.1. regulares, quando expressarem, de forma clara e objetiva, o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

18.13.2. regulares com ressalva, quando evidenciarem impropriedade ou qualquer outra falta de natureza formal que não resulte em dano ao erário;

18.13.3. irregulares, quando comprovada qualquer das seguintes circunstâncias:

a) omissão no dever de prestar contas;

b) descumprimento injustificado dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

c) dano ao erário decorrente de ato de gestão ilegítimo ou antieconômico;

d) desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA CONCILIAÇÃO E MEDIAÇÃO

19.1 As controvérsias eventualmente surgidas quanto à formalização, execução ou encerramento do ajuste decorrentes deste chamamento público, serão submetidas à tentativa de conciliação ou mediação no âmbito da Câmara de Conciliação, Mediação e Arbitragem da Administração Estadual (CCMA), na forma da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 e da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

20. CLÁUSULA VIGÉSIMA – DO FORO

20.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia/GO para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

21. CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA PUBLICAÇÃO

21.1. A publicação do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** no Diário Oficial do Estado e Diário Oficial da União, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua assinatura, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

21.2. A publicação do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** se dará ainda no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde.

22. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DOS CASOS OMISSOS

22.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO Nº I AO V/2023 - SES/GEMOD-21281

ANEXO Nº I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS/2023 - HERSO

Este anexo constitui parte integrante do presente Ajuste e acrescenta cláusulas específicas para Termos de Colaboração celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução, monitoramento, avaliação e fiscalização da parceria e prestação dos serviços descritos. O Anexo I está dividido em três segmentos: **I) Especificações Técnicas e Descritivo de Serviços,** os quais normatizam a execução da parceria na área da saúde; **II) Metas de produção,** que definem as premissas técnicas de execução e estabelecem metas quantitativas; e **III) Indicadores e Metas de Qualidade/Desempenho,** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos de gestão da Unidade.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

001266

1.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1.1. Aderir e alimentar o(s) sistema(s) de informação a ser(em) disponibilizado(s) pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle, avaliação e fiscalização de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

1.1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros dos procedimentos da Tabela SUS realizados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

1.1.2.1. Os procedimentos da Tabela SUS devem ser registrados e faturados em concordância com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do

SUS.

1.1.3. Atualizar, periodicamente ou sempre que houver qualquer alteração, a listagem de profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento, sua respectiva carga horária, instalações físicas, serviços especializados e suas respectivas classificações, leitos e equipamentos, procedendo aos devidos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

1.1.4. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantir a assistência integral e por especialidade de acordo com a necessidade do usuário, assegurando o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do estabelecimento de saúde. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas preferencialmente até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

1.1.5. Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

1.1.6. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital de acordo com regras estabelecidas pela SES-GO;

1.1.6.1. O uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites, eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás, mediante a autorização prévia da Secretaria Estadual de Saúde.

1.1.7. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no estabelecimento de saúde, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no estabelecimento, observando a legislação vigente, dentre elas, as Resoluções e Instruções do Conselho Federal de Medicina;

1.1.7.1. Zelar pela integridade, acondicionamento adequado e guarda dos prontuários dos pacientes assistidos no respectivo estabelecimento de saúde, ainda que produzidos fora da sua gestão, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

1.1.7.2. No caso de troca de gestão da unidade, se responsabilizar pela condução da entrega dos prontuários ao substituto que ocupará a sua função e herdará os arquivos, pelo tempo determinado pelas normas específicas.

1.1.8. Assumir a inteira responsabilidade pelo fornecimento de materiais, insumos, produtos para a saúde, medicamentos, órteses e próteses por ele prescritos que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP e suas atualizações ou outra tabela que vier a substituí-la;

1.1.8.1. A depender do parecer emitido por comissão a ser instituída pela SES, quando o **PARCEIRO PÚBLICO** for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores correspondentes poderão ser cobrados regressivamente do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Termo de Colaboração repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

1.1.8.2. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo e parecer da comissão a ser instituída pela SES;

1.1.8.3. A metodologia de atuação da comissão será disciplinada por regulamento próprio via portaria do gestor da pasta;

1.1.8.4. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.1.9. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

1.1.10. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Termo de Colaboração;

1.1.11. Consolidar a imagem do **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE** como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

1.1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência desta parceria, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente Termo de Colaboração, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

1.1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, nome da mãe, data de nascimento, Registro Civil (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF) e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

1.1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a:

a. Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e responsabilizar-se pelos arquivos, considerando os prazos previstos em lei, inclusive dos prontuários produzidos anteriores a sua gestão;

b. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

c. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital;

d. Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Termo de Colaboração;

e. Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;

f. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

g. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

h. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;

i. Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por representante de qualquer religião;

001267

j. Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes, idosos e nos demais casos previstos em legislações específicas;

k. Garantir atendimento indiferenciado aos usuários;

l. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR/Estabelecimento de Saúde", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

l.1. Nome do usuário;

l.2. Nome do Hospital/Estabelecimento de Saúde;

l.3. Localização do Hospital (endereço, município, estado);

l.4. Motivo da internação (CID-10);

l.5. Data de admissão e data da alta;

l.6. Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;

l.7. Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta;

l.8. O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos";

l.9. Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar;

l.10. Arquivar ou indexar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

1.1.15. Fazer contato prévio via e-mail e/ou telefone com o coordenador da Atenção Primária à Saúde - APS do município de origem do paciente, para informar a previsão ou confirmação da alta, encaminhando documento de alta com as devidas orientações para prosseguimento no atendimento, sempre que necessário;

1.1.16. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

1.1.17. Informar e divulgar a existência da Ouvidoria do SUS vinculada ao serviço e à SES-GO e garantir o seu pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

1.1.18. 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 (trinta) dias;

1.1.19. Implantar e/ou Manter um Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, diretamente ligado à Ouvidoria do SUS da unidade, responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS;

1.1.19.1 Ouvidoria e SAU são serviços complementares de atendimento ao usuário e seus atendimentos devem ser registrados no sistema oficial de ouvidoria do SUS, conforme a natureza de atendimento, qual seja: manifestação de ouvidoria ou disseminação de informação.

1.1.20. Realizar Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia, modelo e periodicidade a ser validado pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, a qual deverá ser realizada em todos os setores do estabelecimento de saúde, com envio de seus resultados estratificados e da eficácia da resolução para a SES-GO;

1.1.20.1. Executar anualmente uma auditoria independente, para que a mesma ateste a confiabilidade da Pesquisa de Satisfação aplicada pela unidade através do Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria. Após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

1.1.21. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei Estadual nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, e em conformidade com a legislação federal e estadual correlata;

1.1.22. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores do estabelecimento de saúde de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista);

1.1.23. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

1.1.24. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, substituição de sistema informatizado (software), nem na estrutura física do **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;

1.1.25. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Termo de Colaboração;

1.1.26. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação, Consulta Especializada e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com o Complexo Regulador Estadual e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;

1.1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, de forma ininterrupta, por 24 horas, 07 dias por semana, um Núcleo Interno de Regulação – NIR, conforme preconiza o Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação da SES-GO, Portaria n° 1619/2020 SES-GO e Portaria n° 1559/2022, que institui a Política de Regulação do Sistema Único de Saúde, atentando-se também à Nota Técnica n° 1/2022 - SES/SCRS, que trata do Dimensionamento de Pessoal atuando exclusivamente no NIR, e suas alterações;

1.1.27.1. O NIR será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da **Regulação Estadual**, para a Unidade Pública de Saúde em comento;

1.1.27.2. O NIR deverá estar localizado em área de fácil acesso dentro da unidade de saúde e possuir estrutura física mínima de: sala, computadores, impressora, acesso à internet compatível com as necessidades dos sistemas de regulação utilizados e linha telefônica;

1.1.27.3. A estrutura mínima funcional do NIR deverá atender às especificações da Portaria n° 1619/2020 - SES e da Nota Técnica n° 01/2022 - SES, ou outra(s) que venha(m) modificá-la(s) ou substituí-la(s);

1.1.27.4. O NIR deverá ser legitimado com competência definida e divulgada, subordinado à Direção Geral da Unidade de Saúde e à Gerência de Regulação Exames, Consultas, Cirurgias Eletivas e Internações/SCRS/SES-GO, com funcionamento 24h, 07 dias por semana, para unidades de internação hospitalar e de segunda a sexta-feira para unidades ambulatoriais.

1.1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas, Comitês, Equipes, Núcleos e Serviços:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

b) Comissão de Verificação de Óbitos;

c) Comissão de Ética Médica;

d) Comissão de Ética em Enfermagem;

e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

f) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

g) Comissão de Farmácia e Terapêutica;

001268

h) Comissão de Documentação Médica e Estatística;

i) Comissão de Proteção Radiológica;

j) Comissão de Biossegurança;

k) Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;

l) Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT);

m) Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);

n) Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

o) Comitê Transfusional;

p) Comitê de Compliance;

q) Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;

r) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);

s) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

t) Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT).

1.1.28.1. Quando o "ANEXO II - Ensino e Pesquisa" indicar a existência de Residência Médica e/ou Residência Multiprofissional, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá possuir e manter em pleno funcionamento a Comissão de Residência Médica (COREME) e/ou a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), além das estabelecidas no Item 1.1.28;

1.1.28.2. Em se tratando de estabelecimento de saúde novo ou de nova gestão, o **PARCEIRO PRIVADO** terá até 60 (sessenta) dias do início da vigência do Ajuste para constituir as comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;

1.1.28.3. Em estabelecimentos de saúde com menos de 50 (cinquenta) leitos, poderá ser avaliado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme legislações vigentes, a flexibilização das comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados.

1.1.29. Manter um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), que será 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:

1.1.29.1 Contar com equipe técnica específica composta por:

a) Unidades com até 100 leitos: 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 01 técnico de enfermagem e 01 técnico administrativo;

b) Unidades de 101 a 250 leitos: 02 profissionais de nível superior , sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 02 técnico de enfermagem e 01 técnico administrativo; e

c) Unidades com mais de 250 leitos: 02 profissionais de nível superior, sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 03 técnicos de enfermagem e 01 técnico administrativo.

1.1.29.2 Garantir funcionamento do NHE, 07 dias por semana, no período matutino e vespertino (incluindo finais de semana e feriados);

1.1.29.3. Garantir a realização e/ou apoio nas investigações epidemiológicas das doenças, eventos e agravos de notificação compulsória, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela Vigilância epidemiológica municipal, estadual e nacional dos casos e óbitos hospitalizados nos sistemas de informação correspondente;

1.1.29.4. Garantir a participação de integrante do NHE nos Comitê de Investigação de casos e óbitos sempre que demandados pelas Vigilâncias municipal e estadual;

1.1.29.5. Cumprir com as metas e indicadores pactuados pelas esferas de gestão (municipal, estadual e federal), bem como de digitação oportuna dos casos e óbitos das DAE Imediata, segundo legislação vigente em até 24 (vinte e quatro) horas;

1.1.29.6 Indicar representantes do NHE para participar de eventos, cursos, treinamentos e reuniões quando convidados pela SMS e SES;

1.1.29.7. Submeter-se às normas e rotinas estabelecidas pelo órgão Estadual responsável pelos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e RENAVEH (Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar);

1.1.29.8. Garantir o envio de amostras de casos e óbitos suspeitos ou confirmados das DAE ao LACEN-GO, conforme fluxo estabelecido, respeitando os critérios de coleta, armazenamento e transporte, disponibilizados no site: https://www.saude.go.gov.br/vigilancia-em-saude/lacen-go;

1.1.29.9. Estabelecer fluxo de comunicação dos exames de DAE realizados pelos laboratórios terceirizados, ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, que fará o contato com as Vigilância Epidemiológica municipais e estadual.

1.1.30. Estabelecer, implementar e disponibilizar no formato "online" e na plataforma SIGUS da SES-GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021 e NBR 15943:2011 ou atualizações, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

1.1.30.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.1.31. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde, bem como, implementar e disponibilizar "online" e na plataforma SIGUS da SES-GO, os membros e atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021, NBR 5410, NBR 13534, NBR 15943 e as demais resoluções;

1.1.32. Proporcionar condições de infraestrutura predial e controle de qualidade do ar em ambientes climatizados. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá implantar e manter durante a vigência deste Termo de Colaboração, Plano de Manutenção, Operação e Controle Predial – PMOCP e Plano de Manutenção, Operação e Controle – PMOC com programação das manutenções preventiva, rotineira e corretiva, de forma a operacionalizar e supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários com profissional que tenha competência legal para garantia de segurança dos sistemas e da edificação conforme especificações contidas na NBR 13971/97, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674 da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e exigências do Ministro de Estado da Saúde e ANVISA, por meio da Portaria N°3.523, de 28 de agosto de 1998, Resolução N°09, de 16 de janeiro de 2003 e as demais resoluções;

1.1.33. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, manter durante a vigência desta parceria um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a unidade de saúde conforme a Resolução RDC nº 509/2021, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.1.34. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

1.1.35. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025 e demais normativas vigentes;

1.1.36. Promover manutenção preventiva para equipamentos e instalações relacionados com infraestrutura como: grupo gerador de emergência, quadro de distribuição de energia, sistema elétrico e luminotécnico, Sistema de Proteção Contra Descarga Atmosférica (SPDA) e aterramento, sistema de ar condicionado, caixas d'água, sistema hidráulico, telefonia, rede lógica, entre outros;

1.1.37. Prover programa de manutenção preventiva para sistemas de proteção e combate a incêndios e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC);

1.1.38. Implantar a política de Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por parada cardiorrespiratória, bem como, a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS 2.600, de 21/10/2009, nº 3.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011 e demais legislações vigentes;

1.1.39. A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:

a) Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de múltiplos órgãos;

b) Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos.

1.1.40. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência do estabelecimento de saúde, conforme o seu perfil, deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

a) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

b) Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

c) Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País;

d) Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

e) Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, dispõe sobre o acesso a informações e a aplicação da Lei federal n° 12.52, de 18 de novembro de 2011, no âmbito do Estado de Goiás, institui o serviço de informação ao cidadão e dá outras providências;

f) Norma Regulamentadora MTE nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;

g) Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf;

h) Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, Ministério da Saúde, 2017;

i) Nota Técnica n° 1/2022 - SES/SCRS, que trata do Dimensionamento de recursos humanos atuando exclusivamente no Núcleo Interno de Regulação das unidades de saúde sob gestão e regulação estadual;

j) Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH);

k) Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS);

l) Portaria n° 342/2022 - SES-GO, de 24 de fevereiro de 2022, que institui o Sistema de Gestão de Unidades de Saúde e suas alterações posteriores;

m) Portaria GM/MS nº 3.418, de 31 de agosto de 2022, altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (varíola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;

n) Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021, Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH);

o) Portaria GM/MS nº 1.694, de 23 de julho de 2021, Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh);

p) Portaria nº 921/2021 - SES, de 01 de junho de 2021, Institui a Rede Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (REVEH) na Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e dá outras orientações.

q) Portaria nº 1.619/2020 - SES-GO, de 11 de setembro de 2020, que dispõe sobre a Estruturação e Atribuições dos Núcleos Internos de Regulação - NIR das Unidades da Rede Própria e das Unidades Conveniadas/Contratadas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e dá outras providências;

r) Portaria nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS;

s) Portaria 1.046/2019 - SES-GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade;

t) Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Seção V;

u) Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo II - Do Sangue, Componentes e Hemoderivados;

v) Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;

w) Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; Anexo III (Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE); Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo;

x) Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; com ênfase nos Anexos XXIV (Política Nacional de Atenção Hospitalar); XXXI (Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta

001270

Complexidade) e XXXII (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica);

y) Portaria MS n° 158, de 04 de fevereiro de 2016, redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos;

z) Portaria MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;

a.1) Portaria MS nº 529, de 01 de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

b.1) Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS);

c.1) Portaria nº 1.119, de 05 de junho de 2008, regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos;

d.1) Portaria MS nº 1559/2008, de 01 de agosto de 2008, Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS;

e.1) Portaria nº 1.405, de 29 de junho de 2006, institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO);

f.1) Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia;

g.1) Portaria SVS/MS nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;

h.1) RDC ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências;

i.1) RDC ANVISA nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue;

j.1) RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

k.1) RDC ANVISA 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;

l.1) RDC ANVISA nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);

m.1) RDC ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva;

n.1) RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada;

o.1) Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;

p.1) Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico;

q.1) Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência;

r.1) Portaria n° 2.803, de 19 de novembro de 2013, redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1.40.1 Atender toda a legislação e normativas vigentes e considerar que o rol apresentado neste item é exemplificativo.

1.1.41. Desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação, respeitando e atendendo as normativas estabelecidas pela SES-GO;

1.1.42. Implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos Termos de Colaboração firmados, de acordo com Portaria 1046/2019 - SES-GO, de 03 de dezembro de 2019 e/ou atualizações desta;

1.1.43. Será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista;

1.1.43.1. Deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais;

1.1.43.2. A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe;

1.1.43.3. Fazer uso de um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) conforme a Portaria 1046 de Dezembro/2019 e outras normativas vigentes;

1.1.43.4. Utilizar todos os módulos do SGH, inerentes a gestão da unidade, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos Termo de Colaboração firmados, conforme definido na Portaria 1046/2019 e/ou atualizações desta;

1.1.43.5. Garantir, em tempo hábil, que todos os documentos do prontuário eletrônico do paciente estejam assinados digitalmente;

1.1.43.6. Compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de imaginologia tendo como identificador único o CPF do paciente. Todos as imagens e laudos deverão ser enviadas para o sistema PACS/RIS da SES-GO, nos padrões definidos pela SES-GO;

1.1.43.7. O SGH (por meio do PEP) do **PARCEIRO PRIVADO** deverá ler estes exames (imagens e laudos) do sistema de PACS/RIS da SES-GO. Os exames (imagens e laudos) anteriores (legado), caso ainda não tenham sido transferidos, também deverão ser enviados para o sistema da SES-GO visando que todo o histórico desses exames fique armazenado no sistema da SES-GO;

1.1.43.8. Comprometer-se a estabelecer um serviço de exames laboratoriais (SADT) que seja integrado ao SGH (PEP) e armazene no SGH todos os resultados (dados estruturados) e laudos devidamente assinados digitalmente;

1.1.43.9. Garantir a confiabilidade dos dados que serão integrados ao Sistema de Regulação em Saúde utilizado pelo serviço de regulação estadual, para os processos ambulatoriais, eletivos, de urgência e emergência e internação;

1.1.43.10. Arcar com a responsabilidade de manter a sustentação do sistema. A governança do projeto Saúde Digital, definido na Portaria 1046/2019-SES, é de responsabilidade da SES-GO, portanto, o Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) contratado para atender a este projeto, deverá permitir que a SES tenha os seguintes privilégios: definir regras de negócio, permitir acesso total ao banco de dados, gerenciar as permissões de acessos, acompanhar os chamados abertos pelas unidades de saúde, priorizar a resolução dos chamados abertos, cobrar as soluções diretamente da empresa mantenedora do sistema, definir as novas funcionalidades e integrações a serem incorporadas, coordenar a homologação de novas funcionalidades.

001271

1.1.44. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

1.1.44.1. Manter em funcionamento a Agência Transfusional (AT) na unidade;

1.1.44.2. Manter e/ou providenciar a inclusão do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária. Este deverá constar no alvará sanitário ou no relatório de inspeção sanitária.

1.1.44.3. Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional;

1.1.44.4. Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO como unidade de comando e direção da política estadual.

1.1.44.5. Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológicat, bem como, a legislação vigente.

1.1.44.6. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento.

1.1.44.7. Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO.

1.1.44.8. Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.

1.1.44.9. Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. Definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).

1.1.44.10. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.

1.1.44.11. Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.

1.1.44.12. Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade, conforme definido pela SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.

1.1.44.13. Executar os procedimentos necessários para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionem a unidade.

1.1.44.14. A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.

1.1.44.15. Caso necessário e definido pela SES-GO, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes portadores de coagulopatias hereditárias/ou outras doenças hematológicas, bem como realizar sua devolução em caso de não uso, em tempo hábil para utilização antes do vencimento, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.

1.1.44.16. Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expurgo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá **ao PARCEIRO PRIVADO** a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.

1.1.44.17. Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES e sob sua responsabilidade.

1.1.44.18. Oferecer assistência ambulatorial complementar, quando for o caso, às pessoas portadoras de doença falciforme, outras hemoglobinopatias e coagulopatias, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.

1.1.44.19. Prover a manutenção predial, hidráulica, elétrica, telefonia e rede lógica.

1.1.44.20. Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.

1.1.44.21. Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.

1.1.44.22. Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes.

1.1.44.23. Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.

1.1.44.24. Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.

1.1.44.25. Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.

1.1.44.26. O serviço de hemoterapia deverá estar contemplado e/ou representado no mínimo, nas seguintes Comissões/Comitês:

a) Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;

b) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT;

c) Comitê da Qualidade;

d) Comissão de Gerenciamento de Resíduos;

e) Núcleo de Segurança do Paciente.

1.1.44.27. Manter atuante, na Agência Transfusional, os seguintes programas:

a) Programa de Controle da Qualidade Interno;

001272

b) Programa de Avaliação Externa da Qualidade;

c) Programa de Treinamento e Educação Permanente.

1.1.44.28. Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.

1.1.44.29. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.

1.1.44.30. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.

1.1.44.31. Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.

1.1.44.32. Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.

1.1.44.33. Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.

1.1.44.34. Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresentá-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.

1.1.44.35. Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede da SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-GO.

1.1.44.36. Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.

1.1.44.37. Deverá durante todo o prazo de vigência do Termo de Colaboração, conservar e/ou substituir, se necessário, todos os equipamentos clínicos, não clínicos e mobiliários da AT, e seus respectivos acessórios, assim como manter o ambiente seguro, com práticas que assegurem altos padrões de conforto e limpeza, da unidade;

1.1.44.38. Deverá manter estoque em qualidade e quantidades suficientes de matéria-prima, medicamentos, material médico-hospitalar e correlatos, só podendo utilizar os produtos registrados na ANVISA e/ou com dispensa formal do registro, sendo vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas no Território Nacional;

1.1.44.39. Deverá receber visitas, prestar as devidas informações, adotar as recomendações e atender às solicitações do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH);

1.1.44.40. Deverá, sob Supervisão da Coordenação da Hemorrede da SES-GO e atendendo aos fluxos por ela estabelecidos, realizar o remanejamento de hemocomponentes entre Unidades de Saúde da Rede Pública Estadual, Municipal, Serviços Privados e Filantrópicos do Estado de Goiás, sempre que necessário e autorizado;

1.1.44.41. Deverá manter um serviço de captação de doadores de sangue voluntários objetivando a manutenção de estoques adequados, devendo encaminhar candidatos à doação de sangue ao Hemocentro Regional de Rio Verde (HEMOGO Rio Verde) ou a outra unidade da Hemorrede Pública se assim estabelecer a SES-GO.

1.1.44.42. Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES quanto ao serviço de hemoterapia.

1.1.44.43. Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/inservibilidade de equipamentos, realizar comunicação formal à Coordenação de Patrimônio da SES-GO. Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, comunicar também à Coordenação da Hemorrede/SPAIS/SES-GO.

1.1.45. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme as diretrizes do SUS;

1.1.46. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida pelos órgãos de fiscalização ambiental;

1.1.47. Assegurar o cumprimento e atendimento a todos os procedimentos requeridos pela SES-GO, que estejam previstos na Tabela SIGTAP/SUS vigente e alterações futuras, desde que em concordância com o perfil do estabelecimento de saúde;

1.1.48. Atender as normativas federais para recebimento de recursos dessa natureza, conforme orientações próprias contidas em Portarias Ministeriais e em concordância com orientações e normativas da SES-GO.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS PACTUADOS

2.1. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia;

2.2. O Serviço de Admissão do **PARCEIRO PRIVADO** solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES-GO;

2.3. Em caso de hospitalização, o **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a internar o paciente, de acordo com o seu perfil assistencial, conforme orientação e determinação da SES-GO;

2.3.1 No caso de incompatibilidade de perfil ou quando o número de leitos for insuficiente, o **PARCEIRO PRIVADO** deve solicitar as transferências externas por meio do Complexo Regulador Estadual, informando na ficha de solicitação todos os dados necessários ao processo regulatório, tais como: Código Internacional de Doenças (CID); resumo clínico fidedigno; exames pertinentes ao CID; tipo de leito de acordo com o CID; tipo de precaução estabelecida. Deverá atentar para eventuais solicitações/informações enviadas pela mesa reguladora via sistema de regulação ou outros meios de comunicação definidos pela SES.

2.4. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados por meio dos sistemas informatizados de regulação, controle e processamento definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;

2.5. O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a manter um serviço de Núcleo Interno de Regulação, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber as solicitações da Regulação, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (uma) hora.

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1. Identificação da Unidade

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

· **CNES:** 6665322

001273

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

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

· **Gestão da Unidade:** Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

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

3.2. Capacidade Instalada

3.2.1. Estrutura

3.2.1.1 O **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - 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

3.2.1.2 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.

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

3.2.1.4. 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.

3.3 Perfil da Unidade

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

3.3.2. 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.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. Linhas de Serviços

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

a) Internação:

a.1) Saídas de Clínica Médica;

a.2) Saídas Cirúrgicas;

a.3) Saídas Pediátricas;

a.4) Saídas Cirúrgicas Pediátricas.

a.5) Internações em leitos de UTI adulto (não compõem a linha de serviços para efeito de metas).

b) Atendimento Ambulatorial:

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

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

b.3) Pequenos Procedimentos Ambulatoriais.

c) Cirurgias Eletivas: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar;

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

001274

e) Hospital-Dia.

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

4.2. Assistência Hospitalar

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

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

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

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

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

a) Assistência por equipe médica especializada;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;

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

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

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

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

p) Sangue e hemoderivados;

q) Fornecimento de enxoval;

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

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

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

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

4.3. Atendimento às Urgências Hospitalares

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

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

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

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

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

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

001275

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

4.4. Atendimento Ambulatorial

4.4.1. Consultas Especializadas

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

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

4.4.1.3. As consultas ambulatoriais compreendem:

a. Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b. Interconsulta;

c. Consultas subsequentes (retornos).

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

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

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

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

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

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

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

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

a) análise dos dados contidos no prontuário;

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

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

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

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

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

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

Especialidades médicas iniciais a serem oferecidas no ambulatório do HERSO
Cirurgia Vascular
Cardiologia
Cirurgia Geral
Neurologia
Ortopedia e Traumatologia
Urologia

001276

Especialidades multiprofissionais da saúde (iniciais) a serem oferecidas no ambulatório do HERSO
Enfermagem
Fisioterapia
Farmácia
Nutrição
Psicologia
Cirurgia Bucomaxilofacial

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

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

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

4.5. Cirurgias Eletivas

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

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

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

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

b) Autorização para execução: via regulação ambulatorial de 1ª vez;

c) Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Gestão Hospitalar (SES-GO).

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

a) Instrumento de registro: APAC;

b) Autorização para execução: via sistema de regulação;

c) Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

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

a) Instrumento de registro: AIH - Autorização para execução: via sistema de regulação;

b) Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

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

a) Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência hospitalar de 4 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo;

b) Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: média de permanência hospitalar maior que 5 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo; e

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

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

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

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

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

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

4.6. Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT Externo

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

001277

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

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

Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo
Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE
Eletrocardiograma
Radiografia
Tomografia Computadorizada

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

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

4.7. Serviços de Apoio

4.7.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: corresponde ao conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico. Será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade. O SADT Interno deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente;

4.7.2. Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica;

4.7.3. Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada usuário/cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND está proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes/usuários de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional;

4.7.4. Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes/usuários, responsável pelo processamento do enxoval e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade;

4.7.5. Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares;

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

5. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

6. PROPOSTAS DE MELHORIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

7. DA COMUNICAÇÃO

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

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

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

001278

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a. Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal;

b. Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime diário/mensal;

c. Relatório de Custos, em regime mensal;

d. Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outro.

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

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

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

9. REGRA GERAL - METAS DE PRODUÇÃO

9.1. São apresentados os indicadores e as metas de produção pactuados com o **HERSO** referentes aos serviços assistenciais. Conforme monitoramento e necessidade, esses indicadores e metas podem ser alterados quando necessário;

9.2 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO;**

9.3. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

9.4 Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

9.5. Na medida em que os indicadores forem homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

9.6. Nada obsta, entretanto, que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios;

9.7. **São consideradas como Metas de Produção,** determinantes ao pagamento da parte assistencial/fixa, os seguintes critérios:

9.7.1. Internações Hospitalares

a) saídas clínicas (médica);

b) saídas cirúrgicas;

c) saídas pediátricas;

d) Saídas cirúrgicas pediátricas.

9.7.2. Cirurgias Eletivas

a) Cirurgias eletivas.

9.7.3. Consultas Ambulatoriais

a) consulta médica na atenção especializada;

b) consulta multiprofissional na atenção especializada;

c) pequenos procedimentos ambulatoriais.

9.7.4. Hospital Dia

9.7.5. SADT Externo

a) exames e ações de apoio e diagnóstico.

9.8. Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Termo de Colaboração, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência espontâneos e regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

001279

9.9. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõe a meta do referido Termo de Colaboração, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente a produção realizada.

Quadro-Síntese dos Indicadores e Metas de Produção

Dimensão	Descrição	Meta mensal	Meta anual
Internação	Clínica Cirúrgica	381	4.572
	Clínica Médica	55	660
	Clinica 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
	Pequenos Procedimentos Ambulatoriais	40	480
SADT Externo	Eletrocardiograma	20	240
	Raio X	30	360
	Tomografia Computadorizada	50	600
	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE	15	180

9.10. Determinantes da Parte Fixa

9.10.1. Internações Hospitalares

9.10.1.1 A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente saídas hospitalares em Clínica Médica, Cirúrgica, Médica Pediátrica, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

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

9.10.2. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital, considerou-se o número de leitos de internação e taxa de ocupação de 90%.

9.10.2.1. Para as saídas clínicas foi considerado TMP de 4 dias.

9.10.2.2. Para as saídas clínicas pediátricas foi considerado TMP de 2,5 dias.

9.10.2.3. As saídas cirúrgicas contemplam: as saídas ortopédicas (TMP 4 dias) e especialidades (TMP de 3,5 dias).

9.10.2.4. As saídas cirúrgicas pediátricas foi considerado TMP 3 dias.

9.10.3. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitalares.

9.10.3. Cirurgias Eletivas

9.10.3.1. O estabelecimento de saúde deverá realizar um número anual de cirurgias eletivas que lhe sejam referenciadas por meio da regulação estadual:

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

001280

9.10.4. Atendimento Ambulatorial

9.10.4.1. A Unidade Hospitalar/Estabelecimento de Saúde deverá realizar produção mensal de consultas médicas, consultas multiprofissionais e pequenos procedimentos ambulatoriais;

9.10.4.2. A depender do cenário epidemiológico, o hospital deverá disponibilizar as vagas de consultas ambulatoriais proporcionalmente de acordo com a restrição prevista na legislação vigente, tendo como base a quantidade mensal definida nos itens abaixo;

9.10.4.3. O hospital deverá disponibilizar vagas de consultas à rede assistencial e executá-las de acordo com o estabelecido pela regulação estadual, conforme quadro abaixo:

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

9.10.4.4. Do total de consultas mensais disponibilizadas e executadas por especialidade, o hospital/estabelecimento de saúde deverá adotar os seguintes critérios:

a) 40% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) 10% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas a realização de Interconsulta;

c) 50% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de Consultas subsequentes (retornos).

9.10.4.5. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente, que podem ter seus percentuais definidos no item anterior alterados proporcionalmente a depender do cenário epidemiológico e necessidade da Regulação Estadual;

9.10.4.6. As consultas de triagem para classificação de risco no Pronto Socorro serão contabilizadas como consultas ambulatoriais;

9.10.4.7. O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), apresentado pelo próprio hospital e posteriormente processado e faturado pelo Ministério da Saúde;

9.10.4.7.1. O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá empregar outro sistema de aferição conforme normativa própria.

9.10.5. SADT Externo

9.10.5.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames, mensalmente, para pacientes egressos e para pacientes externos, isto é, que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual, conforme seus próprios fluxos, no limite da capacidade operacional do SADT;

Exame	Meta mensal	Meta Anual (12 meses)
CPRE	15	180
Raio X	30	360
Eletrocardiograma	20	240
Tomografia Computadorizada	50	600

9.10.5.2 A cada três meses o Complexo Regulador Estadual encaminhará para Unidade a demanda reprimida de SADTs para oferta de vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SES-GO, sem que, entretanto, ultrapasse o total de exames a serem disponibilizados e realizados no mês;

9.10.5.3. Os exames internos não compõem meta própria, pois já são previstos em outros serviços pactuados: internações hospitalares e cirurgias, isso porque a internação deve contemplar todas as necessidades do paciente/usuário;

9.10.5.3.1. Em situações de imprevistos, em que os aparelhos instalados em determinada unidade apresentem falha operacional sem previsão de conserto, os encaminhamentos externos poderão ser referenciados para outra Unidade da Rede, cuja produção será acompanhada pela Superintendência de Atenção Integral de Saúde, Superintendência do Complexo Regulador em Saúde do Estado e Superintendência de Performance, podendo, quando em excedente, gerar o repasse de custeio a título de ressarcimento, desde que previamente autorizado pelo Gestor da Pasta e devidamente comprovada a produção.

9.10.5.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá inserir, mensalmente, no sistema de regulação estadual todas as vagas disponíveis para os SADT.

9.10.6. Hospital Dia

9.10.6.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar atendimentos no Hospital Dia por mês.

9.10.6.2. Durante o tempo de permanência na Unidade, ao paciente deverá ser assegurado condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

9.10.6.3. O Hospital Dia será disponibilizado aos pacientes que comparecem à Unidade apenas para recebimento de dose esquemática de medicação endovenosa e pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; pacientes clínicos e/ou cirúrgicos que necessitam de permanecer na Unidade por um período máximo de 12 horas.

9.10.6.4. Os pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais compreendem as intervenções que abrangem procedimentos de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades, em pacientes que não estejam em internação hospitalar, ou seja, excetuam-se aqui as cirurgias de pacientes em atendimentos de urgência.

9.10.6.5. Os pacientes poderão ser provenientes de demanda externa ao hospital bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital. Em ambos os casos, devem ser regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

9.10.6.6. Os procedimentos ambulatoriais são interpretados como aqueles que não exigem internação, com o intuito de promover maior rotatividade ao Centro Cirúrgico da Unidade. As especialidades que poderão ser contempladas tais como a ortopedia (segundo tempo cirúrgico de média e alta complexidade), urologia.

001281

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.		

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

10.1 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos 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;

10.1.1 Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

10.1.2 Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

10.1.3. Na medida em que os indicadores forem homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

10.1.4. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada mês:

Indicadores de Desempenho
Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)
Taxa Média/Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMP)
Índice de Intervalo de Substituição (horas)
Taxa de Readmissão Hospitalar pelo mesmo CID (29 dias)
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS (exceto por motivo de habilitação e capacidade instalada)
Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas
Percentual de Exames de Imagem com resultado entregue em até 10 dias
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) **Digitadas Oportunamente - até 7 dias**
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) **Investigadas Oportunamente - até 48 horas da data da notificação**
Percentual de perda de medicamentos por prazo de validade expirado

A) Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período.

Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: *[Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100*

B) Média de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação: relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares.

Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional e às boas práticas clínicas (Manual de Implantação e Implementação do NIR, 2017).

Fórmula: *[Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]*

C) Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Conceituação: assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação dos processos de trabalho dos colaboradores das unidades de internação hospitalar (Manual de Implantação e Implementação do NIR, 2017).

Fórmula: *[(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]*

001282

D) Taxa de Readmissão Hospitalar pelo mesmo CID (em até 29 dias)

Conceituação: o indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

Fórmula: *[Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100*

E) Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

Conceituação: mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

Fórmula: *[No de retornos em até 48 horas/ No de saídas da UTI, por alta] x 100*

F) Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: mede a relação de procedimentos rejeitados no sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS) em relação ao total de procedimentos hospitalares apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: *[Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100*

Obs.: Total de procedimentos rejeitados no SIH exceto rejeição no processamento por falta de habilitação e falta de capacidade instalada de leitos.

G) Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos)

Conceituação: mede o total de cirurgias eletivas que foram suspensas, por motivos relacionados à organização da Unidade, em relação ao total de cirurgias agendadas, falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: *[No de cirurgias eletivas suspensas/No de cirurgias eletivas (mapa cirúrgico)] x 100*

H) Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT expirado

Conceituação: indicador que sinaliza se as cirurgias eletivas realizadas na unidade estão tendendo a respeitar um tempo de espera máximo clinicamente aceitável conforme o critério SWALIS de classificação de prioridade atribuído pelo médico assistente.

Fórmula: *[Número de cirurgias realizadas com TMAT expirado dividido / Número de cirurgias eletivas em lista de espera e encaminhado para unidade] x 100.*

I) Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Conceituação: número de consultas ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula: *Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.*

J) Percentual de exames de imagem com resultado entregue em até 10 dias.

Conceituação: proporção de exames de imagem externos com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula: *[Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100.*

K) Percentual de casos de doenças/agravos/eventos de notificação compulsória imediata (DAEI) digitados oportunamente.

Conceituação: avaliar a capacidade de detecção de DAEI nas unidades de saúde, por meio da **digitação** das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata de forma oportuna (≤ à 07 dias) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/e-SUS/e-SUS- SINAN).

Fórmula: Nº de casos de DAEI digitadas em tempo oportuno - até 7 dias/ Nº de casos de DAEI digitadas (no período/mês) X 100

L) Percentual de casos de doenças/agravos/eventos de notificação compulsória imediata (DAEI) investigados oportunamente.

Conceituação: avaliar a capacidade de detecção e investigação das DAEI nas unidades de saúde, por meio da **investigação** das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata investigadas oportunamente (≤ à 48 horas da data de notificação) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/e-SUS/e-SUS- SINAN).

Fórmula: Nº de casos de DAEI investigadas em tempo oportuno - até 48 horas da data da notificação/ Nº de casos de DAEI notificadas (no período/mês) X 100

M) Percentual de perda de medicamentos por prazo de validade expirado

Conceituação: monitorar a Perda de Medicamentos por Expiração do Prazo de Validade em todas as Unidades de Saúde da rede estadual, aprimorando e implantando ferramentas e processos de trabalho que permitam reduzir a perda de medicamentos. O indicador monitora a perda financeira das Unidades de Saúde devido a expiração por prazo de validade dos medicamentos.

***Fórmula*:** (Valor financeiro da perda do segmento padronizado por validade expirada no hospital / Valor financeiro inventariado na CAF no período) x100

11. ENSINO E PESQUISA

11.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

11.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

11.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

11.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

11.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

11.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio e pesquisa científica, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

11.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

11.8 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

11.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

11.10. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) promove o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, em consonância com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, integrante da Política Nacional de Saúde formulada no âmbito do SUS, estabelecendo, orientando, assessorando e monitorando a realização de pesquisa científica na SES-GO.

11.11. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SESG.

11.11.1 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por acompanhar o cumprimento da Portaria nº 1.265/2023 – SES-GO, ou outro ato normativo que venha modificar e/ou substituir, e não deverá permitir a realização de pesquisa científica na unidade que não estiver cadastrada no fluxo de monitoramento de pesquisas da SES.

11.11.2 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir a citação da SES-GO como afiliação institucional dos autores na realização de pesquisa, nas publicações científicas, apresentações em eventos dos trabalhos e em todo e qualquer tipo de divulgação das pesquisas científicas executadas nas Unidades de Saúde e/ou Administrativas da SES-GO.

11.11.3 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir o encaminhamento pelo pesquisador à SESG de trabalho científico resultante de Pesquisa científica em dados públicos, Pesquisas de revisão da literatura e Relatos de experiência produzidos em Unidade da SES-GO.

11.11.4 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir que a proposta de aplicação ou incorporação dos resultados das pesquisas realizadas dentro das unidades da SES-GO sejam apresentadas à SES-GO pelos pesquisadores.

11.12. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

11.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que a Unidade esteja vinculada a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional, dentre os operacionais da SES-GO e credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, ou outra que vier a substituir.

11.13.1 O PARCEIRO PRIVADO deve garantir que o número do CNPJ referente a Unidade da SES-GO seja cadastrado como Instituição na Plataforma Brasil e junto à CONEP, para assegurar que as pesquisas se vinculem à SES-GO.

11.13.2. O PARCEIRO PRIVADO deverá informar oficialmente à SES-GO em qual CEP institucional e CNPJ a Unidade está credenciada, junto à CONEP.

11.13.3 Existindo CEP institucional na Unidade SES-GO, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter instalações adequadas e os recursos humanos necessários para a operacionalização do mesmo, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013.

11.14. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto à SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para alteração de vínculo de sua Unidade com o CEP institucional credenciado à CONEP. Após, avaliação de viabilidade, a SESG fará a devida orientação pertinente para adequações junto aos CEP's e à CONEP, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o CEP que deixará a função e aquele que a assumirá.

11.15. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto a SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para credenciar CEP institucional quando a Unidade pretenda se habilitar como Hospital-Ensino junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação, respeitando as normativas vigentes, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013 ou outra que vier a substituir.

11.16. O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá alterar o vínculo de sua Unidade SES-GO com o CEP institucional credenciado, redistribuindo a Unidade, objetivando a melhoria na qualidade do atendimento às demandas de ensino e pesquisa, e adequação às normativas vigentes. Tal alteração será promovida pela SESG, após análise de viabilidade técnica, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, e posterior comunicação oficial ao **PARCEIRO PRIVADO**.

11.17. Caso haja mudança de PARCEIRO PRIVADO, este, deverá garantir durante a transição, de forma oficial e justificada, a continuidade da apreciação dos protocolos de pesquisas e das atividades inerentes ao bom funcionamento do CEP institucional credenciado de sua Unidade.

11.17.1 O PARCEIRO PRIVADO, deve informar a SES-GO e à CONEP, de forma oficial e justificada, a impossibilidade de atuação do CEP institucional credenciado durante o período de transição, conforme estabelecem as normas regulamentares do CNS/CONEP.

11.17.2 No caso de substituição parcial ou total dos membros (Coordenadores, Secretária e Pareceristas) do CEP institucional credenciado da Unidade, deve ser informado de forma oficial e justificada, previamente à SES-GO e à CONEP, para que seja garantida a continuidade das avaliações éticas aos protocolos de pesquisa em andamento. E que somente retornará as atividades após a análise documental da CONEP e SES-GO.

11.17.3 Durante o período em que o CEP institucional estiver com as atividades suspensas, os protocolos de pesquisas devem ser cadastrados sob o CNPJ da SES-GO e encaminhados ao CEP CENTRAL da SES-GO.

11.18. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

001284

11.19. A seleção de preceptores, tutores e coordenadores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição. Esses profissionais deverão ser integrados à rotina e atividade da unidade hospitalar.

11.20. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normativas referentes aos Programas.

11.20.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deve assegurar em seus contratos de prestação de serviço e/ou trabalho as atividades de ensino, pesquisa e preceptoria que são realizadas na unidade hospitalar.

11.21. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, compatíveis com os valores praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.

11.22. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

11.23. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

11.24. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.

11.25. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

11.26. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

12. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

12.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

12.2. O Termo de Colaboração que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

12.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

12.4. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

12.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

12.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

12.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

12.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

12.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro previamente conveniado ou contratado exclusivamente para essa finalidade com experiência na aplicação de prova e acompanhado pela SESG por meio da Assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

12.9.1 A SESG/SES-GO em parceria com o grupo técnico será responsável por avaliar os requisitos técnicos da entidade que deseja firmar parceria ou contrato para a execução do processo seletivo;

12.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014.

12.10.1 O valor a que se refere o item 12.10 será acompanhado pela Gerência de Gestão de Pessoas da Superintendência de Gestão Integrada, conforme descrito no Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

12.10.2 **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO,** podendo ser variável conforme alteração legal do vencimento inicial do cargo ocupacional, bem como em virtude de remanejamento definido pela SES/GO, em concordância com o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

12.11. O profissional contratado pelo regime celetista para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus à gratificação conforme descrito no item 13.10, em razão da equidade.

12.12. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO atualmente tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em Portaria Interministerial (MEC/MS).

12.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar, obrigatoriamente, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU, quando os programas estiverem efetivamente implantados.

12.14. Novos programas de residência serão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde. As implantações ocorrerão em parceria com a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, por meio de suas Comissões, contemplando a elaboração conjunta do Projeto Pedagógico.

12.14.1. Os supervisores dos novos programas serão de responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** conjuntamente com a COREME da respectiva unidade.

12.15. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar atividades de educação permanente voltadas para qualificação dos coordenadores dos programas de residência médica e coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS), supervisores, tutores e preceptores.

12.15.1. Os temas deverão ser definidos em conjunto com a COREME e COREMU local da Unidade de Saúde.

001285

13. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

13.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, as Resoluções das Matrizes de Competências, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

13.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

13.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

13.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

13.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais **(conforme consta na Portaria 469/2020/SES-GO E Resolução CNRM nº 16/2022 DE 30 DE SETEMBRO DE 2022)**.

13.5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter e, quando necessário, realizar contratação adicional de preceptores para que as atividades da residência possam ser realizadas de acordo com as normas da CNRM, mantendo-se a relação preceptor/residente.

13.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

13.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

13.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm

13.8. As avaliações de que tratam o item 13.7 deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

13.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica, o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

13.10. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

13.11 **O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de campo de prática entre as residências médicas de outras Unidades da SES, caso necessário, para complementação da prática pedagógica, conforme solicitação da COREME.**

14. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (PRMS) E PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE (PRAPS)

14.1. A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

14.2. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde(PRAPS) deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

14.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS e PRMS/SES-GO).

14.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

14.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

14.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

14.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

14.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde. Sendo sua atuação exclusiva às atividades da coordenação.

14.9. O Tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/PRMS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS/PRMS.

14.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS/PRMS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhá-lo.

14.10.1. Todos os profissionais em exercício no estabelecimento de saúde devem ter conhecimento de que o mesmo desenvolve atividades de ensino. E, portanto, devem cooperar com o processo de aprendizagem dos residentes;

14.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS/PRMS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis. Na ausência de profissionais efetivos na unidade ou que atendam aos requisitos para o cargo, a unidade assistencial deverá conduzir processo seletivo para o cargo de coordenador.

001286

14.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção, preferencialmente, entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

14.13. A seleção de Preceptores , Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

14.14. A seleção de preceptores e tutores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e, preferencialmente, como profissional em exercício na instituição.

14.15. Nos PRAPS e PRMS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária presencial, exclusiva ao cargo, de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS/PRMS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

14.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES/GO.

14.16.1 Os Profissionais no cargo de Tutoria com carga horária superior a 30 (trinta) horas semanais deverão exercer suas atividades, exclusivamente, na COREMU Local.

14.17. Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, obrigatoriamente, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o parágrafo 1º do artigo 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.

14.18. O estabelecimento de saúde poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.

14.18.1. Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.

14.19. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

14.20. As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

14.21. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

15. DOS RECURSOS FINANCEIROS

15.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO.

15.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

15.3. Ocorrendo a situação descrita no item 15.2, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento do respectivo Termo de Colaboração, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

15.4. Quando da implantação e execução dos Programas de Residência, a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás apresentará a estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. Quando houver repasse das bolsas diretamente ao residente médico ou residente multiprofissional, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento do respectivo Termo de Colaboração, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

15.5. A estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO é apresentada em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. No entanto, considerando o repasse do valor da bolsa diretamente ao residente médico, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento do respectivo Termo de Colaboração, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

15.6. O quantitativo de bolsas custeadas pela SES-GO e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada pela SESG.

15.7. Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, incluídos no custeio mensal da unidade hospitalar.

15.7.1 Para a alimentação deverá ser garantido, de acordo com a carga horária, 02 (duas) pequenas refeições e 01 (uma) grande refeição.

15.8. Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso apresentadas, a SESG, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

16. ESTÁGIOS CURRICULARES

16.1. 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.

16.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008 e Portaria nº 1.096/2023 – SES/GO, de 22 de maio de 2023, ou outras que venham substituí-las.

16.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.

16.4 A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada exclusivamente pela SESG, de acordo com a legislação vigente e ocorrerá conforme Edital de Chamada Pública, a ser publicado pela SES-GO, com o intuito de classificar as Instituições de Ensino que possuam curso da área da saúde, previamente cadastradas.

16.5 O quantitativo de vagas ofertadas será definido pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG conjuntamente com as Unidades Administrativas e/ou Assistenciais de Saúde da SES-GO, levando-se em consideração a capacidade instalada de cada local.

16.6 O número máximo de vagas de estágio considerará o quadro de pessoal assistencial das entidades concedentes de estágio, que deve atender a proporção de 20% de estagiários para número superior a 25 (vinte e cinco) trabalhadores.

001287

16.7 Os alunos serão encaminhados para as Unidades Assistenciais de Saúde por meio da Coordenação de Estágio (CEST) da SESG, após preenchimento da ficha de inscrição e assinatura do termo de compromisso, no qual deverá constar o número de apólice de seguro.

16.8 A Diretoria de Ensino e Pesquisa ou equivalente, da unidade administrativa ou de saúde, ficará responsável pela distribuição interna dos estagiários, em conjunto com a SESG/SES-GO, após o resultado final do Chamamento Público.

16.9 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Estágio, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

17. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

17.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Educação Permanente em Saúde da Unidade de Saúde (PAEPS/US) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAEPS/US deve ser validado e aprovado pela SESG;

17.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAEPS/US à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Termo de Colaboração ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias;

17.3 A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, quadrimestralmente, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta;

17.3.1 Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, bimestralmente;

17.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

Anexo nº III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2023 - SES/GGDP-03087

Este anexo objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução da parceria e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. É composto por duas partes **(I) Especificações Técnicas,** que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e **(II) Quadro de Servidores cedidos**.

18. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DA GESTÃO DO TRABALHO E DOS SERVIDORES CEDIDOS

18.1 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

18.1.1 Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais;

18.1.2. Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), na área médica e de enfermagem c8m registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Goiás. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS;

18.1.3. Disponibilizar de equipe médica e multiprofissional em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços composta por profissionais das especialidades exigidas, habilitados com título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, e outras instruções normativas, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Instrumento.

18.1.4. Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e aos serviços a serem prestados;

18.1.5. Assegurar o desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE;

18.1.6. Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda às condições mínimas necessárias ao descanso dos colaboradores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão;

18.1.7. Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado e, sempre que solicitado, disponibilizá-lo para leitura e migração do banco de dados;

18.1.8. Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

18.1.9. Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade;

18.1.10. Atentar-se que, em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte (II) Quadro de Servidores cedidos, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO;

18.1.11. Estar ciente de que o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido instrumento, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias;

18.1.12. Ter ciência de que para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do Instrumento;

18.1.13. Considerar que a dedução de que trata o item 18.1.12 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à remuneração do servidor substituído (salário e encargos legais), no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

18.1.14. Atentar-se para o fato de que o **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos. (Ofício circular definindo procedimentos e documentos comprobatórios, ex.: contrato, cópia RPA, frequência);

18.1.15. Utilizar os valores de mercado da região ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 3 (três) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados, não podendo ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual, independente da forma de contratação;

18.1.16 Comprovar e responder mensalmente pelo pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do Instrumento de ajuste para eximir-se destas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

001288

18.1.17. Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica;

18.1.18. Assegurar a execução da Avaliação Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e da Avaliação de Desempenho Individual a serem realizadas pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente;

18.1.19. Aderir e alimentar o sistema de informação disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados de modo a permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**;

18.1.20. Alimentar periodicamente o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (ESocial), especialmente, os códigos S-2210, S2220 e S-2240;

18.1.21. Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT.

18.2. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá indicar o retorno ao **PARCEIRO PÚBLICO** de servidor cedido em exercício na Unidade sob seu gerenciamento desde que motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido, mediante anuência do **PARCEIRO PÚBLICO**;

18.3. Conforme interesse e fundamentação da administração Pública poderá, excepcionalmente, ceder servidor público para o **PARCEIRO PRIVADO** que deverá integrá-lo ao serviço da Unidade;

18.4. O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento;

18.5. Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos e fluxos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos;

18.6. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horários, desde que não haja conflito de interesses;

18.7. É vedada a contratação pelo **PARCEIRO PRIVADO** de colaborador, em cargo de confiança ou em comissão, que possua vínculo de matrimônio, união estável ou parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, com os seguintes agentes públicos: Governador do Estado, Vice-Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, para quaisquer serviços relativos ao Instrumento de Ajuste;

18.8. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder à contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade;

18.9. Poderá o **PARCEIRO PRIVADO** atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade cabendo ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos – RHNet promovendo a dedução dos repasses mensais ao **PARCEIRO PRIVADO**, mediante regulamentação da SES-GO;

18.10. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar o evento, no prazo de 10 (dez) dias contados do mesmo, para providências cabíveis ao caso;

18.11. Responsabilizar-se pela criação e manutenção de um núcleo de assistência aos trabalhadores que tiverem sofrido assédio comprovado, conforme determinado em normativa própria da SES-GO.

II – QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 02. Quantidade de servidores estatutários Cedidos ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.** Maic

Cargo	Total de Servidores cedidos	Custo Total E
Assistente Social - 18.464	06	
Assistente Técnico de Saúde - 18.464	46	
Auxiliar de Radiologia - QT - 18.464	02	
Auxiliar de Serviços Gerais - 18.464	39	
Auxiliar Técnico de Saúde - QT - 18.464	13	
Biomédico - 18.464	03	
Cirurgião-Dentista - 18.464	02	
Enfermeiro - 18.464	14	
Farmacêutico - 18.464	04	
Médico - 18.464	03	
Nutricionista - 18.464	01	
Técnico em Enfermagem - 18.464	152	
Técnico em Laboratório - 18.464	04	
Técnico em Radiologia - 18.464	10	
TOTAL GERAL	**299**	

001289

CUSTO MÉDIO MENSAL**	-	

** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do . Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos de benefícios.*
*** Metodologia de cálculo: média do custo mensal dos 12 (doze) últimos meses.*

Anexo nº IV/2023 - SES/GMAE - CG -14421 - ESTIMATIVA DE CUSTEIO

19. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL DO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO

19.1 Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a **estimativa** do custeio operacional do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO,** o qual será objeto de Chamamento Público por **36 (trinta e seis) meses.**

19.2. Para o cálculo **estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I - Especificações Técnicas, da Gerência de Atenção Especializada – GERAS/SPAIS; assim como o histórico de informações obtido a partir do Sistema de Gestão Hospitalar, do *Key Performance Indicators for Heath - KPIH* e, ainda, de visita técnica realizada na unidade hospitalar.

19.3. Visando o acompanhamento e avaliação do Termo de Colaboração, e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar via SIGUS/SGH ou outra forma requerida pela SES-GO, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE HOSPITALAR**.

19.4. As informações acima mencionadas também serão avaliadas por meio dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

19.5. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos estabelecidos por esta. Nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

19.6. A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

20. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

20.1 A estimativa dos custos operacionais do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO** foi segmentada conforme **possíveis linhas de contratação**. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde - SPAIS, no Anexo I, por meio da Gerência de Atenção Especializada – GERAS. Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, recorreu-se também às comparações com outras unidades do Estado de Goiás, com o perfil assistencial semelhante ao que se pretende neste ajuste, como forma de orientação.

20.2 Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu, seguiu-se os seguintes critérios:

a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;

b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)* da própria unidade e de outros estabelecimentos, além da série histórica extraída da Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC), que já tem acompanhado parte dos dados validados pelo Sistema Integrado de Gestão de Unidades de Saúde (SIGUS). Ressalta-se a prática de uso da série histórica, e não do último mês de referência, tendo em vista a sazonalidade da saúde e até mesmo dos perfis de encaminhamentos para a instituição;

c) Tempo Médio de Permanência, por clínica/perfil e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes, em comparação ao apresentado pela SPAIS;

d) Tipos de atendimentos disponíveis na unidade e serviços especiais;

e) Visitas técnicas para aprofundamento do conhecimento do perfil de execução de ações e serviços da unidade;

f) Legislação relacionada ao perfil de atendimento;

g) *Benchmarck* ofertado pela Consultoria Planisa referente ao ano de 2021, com a subsequente aplicação do índice FIPE;

h) Índice de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico externo conforme demanda apresentada, em reuniões técnicas, pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, conforme as redes e políticas de atenção à saúde apresentadas pela SPAIS.

20.3. Considerou-se também a possibilidade das Internações Hospitalares para cuidados intensivos, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente. E, ainda, os atendimentos de urgência e emergência, conforme série histórica de fevereiro de 2022 a janeiro de 2023.

21. MÉTODO DE CÁLCULO

21.1 Metodologia

21.1.1 Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

21.1.2 Para o cálculo, a consultoria Planisa forneceu os percentis relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do *benchmark* do sistema *Key Performance Indicators for Health*, ano 2021, aplicando o índice FIPE Saúde, ao final.

21.1.3 Os hospitais pertencentes à base de dados da Planisa utilizam-se justamente da metodologia de custeio por absorção plena, com padronização no processo de coleta e apuração e periodicidade mensal. Sabendo-se disso, ressalta-se que o Percentil 25 (P25) se refere à posição 25, enquanto o Percentil 50 (P50) se refere à mediana de custo unitário para a mesma distribuição de frequência e o Percentil 75 (P75) faz referência à posição 75 dos custos unitários, considerando uma distribuição de 100 (cem) unidades.

21.1.4 O P50 constitui medida intermediária para precificação, sendo a atualmente indicada para o desenvolvimento das ações e serviços nas unidades hospitalares e/ou ambulatoriais do Estado de Goiás, o que será acompanhado pela equipe técnica de acompanhamento e monitoramento da unidade e da execução do Termo de Colaboração. Desta feita, o percentil sugerido foi o P50, que é mais econômico que o P75, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

001290

21.1.5 Esta unidade possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade. Ademais, possui perfil de média e alta complexidade, o qual também tende a m custo mais elevado em virtude da especificidade. Contudo, sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo benchmark nacional com os dados presentes nos relatórios do KPIH no território goiano ou, quando for o caso, com os próprios preços praticados pela unidade. Ressalte-se ainda, que quando tratamos de hospitais de média e alta complexidade, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, convenciona-se a utilização do *P50*, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas unidades e aos seus custos integrados

21.1.6 Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foi disponibilizado algoritmo de base de cálculo pela consultora Planisa, sendo consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

a) Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade.

b) Conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial.

c) Seleção de hospitais (N) na base de dados da Planisa (sistema KPIH) com perfis semelhantes a Unidade.

21.1.7. O cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto desta unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização. Destaca-se que por se tratar de Edital de Chamada Pública, objetiva-se que a unidade hospitalar seja cada vez mais produtiva e eficiente. Desta feita, embora a série histórica tenha sido utilizada como balizadora da análise, a mesma não foi determinante para o estabelecimento das metas e estimativas de produção.

21.1.8. Para a execução dos cálculos, trabalhou-se com o arredondamento na numeração decimal, conforme ABNT 5891 e, ainda, com a metodologia de arredondamento (sem casas decimais para a projeção de pacientes-dia) permitida pelo *software* utilizado, já que não há leitos ou pacientes que não sejam contabilizados em número inteiro.

21.2 Memória de Cálculo

21.2.1 O critério usado para o custeio das **"Internações Hospitalares"** é o paciente-dia, e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias e de 90% para as UTIs. No entanto, considerando-se o perfil de urgência e emergência da unidade, a série histórica, e as necessidades de encaminhamento identificadas pela Regulação Estadual, empregou-se para as unidades de internação a TOH de 90% para as enfermarias e de 95% para as UTIs. Considerando se tratar de um Edital de Chamada Pública, o custeio estimado para as unidades de internação e unidades de terapia intensiva foi obtido multiplicando esse volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária. Para conferência, analisou-se o número de saídas em concordância com o tempo médio de permanência (TMP) informado tanto no Anexo I como no SIGUS, por especialidade, obtendo-se a compatibilidade dos dados. Para o cálculo mensal, utilizou-se a média de 30,4 dias.

Internação	Nº leitos	TOH	Quantidade dias do mês*	Pacientes Dia Projetado
UI Clínica Médica Adulto	08	90%	30,4	219
UI Clínica Médica Pediátrica	04	90%	30,4	109
UI Clínica Cirúrgica Pediátrica	04	90%	30,4	109
UI Clínica Cirúrgica	18	90%	30,4	492
UI Clínica Ortopédica (predominantemente cirúrgica)	35	90%	30,4	958
UTI Adulto	10	95%	30,4	289
UTI Adulto 2	08	95%	30,4	231

Fonte: KPIH. Relatório de Produção (2022 e 2023) e Relatório de quantidade de leitos/Anexo I - SPAIS.

21.2.2. Considerando o perfil da unidade, que presta serviço de **urgência e emergência**, acompanhou-se a série histórica do período retromencionado da própria unidade, de fevereiro de 2022 a janeiro de 2023, no Relatório de Produção (KPIH), em virtude das possíveis variações e sazonalidades, multiplicando-se a média de atendimentos pelo custo unitário, sem aplicação de índice de ajuste de exames, tendo em vista que o número de atendimentos desta especialidade não está sob a governança dos parceiros.

Serviço	Nº de atendimentos projetados/mês
Atendimento de urgência e emergência	839

21.2.3. O custeio das **cirurgias** foi estimado com o seguinte cálculo: tempo médio operatório multiplicado por saídas cirúrgicas, e este resultado multiplicado pelo custo unitário da hora cirúrgica. Para obtenção do tempo médio operatório foi calculada a divisão das horas cirúrgicas produzidas de fevereiro de 2022 a janeiro de 2023. Igualmente, considerou-se a orientação da SPAIS e da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, dividindo-se as cirurgias em eletivas de alto giro, eletivas de média ou alta complexidade, eletivas de alto custo (item 4.5 do Anexo I), aplicando-se o tempo médio cirúrgico por porte, conforme definido por Possaria & Gaidzinski (2003) e em concordância com a complexidade e perfil da unidade hospitalar. Dessa forma, respeitando-se a descrição do item 4.5 do Anexo I, estabeleceu-se: cirurgias eletivas de alto giro (porte I: 2 horas), cirurgias eletivas de média ou alta complexidade (porte II: 4 horas); cirurgias eletivas de alta complexidade e alto custo (porte III: 5 horas). Estimou-se ainda a realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, a qual pode ser realizada no Centro Cirúrgico, estimando-se o tempo de 45 minutos para cada CPRE. Outrossim, computou-se o tempo cirúrgico para as urgências conforme a mesma série histórica. Destaca-se que o perfil cirúrgico será encaminhado pelo Complexo Regulador do Estado, incluindo o perfil pediátrico, novo para a unidade hospitalar.

Serviço	Saídas	Tempo Médio Operatório	Horas cirúrgicas projetadas
Cirurgias eletivas de alto giro	100	2,0	200
Cirurgias eletivas de média ou alta complexidade	80	4,0	320

001291

Cirurgias eletivas de alta complexidade e alto custo	30	5,0	150
Cirurgias urgência/emergência (demais cirurgias)	-	1,9*	281,2
**** Para CPRE considerou-se o tempo médio de 45 minutos.***			
Referência: Relatório de Demonstração de Custo Unitários dos Centros Cirúrgicos de 2022 e 2023.			

21.2.4. O custeio das **"Consultas Ambulatoriais"** ponderou a série histórica de 2022, no que tange às consultas médicas, multiprofissionais, por especialidade. O valor foi estimado multiplicando a série histórica de consultas já produzidas de fevereiro de 2022 a janeiro de 2023 pelo seu custo unitário. Devido à variação dos custos, as consultas ambulatoriais foram divididas em **consultas médicas** e **consultas multiprofissionais**. Os custos unitários das consultas médicas e multiprofissionais foram obtidos de base externa e fornecidos pela SPAIS. Considerando a existência de sala de procedimentos, estimou-se o quantitativo de 40 procedimentos a serem realizados conforme demanda a ser reportada pelo Complexo Regulador Estadual.

Serviço	Nº de consultas executadas/mês
Consulta médica na atenção especializada	800
Consulta não médica na atenção especializada	900
Pequenos Procedimentos Ambulatoriais	40
Referência: Relatório de Demonstração de Custo Unitários dos Centros Cirúrgicos de fevereiro a dezembro de 2022, janeiro 2023.	

21.2.5. Ainda no escopo de **Atendimento Ambulatorial**, foram considerados os procedimentos ambulatoriais conforme informado no Anexo I da SPAIS a serem realizados na modalidade Hospital-Dia. Assim, o quantitativo estimado foi multiplicado pelo valor de referência unitário. Para esta unidade, a SPAIS ponderou pelo uso dos leitos dia conforme a capacidade: 04 leitos x 01 paciente por dia x 22 dias.

Serviço	Leitos	Atendimentos
Hospital dia	04	88

21.2.6. O custeio do **Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)** Interno foi obtido multiplicando-se o quantitativo estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário conforme média de produção de 2022 a janeiro de 2023 por clínica/especialidade de internação. Para a apuração desse quantitativo, utilizou-se o Relatório de Produção da unidade, que trouxe a média de produção do período citado, removendo-se apenas os exames e sessões relativos ao "SADT Externo" restando, portanto, os valores unitários dos serviços internos. Ressalta-se ainda que cada serviço constante nessa precificação possui produção/custo da unidade no referido relatório.

Serviço	Nº de atendimentos projetados/mês
Agência Transfusional	117
Análises Clínicas	10.077
Anatomia Patológica	45
Ecocardiograma	02
Eletrocardiograma	84
Endoscopia Digestiva	08
Hemodiálise	34
Raio-X	411
Tomografia Computadorizada	193
Ultrassonografia	09
Fisioterapia	7.081
Fonoaudiologia	1.035
Psicologia	2.058
Terapia Ocupacional	589
Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), 2022 e 2023.	

21.2.7. O custeio do **Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) Externo** traz a meta estimada pelo Anexo I, conforme necessidade locorregional, a qual foi multiplicada pelo respectivo custo unitário. A série histórica foi analisada, assim como o volume de exames a serem disponibilizados para pacientes externos devidamente regulados para a unidade.

Serviço	Nº de atendimentos projetadas/mês
Eletrocardiograma	20
Raio X	30
Tomografia Computadorizada	50
CPRE	15
Considerando que o valor ambulatorial da CPRE não é suficiente para a cobertura de seu custo, lançou-se além do valor da produção ambulatorial, a proporção de 45 minutos do valor da hora cirúrgica para compensação.	

22. VALOR MENSAL ESTIMADO

22.1. Considerando a metodologia utilizada, os serviços ofertados e verificados *in loco*, e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, é de **R$ 6.097.982,84 (seis milhões, noventa e sete mil novecentos e oitenta e dois reais e oitenta e quatro centavos)**, no ***percentil P50***, considerando a aplicação da FIPE Saúde, de 8,16% (extraída de https://www.fipe.org.br/pt-br/indices/ipc/#indice-mensal&macum, em 29 de março de 2023).

22.2. O montante **estimado anual** a ser repassado é de R$ **73.175.794,08 (setenta e três milhões, cento e setenta e cinco mil setecentos e noventa e quatro reais e oito centavos)** para **12 (doze) meses**, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde, e **estimado global de R$ 219.527.382,24 (duzentos e dezenove milhões, quinhentos e vinte e sete mil trezentos e oitenta e dois reais e vinte e quatro centavos)** para **36 (trinta e seis) meses** de vigência da parceria.

22.3. Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo. Destaca-se que se trabalhou com o arredondamento na numeração decimal, conforme ABNT 5891:

HOSPITAL: HERSO (Chamamento 2023)								
DESCRIÇÃO	**CRITÉRIO**	**QUANTIDADE**	**P25**	**P50**	**P75**	**CUSTO P25**	**CUSTO P50**	**CUSTO P75**
1. SERVIÇOS HOSPITALARES (c/HM e c/ Mat/Med)								
1.1 Internação								
1.1.1 UI Clínica Médica Adulto	Paciente-dia	219	665,71	794,18	876,74	145.790,49	173.925,42	192.006,06
1.1.2 UI Clínica Médica Pediátrica	Paciente-dia	109	712,60	985,00	1.162,00	77.673,40	107.365,00	126.658,00
1.1.3 UI Clínica Cirúrgica Pediátrica	Paciente-dia	109	712,60	985,00	1.162,00	77.673,40	107.365,00	126.658,00
1.1.4 UI Clínica Cirúrgica Adulto	Paciente-dia	492	609,35	682,60	927,69	299.800,20	335.839,20	456.423,48
1.1.5 UI Clínica Ortopédica	Paciente-dia	958	609,35	682,60	927,69	583.757,30	653.930,80	888.727,02
1.1.6 UTI Adulto	Paciente-dia	289	1.978,73	2.275,14	2.995,17	571.852,97	657.515,46	865.604,13
1.1.7 UTI Adulto 2	Paciente-dia	231	1.978,73	2.275,14	2.995,17	457.086,63	525.557,34	691.884,27
						2.213.634,39	**2.561.498,22**	**3.347.960,96**
1.2 Pronto Socorro								
1.2.1 Pronto Atendimento	Atendimento	839	279,20	296,90	309,10	**234.248,80**	**249.099,10**	**259.334,90**
2. SERVIÇO AMBULATORIAL (c/HM e c/ Mat/Med)								
2.1 Consulta Médica	Consulta	800	110,30	139,50	224,70	88.240,00	111.600,00	179.760,00
2.2 Consulta Não Médica	Consulta	900	37,90	79,50	110,00	34.110,00	71.550,00	99.000,00
2.3 Pequeno Procedimento Ambulatorial	Consulta	40	159,60	172,00	381,00	6.384,00	6.880,00	15.240,00
2.4 Leito Dia	Nº atendimentos	88	501,80	833,60	850,80	44.158,40	73.356,80	74.870,40
						172.892,40	**263.386,80**	**368.870,40**
3. CIRURGIAS (c/HM e c/ Mat/Med)								
3.1 Cirurgias Programadas	Hora Cirúrgica	670,0	1.780,20	2.043,00	2.679,00	1.192.734,00	1.368.810,00	1.794.930,00
3.2 Demais Cirurgias	Hora Cirúrgica	281,2	1.780,20	2.043,00	2.679,00	500.592,24	574.491,60	753.334,80
		951,2				**1.693.326,24**	**1.943.301,60**	**2.548.264,80**
4. SERVIÇOS DE SADT - INTERNO (c/ Mat/Med)								
4.1 Agência Transfusional	Bolsa Transfundidas	117	196,90	279,30	333,40	23.037,30	32.678,10	39.007,80
4.2 Análises Clínicas	Exame	10.077	6,30	8,10	8,80	63.485,10	81.623,70	88.677,60
4.3 Anatomia Patológica	Exame	45	34,80	72,80	125,40	1.566,00	3.276,00	5.643,00
4.4 Ecocardiografia	Exame	2	108,20	139,80	237,60	216,40	279,60	475,20
4.5 Eletrocardiograma	Exame	84	16,00	28,90	45,50	1.344,00	2.427,60	3.822,00
4.6 Endoscopia	Exame	8	487,20	630,80	1.101,30	3.897,60	5.046,40	8.810,40
4.7 Hemodiálise	Sessão	34	331,90	543,40	1.178,80	11.284,60	18.475,60	40.079,20
4.8 Raio X	Exame	411	43,10	57,10	71,40	17.714,10	23.468,10	29.345,40
4.9 Tomografia Computadorizada	Exame	193	99,50	121,60	196,30	19.203,50	23.468,80	37.885,90
4.10 Ultrassonografia	Exame	9	73,40	81,90	103,70	660,60	737,10	933,30
4.11 Fisioterapia	Sessão	7.081	22,60	29,10	33,70	160.030,60	206.057,10	238.629,70
4.12 Fonoaudiologia	Sessão	1.035	29,60	41,00	54,10	30.636,00	42.435,00	55.993,50
4.13 Psicologia	Sessão	2.058	60,60	65,30	76,90	124.714,80	134.387,40	158.260,20
4.14 Terapia Ocupacional	Sessão	589	41,06	48,30	57,20	24.184,34	28.448,70	33.690,80
						481.974,94	**602.809,20**	**741.254,00**
5. SERVIÇOS DE SADT - EXTERNO (c/HM e c/ Mat/Med)								
5.1 CPRE	Procedimento	15	487,20	630,80	1.001,30	7.308,00	9.462,00	15.019,50
5.2 Eletrocardiograma	Exame	20	16,00	28,90	45,50	320,00	578,00	910,00
5.3 Raio X	Exame	30	43,10	57,10	71,40	1.293,00	1.713,00	2.142,00
5.4 Tomografia Computadorizada	Exame	50	99,50	121,60	196,30	4.975,00	6.080,00	9.815,00
						13.896,00	**17.833,00**	**27.886,50**
						4.809.972,77	**5.637.927,92**	**7.293.571,56**
Total com FIPE Saúde (01/2022 a 12/2022) - 8,16%						**5.202.466,55**	**6.097.982,84**	**7.888.727,00**
CUSTEIO MENSAL ESTIMADO						**5.202.466,55**	**6.097.982,84**	**7.888.727,00**

Referência Bibliográfica:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia. Ed. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006.

POSSARI, J.F.; GAIDZINSKI R.R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico no período transoperatório: estudo das horas de assistência, segundo o porte cirúrgico. Rev SOBECC. 2003 Jan-Mar;8(1):16-25.

23.1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

23.2. A atividade assistencial a ser pactuada será conforme Anexo I - Especificações Técnicas HERSO, da Gerência de Atenção Especializada da Superintendência de Políticas e Atenção à Saúde – GERAT/SAIS.

23.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital Estadual da Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO:**

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica (Especialidades);

a.b) Saídas Cirúrgicas;

a.c) Saídas de Clínica Médica Pediátricas;

a.d) Saídas Cirúrgicas Pediátricas.

b) Cirurgias Eletivas - conforme definição trazida no item 4.5 do Anexo I.

c) Atendimento Ambulatorial: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório. Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar. Atendimentos em Hospital-Dia.

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

23.4. Os Atendimentos de Urgência e Emergência; o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, assim como as internações em leitos de UTI adulto, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar a produção realizada.

23.5. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

24. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

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

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

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

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

24.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do Termo de Colaboração, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no Anexo I.

25. SISTEMA DE REPASSE

25.1. Considerando a metodologia utilizada, os serviços ofertados e verificados *in loco*, e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albani Faleiros Machado - HERSO**, para os 12 (doze) meses, é de **73.175.794,08 (setenta e três milhões, cento e setenta e cinco mil setecentos e noventa e quatro reais e oito centavos)**, no percentil ***P50***, considerando a aplicação da FIPE Saúde, de 8,16% (extraída de https://www.fipe.org.br/pt-br/indices/ipc/#indice-mensal&macum, em 29 de março de 2023).

25.2. Do montante **mensal** estimado, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor de **R$ 609.798,28 (seiscentos e nove mil setecentos e noventa e oito reais e vinte e oito centavos)** sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**.

25.3. Do montante **mensal** estimado, a **parte fixa, 90% (noventa por cento),** corresponde ao valor de **R$ 5.488.184,56 (cinco milhões, quatrocentos e oitenta e oito mil cento e oitenta e quatro reais e cinquenta e seis centavos)** distribuído percentualmente nos termos indicados na seguinte **TABELA I:**

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO TERMO DE COLABORAÇÃO		
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO - METAS DE PRODUÇÃO		**PORCENTAGEM (%)**
Internação	Clínica Médica Adulto	5,74%
	Clínica Cirúrgica Adulto	32,68%
	Clínica Médica Pediátrica	3,55%
	Clínica Cirúrgica	3,55%
Cirurgias	Cirurgias Programadas/Eletivas	45,2%

001294

Atendimento Ambulatorial	Consultas médicas	3,69%
	Consultas multiprofissionais	2,35%
	Pequenos Procedimentos Ambulatoriais	0,23%
	Hospital Dia	2,42%
SADT Externo	CPRE	0,31%
	Eletrocardiograma	0,02%
	Raio X	0,06%
	Tomografia Computadorizada	0,2%
Total		**100%**

25.4. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 23.3 já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no Anexo IV - Estimativa de Custeio.

25.5. Em todos os casos, a avaliação dos indicadores de desempenho será realizada trimestralmente, ou antes, mensalmente, diante da necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

25.6. A Secretaria de Estado da Saúde procederá também à análise dos dados ainda não homologados via SIGUS, assim como dos relatórios gerenciais, enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO,** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Termo de Colaboração.

25.7. O *Sistema Integrado das Unidades de Saúde – SIGUS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas** pelo **Hospital Estadual Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

25.8. A cada 06 (seis) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Termo de Colaboração, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

25.8.1. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

25.9. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos. E deverão ser enviadas **até o dia 10 (dez) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

25.10. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, ou antes, mensalmente, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, ou mensal, dependendo do percentual de alcance de cada indicador.

25.11. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores**.

25.12. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o **PARCEIRO PRIVADO** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste Termo de Colaboração;

25.13. A Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

25.14. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas,** a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 05 (cinco) dias corridos para defesa e contraditório.

25.14.1. Na medida em que os indicadores estiverem todos homologados no SIGUS, a OSS terá o prazo de 02 (dois) dois dias úteis do mês subsequente para apresentar defesa e contraditório.

25.15. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da gestão superior (Superintendência/Subsecretaria) e convalidação do Gestor da Pasta.

25.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios gerenciais de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao período avaliado.

25.17. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Termo de Colaboração, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Termo de Colaboração.

25.18. A análise deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Termo de Colaboração em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

25.19. **Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa,** o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do Termo de Colaboração, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

25.20. O **PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente,** o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

25.21. Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

26. CRITÉRIOS DE REPASSE

26.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL (90% do Termo de Colaboração)

26.1.1 Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, mensalmente, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

001295

26.2. A avaliação e análise das atividades pactuadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na *Tabela I - Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado*, para o gerenciamento do **Hospital Estadual Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO** a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II, deste **Anexo Técnico V.**

TABELA II – REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME PACTUADO, PARA O GERENCIAMENTO DO HERSO

MODALIDADE DE PACTUAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Internações Hospitalares Peso 45,52%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual das internações
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual das internações
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado as internações
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado as internações
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinados as internações
Cirurgias Programadas Peso 45,2%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado as cirurgias
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado as cirurgias
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinados as cirurgias
Atendimento, Procedimentos Ambulatoriais e Hospital Dia Peso 8,69%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado as consultas
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado as consultas
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado as consultas
SADT Externo Peso 0,59%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual dos exames/procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual dos exames procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado aos exames/procedimentos

27. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% DO TERMO DE COLABORAÇÃO)

27.1. Os valores percentuais apontados no Anexo Técnico I – **Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados no mês ou nos meses subsequentes ao período de avaliação, que ocorrerá **EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, MENSAL, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

27.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito terá avaliada a sua performance calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM} = \frac{V_A \times 100}{V_M}$$

001296

Onde:

P_{CM}= Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A= Valor Atingido;

V_M= Valor da Meta.

27.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

27.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	10
80,00% até 89,99%	9
70,00% até 79,99%	8
60,00% até 69,99%	7
50,00% até 59,99%	6
< 50%	0

27.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir:

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

27.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

27.6.1. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO.

27.6.2. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado.

27.6.3. Poderão ser aplicadas penalidades ao **PARCEIRO PRIVADO** em caso de reincidência no descumprimento das solicitações quanto ao portal da transparência e em concordância com regulamentação definida pela SES-GO.

TABELA IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100%
9 a 9,9 pontos	100%
8 a 8,9 pontos	90%
7 a 7,9 pontos	80%
6 a 6,9 pontos	70%
5 a 5,9 pontos	60%
Menor que 5 pontos	ZERO

27.7. É esse, portanto, o sistema de repasse para a presente unidade definido pela SES/GO.

001297

Ressalta-se que cada área técnica foi responsável pela elaboração de parte deste documento, conforme expertise e área de atuação, subscrevendo em comum o documento apenas para efeitos práticos. Neste sentido, o Anexo I - Especificações Técnicas foi elaborado pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde, o Anexo II - Ensino e Pesquisa pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos, foi elaborado pela Gerência de Gestão de Pessoas / Superintendência de Gestão Integrada e os Anexos IV – Estimativa de Custeio e V – Sistema de Repasse, pela Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão / Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios.

ANEXO VI - TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO, e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, CEP 75920-000, para os fins que se destina.

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº M-6 233.587/SSP-MG, inscrito no CPF nº 940.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0001-51, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO, brasileiro, casado, engenheiro, inscrito no CPF nº 159.938.598-81, portador da Cédula de Identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP, residente e domiciliado em Rio Verde - GO, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando a legislação pertinente, e tendo em vista o disposto no Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde , em regime de 24 horas/dia, por um período de 36 (trinta e seis) meses, 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.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202300010023436, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do termo de colaboração e antes do início da gestão 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, pela entidade.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens 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, somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a formalização do Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

001298

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE**, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, para que surtam os efeitos legais.

ANEXO VII -TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO, ee o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com o objetivo de autorizar o uso de bens imóveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Estadual de Santa**

001299

Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, CEP 75920-000, para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº M-6 233.587/SSP-MG, inscrito no CPF nº 940.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0001-51, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO, brasileiro, casado, engenheiro, inscrito no CPF nº 159.938.598-81, portador da Cédula de Identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP, residente e domiciliado em Rio Verde - GO, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando o disposto no Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202300010023436, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel onde funciona o **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.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento do **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, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do PERMITENTE.

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO.

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

001300

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia - GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, para que surtam os efeitos legais.

Documento assinado eletronicamente por **ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO**, **Usuário Externo**, em 30/08/2024, às 08:14, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 30/08/2024, às 15:12, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **64030939** e o código CRC **7CB0C457**.

Referência: Processo nº 202300010023436

SEI 64030939

001301

3.1.3 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos.

Os documentos pertencentes a este item estão dispostos nas páginas seguintes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA Nº: 3/2024 - SES/GMAE - CG-14421

GOIANIA, 03 de setembro de 2024.

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, órgão da Administração Direta do Poder Executivo do Estado de Goiás, criada pela Lei n. 3.999, de 14 de novembro de 1961, item 2, inciso I, art. 6º, por meio de sua Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios, **atesta**, para os devidos fins e a pedido do interessado, que o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados ? IPGSE, entidade sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ Nº 18.176.322/0001- 51, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, qualificada no Estado de Goiás como Organização Social de Saúde, por meio do Decreto Estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, atualmente mantém vínculo com esta Pasta para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços das seguintes Unidades de Saúde: **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, desde 26/01/2021,** consoante Contrato de Gestão, em **caráter emergencial**, nº 08/2021 - SES (000019169540) e nº 88/2022-SES (000034143998), agora em decorrência de Chamamento Público (Termo de Colaboração nº93/2024) e **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade de Quirinópolis, desde 26/07/2024,** consoante Termo de Colaboração **Emergencial** nº 93/2024 (62857181), cujas capacidades hospitalares e ambulatoriais estão descritas nos respectivos Ajustes de Parceria, disponíveis em:

PC Quirinópolis: https://ipgse.org.br/termo-de-colaboracao-e-ou-fomento-policlinica/

HERSO: ainda não publicado pela parceira privada, contudo, assim que restar publicado, será acessado por meio do link https://goias.gov.br/saude/selecionar-acesso-as-informacoes-das-organizacoes-sociais/

Dessa forma, encaminhados os autos às Coordenações responsáveis pela consolidação das informações de monitoramento, avaliação e fiscalização dos Contratos de Gestão para manifestação, assim como para a Gerência de Custos, as quais proferiram as seguintes informações:

A **Gerência de Custos - GEC** exarou o Despacho nº 202/2024 (64101759), no qual informa que utiliza o sistema de gestão de custos - *Key Performance Indicators for Health* (KPIH), da consultora Planisa, para o acompanhamento dos custos na gestão das Unidades de Saúde do Estado e que, no **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE vem alimentando o sistema de forma satisfatória desde 26 de janeiro de 2021. Todavia, em relação à **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade de Quirinópolis**, informa que devido ao início da vigência do **Termo de Colaboração Emergencial n° 93/2024 SES/GO,** (SEI nº 62857181), em 26/07/2024, não houve lançamentos de dados no sistema de gestão de custos até 27/08/2024.

001303

A **Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão - COMFIC/GMAE-CG**, por intermédio do Despacho nº 401/2024 (v. 64300243) apresentou as informações de produção em conformidade com os dados enviados via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde - SIGUS e relatórios produzidos pela Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) inerente à unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado ? HERSO**. Assim, seguem abaixo as produções, por ano de competência, dos serviços contratados e realizados da respectiva unidade, validados pela referida coordenação:

Tabela 01 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado ? HERSO:

PLANILHA DE PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS E REALIZADOS								
LINHAS DE CONTRATAÇÃO	2021 JAN A DEZ		2022 JAN A DEZ		2023 JAN A DEZ		2024 JAN a JUL	
Serviços	Contratado	Realizado	Contratado	Realizado	Contratado	Realizado	Contratado	Realizado
Internações Hospitalares	3.972	3.313	5.952	3.645	4.838	5.936	3.458	2.704
SADT Externo	*	*	7.380	13.019	11.380	19.314	7.805	10.548
Atendimento de Urgência e Emergência	970	5.777	*	6.684	*	4.969	*	2.359
Atividade Ambulatorial	1000	12.039	16.800	19.499	18.584	27.292	11.711	20.233
Cirurgias Programadas	*	*	*	*	2.400	1.951	1.400	1.306
Hospital Dia	*	*	*	*	704	634	616	580

Fonte: SIGUS

Deste modo, a COMFIC informa que, relativo ao período de janeiro de 2021 a junho de 2022, a partir dos dados demonstrados da Unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado ? HERSO** não houve cumprimento integral das metas contratualizadas nos Indicadores de Produção estabelecidas no Contrato de Gestão, posto que apresentaram uma produção abaixo da meta, sendo permitida uma variação de até 10% a menor ao centro da meta nas linhas de contratação. Já, inerente ao ano de 2023 e 2024 (até o momento analisado), verifica-se que a unidade citada cumpriu de forma integral com tais indicadores.

Lado outro, referente à **Policlínica Estadual da Região Sudoeste -Unidade Quirinópolis**, a COMFIC esclarece que ainda não há dados de produção e desempenho a serem analisados, haja vista que o Ajuste de Parceria, em caráter emergencial, teve seu início de vigência em 26/07/2024 e ainda não houve lançamento de dados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde - SIGUS.

A **Coordenação de Acompanhamento Contábil - CAC/GMAE-CG**, via Despacho nº 1983/2024 (64444399), pondera que tem por atribuição a avaliação e o monitoramento diário da prestação de contas dos diversos hospitais e policlínicas, gerenciadas por Organizações Sociais, na área de saúde, por intermédio de Contratos de Gestão e Termos de Colaboração, celebrados pelo Estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO), no qual todas as despesas e/ou pagamentos empreendidos pelas OS's, são analisadas sob o aspecto contábil e financeiro, uma vez que tais informações são inseridas por estas entidades no Sistema de Prestação de Contas Econômico-Financeiro (SIPEF), conforme regulamentação expressa na Portaria nº1.038/2017 - GAB/SES-GO.

Informa que, do ponto de vista da prestação de contas mensal, o **Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE)** tem executado a inserção das informações fiscais e contábeis, referentes ao **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO) e da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade de Quirinópolis,** impulsionando as ações destas unidades hospitalares, sob o prisma da contratação de prestadores de serviços e de materiais, assim como a contratação de pessoal, em convergência com o seu Regulamento de

001304

Compras, Contratações de Serviços e Obras, Locações e Alienações, o qual foi aprovado pela Controladoria Geral do Estado de Goiás.

A **Coordenação de Transparência e Integridade - CTI/GMAE-CG,** consoante Despacho nº 76/2024 (64094260) informa que, relativo à unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO)**, Contrato de Gestão Emergencial, o IPGSE vem divulgando de forma satisfatória o acesso à informação e ressalta que conforme última avaliação dos Ajustes de Parceria realizada pela Superintendência de Governo Aberto e Participação Cidadã, a unidade ficou em 16º lugar no *ranking*, obtendo um índice de aprovação de 95,02% (Despacho nº 76/2024, v. 64094260).

Não obstante, inerente à **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade de Quirinópolis,** informa que, em virtude da publicação do Termo de Colaboração Emergencial nº 93/2024 no Diário Oficial do Estado (DOE) em 26/07/2024, ainda não houve tempo hábil para a realização do monitoramento integral no Portal da Transparência referente à Policlínica Estadual da Região Sudoeste ? Unidade Quirinópolis. Contudo, as informações vem sendo paulatinamente inseridas naquele sítio eletrônico.

Por fim, a **Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão - GMAE - CG** responsável pela consolidação das informações, juntamente com a Coordenação de Prestação de Contas - COPRESCON desta unidade, destacam que o Secretário de Estado da Saúde ? SES/GO, no uso de suas atribuições e, em observância ao disposto no item 17 do Anexo I e item 1 do Anexo III, da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, **certificou** as contas da Organização Social em questão, concernente aos Contratos de Gestão (emergenciais) n° 08/2021 e 088/2022 SES/GO, como **REGULARES COM RESSALVAS,** consoante Pareceres de Julgamento Nº 28/2022 SES/GAB, Nº 15/2023 SES/GAB e Nº 17/2024 (64099176 64099188 64099534), ante o gerenciamento e operacionalização do Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, exercícios 2021, 2022 e 2023, respectivamente, com fulcro no Art. 73 da Lei 16.168, de 11 dezembro de 2007.

Contudo, no que se refere à Policlínica Estadual da Região Sudoeste ? Unidade Quirinópolis - Termo de Colaboração Emergencial n° 93/2024 SES/GO, considerando que a prestação de contas anual se dá no exercício subsequente, informa-se que não há prestação de contas/parecer de julgamento para a referida unidade, haja vista, que o instrumento contratual teve seu inicio de vigência em 26/07/2024.

RAFAELA TRONCHA CAMARGO
Gerente de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão

PEDRO DE AQUINO MORAIS JÚNIOR
Superintendente de Monitoramento de Contratos de Gestão e Convênios

LUCIANO DE MOURA CARVALHO
Subsecretário de Vigilância e Atenção Integral à Saúde

RASIVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR
Secretário de Estado da Saúde

001305

Documento assinado eletronicamente por **RAFAELA TRONCHA CAMARGO**, **Gerente**, em 09/09/2024, às 12:23, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **PEDRO DE AQUINO MORAIS JUNIOR**, **Superintendente**, em 11/09/2024, às 09:56, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **LUCIANO DE MOURA CARVALHO**, **Subsecretário (a)**, em 12/09/2024, às 11:25, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 17/09/2024, às 12:33, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **64435172** e o código CRC **A1331283**.

GERÊNCIA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO
RUA SC 1 299, S/C - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - GOIANIA - GO - CEP 74860-270 - (62)3201-3870.

Referência: Processo nº 202400010060799

SEI 64435172

001306

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção Especializada da Saúde (SAES)
Departamento de Regulação Assistência e Controle (DRAC)
Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 07/10/2024

CNES: 6665322 Nome Fantasia: HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIAS HERSO CNPJ: --

Nome Empresarial: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: AVENIDA UIRAPURU Número: S/N Complemento: ESQUINA RUA MUTUM

Bairro: PARQUE ISAURA Município: 521930 - SANTA HELENA DE GOIAS UF: GO

CEP: 75920-000 Telefone: (64)3614-9700 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 1

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: UBYRATAN GONZAGA COELHO

Cadastrado em: 21/12/2010 Atualização na base local: 03/09/2024 Última atualização Nacional: 04/10/2024

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UTI ADULTO - TIPO II	18	18
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	18	18
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	35	35
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	8	8

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

001307

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
HOSPITAL DIA		
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	4	4
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	4	4
PEDIATRIA CLINICA	4	4

Data desativação: --

Motivo desativação: --

001308

Secretaria da Saúde - SES

Extrato do 1º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 20/2023-SES/GO (HECAD). Processo nº 202100010054420. Parceiro Público: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. Parceiro Privado: Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR. Objeto: Constituem objetos do presente termo aditivo: 1. Alteração do Anexo I, visando a ampliação no quantitativo de 10 (dez) leitos de UTI Pediátrica; 2. Ampliação de residência médica e multiprofissional conforme Anexo II; 3. Adequação do valor dos recursos financeiros referentes à folha de pagamento dos servidores cedidos conforme Anexo III; e 4. Alteração dos Anexos IV e V para adequação do valor referente ao custeio. Vigência: 30 de agosto de 2024 a 11 de abril de 2027. Valor: R$ 82.023.064,65 . Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043.2516.03.26000232.50. Signatários: Rasível dos Reis Santos Júnior - Secretário de Estado da Saúde. Lucas Paula da Silva - AGIR.

Protocolo 484451

EXTRATO DO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 101/2024-SES/GO. Processo nº 202300010023436. Parceiro Público: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. Parceiro Privado: Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE. Objeto: 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. Valor: R$ 219.527.382,24. Vigência: 36 (trinta e seis) meses contados a partir da publicação deste extrato no Diário Oficial do Estado de Goiás. Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043. 2516.03. 15000100. 50 e 2850.10.302.1043. 2516.03. 16000232. 50. Signatários: Rasível dos Reis Santos Júnior - Secretário de Estado da Saúde. Aluísio Parmezani Pancrácio - IPGSE.

Protocolo 484449



Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Termo de Colaboração nº 101/2024 - SES

Processo nº 202300010023436

Ajuste de Parceria na forma de Termo de Colaboração, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, CEP 75920-000.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº M-6 233.587/SSP-MG, inscrito no CPF nº 940.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0001-51, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO, brasileiro, casado, engenheiro, inscrito no CPF nº 159.938.598-81, portador da Cédula de Identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP, residente e domiciliado em Rio Verde - GO.

RESOLVEM, na forma da Lei federal nº 13.019/2014, no Edital de Chamamento Público nº 04/2023 e seus Anexos, celebrar o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO,** mediante as seguintes cláusulas e condições:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

1.1. O presente Termo de Colaboração reger-se-á por toda a legislação aplicável à espécie, e ainda pelas disposições que a completarem, cujas normas, desde já, entendem-se como integrantes deste, em especial pelas normas gerais da Lei federal nº 13.019/2014, bem como pelas demais normas citadas no Edital de Chamamento Público nº 04/2023, as quais o PARCEIRO PRIVADO declara conhecer e se obriga a respeitar, ainda que não transcritas neste instrumento.

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO

2.1 O presente Termo de Colaboração tem por objeto 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, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de trabalho e Anexos Técnicos, parte integrante do Edital de Chamamento Público nº 04/2023.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

3.1. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO:**

3.1.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Edital de Chamamento e em sua Proposta de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** exclusivamente na execução do seu objeto.

3.1.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **TERMO DE COLABORAÇÃO,** observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

3.1.6. Gravar com cláusula de inalienabilidade os equipamentos e materiais permanentes adquiridos com recursos provenientes deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** e formalizar promessa de transferência da propriedade à administração pública, na hipótese de sua extinção.

3.1.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração.

3.1.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas.

3.1.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução.

3.1.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas.

3.1.12. Prover os serviços e os equipamentos especificados no Edital de Chamamento e na sua Proposta Técnica, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e da Proposta de Trabalho.

3.1.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso.

3.1.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho.

3.1.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento.

3.1.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, necessários à execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, observando os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo, devendo ainda:

3.1.16.1. prever a realização de procedimentos abertos e acessíveis ao público, com prazo mínimo de 5 (cinco) dias úteis entre a publicação e o envio das propostas no caso de contratações comuns e 10 (dez) dias úteis para contratações complexas e/ou de grande vulto;

3.1.16.2. prever que a vigência dos contratos com terceiros celebrados pela organização da sociedade civil esteja limitado a vigência deste Termo de Colaboração e seus aditivos.

3.1.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da publicação deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

3.1.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas.

3.1.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da publicação deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada.

3.1.20. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar as modalidades de contratação de mão de obra permitidas na legislação brasileira, inclusive o previsto na Lei federal nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, com a redação dada pela Lei federal nº 13.429, de 31 de março de 2017, para contratar recursos humanos para atividades meio e fim do objeto do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, incluindo-se aí as atividades assistenciais das unidades de saúde.

3.1.21. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento.

3.1.22. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta de Técnica/Trabalho, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.

3.1.23. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO,** desde que não sejam superiores ao teto estabelecido no art. 92 da Constituição Estadual.

3.1.24. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

3.1.25. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis.

3.1.27. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações.

3.1.28. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técnica apresentada.

3.1.29. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação.

3.1.30. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.31. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta **PARCERIA**, por meio de registro de ponto e de frequência.

3.1.32. Manter, durante a execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas no Chamamento Público.

3.1.33. Manter durante a execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta de Técnica/Trabalho.

3.1.34. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.35. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.35.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **TERMO DE COLABORAÇÃO.**

3.1.36. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas.

3.1.37. Emitir e apresentar prestação de contas parciais, ao término de cada exercício, no prazo de até 90 dias, ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, ao **PARCEIRO PÚBLICO**, devidamente aprovada pela Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada na Cláusula Décima Oitava deste termo.

3.1.38. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros.

3.1.39. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros.

3.1.40. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização.

3.1.41. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989).

3.1.42. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas.

3.1.43. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, com envio mensal de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.43.1. Verificar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.44. Publicar até o dia 31 de janeiro o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior.

3.1.45. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Monitoramento e Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes.

3.1.45.1. A ausência de resposta, ou mesmo a inobservância ao prazo assinalado para fornecimento das informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, além de consistir em infração ao presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, poderá ser enquadrada na conduta descrita no inciso V do art. 5º da Lei nº 18.672/2014, dispondo: "dificultar atividade de investigação ou fiscalização de órgãos, entidades ou agentes públicos, ou intervir em sua atuação, inclusive no âmbito das agências reguladoras e dos órgãos de fiscalização estaduais", aplicáveis nos termos da referida Lei, à pessoa jurídica aos seus administradores e dirigentes, bem como os agentes que, na prática, exerçam atos característicos de gestão, ainda que não constem formalmente como administradores.

3.1.46. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor.

3.1.47. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria.

3.1.48. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas.

3.1.49. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em contas bancárias específicas isentas de tarifa bancária, conforme item 8.8, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado.

3.1.50. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintos e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas.

3.1.51. Possuir um CNPJ específico (filial) e contas bancárias individualizadas para cada **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.51.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá observar as normas para movimentação dos recursos transferidos pela SES aos Parceiros Privados, instituídas mediante a Portaria nº 994/2023 - SES.

3.1.51.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá abrir contas correntes bancárias específicas isentas de tarifa bancária na Caixa Econômica Federal, agência 0012 (Agência Anhanguera), nos termos do item 8.8 deste Termo, apresentando o extrato zerado à Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios.

3.1.51.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá providenciar a abertura do CNPJ específico (filial) e contas bancárias individualizadas de que trata o item 3.1.51 no prazo de até 60 (sessenta) dias, após a assinatura do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.53. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

3.1.54. Manter, pelo período mínimo de 10 (dez) anos, contado do dia útil subsequente ao da prestação de contas, no mínimo, os documentos originais que compõem a prestação de contas, conforme Anexo II deste termo.

3.1.54.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001.

3.1.55. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

3.1.56. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

3.1.57. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento.

3.1.57.1. Encaminhar mensalmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão.

3.1.57.2. A responsabilidade pelos pagamentos estabelecidos no item 3.1.57 é exclusiva do **PARCEIRO PRIVADO**, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do **PARCEIRO PÚBLICO** a inadimplência da organização da sociedade civil em relação aos referidos pagamentos, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/14.

3.1.58. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão.

3.1.58.1. A responsabilidade pelos pagamentos estabelecidos no item 3.1.58 é exclusiva do **PARCEIRO PRIVADO**, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do **PARCEIRO PÚBLICO** a inadimplência da organização da sociedade civil em relação aos referidos pagamentos, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/14.

3.1.59. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do parceiro público.

3.1.60. Atender as metas pactuadas e definidas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.61. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao **PARCEIRO PÚBLICO**, cuja inexatidão será considerada falta grave.

001312

3.1.62. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas.

3.1.63. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria.

3.1.64. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior.

3.1.65. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria.

3.1.66. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas.

3.1.67. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros.

3.1.68. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros.

3.1.69. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal.

3.1.70. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ ou discriminatórias.

3.1.71. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los.

3.1.72. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido.

3.1.73. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas.

3.1.74. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **TERMO DE COLABORAÇÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados no item 14 deste termo.

3.1.75. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

3.1.76. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada.

3.1.77. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do **TERMO DE COLABORAÇÃO** a que alude, a confirmação **pelo PARCEIRO PRIVADO** o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

3.1.78. Cumprir rigorosamente a Lei Federal nº 13.019/2014.

3.1.79. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 8.11.

3.1.80. Observar o disposto nos arts. 4º-A, 4º-B, 5º-A, 5º-B, 5º-C e 5º-D, da Lei Nacional nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, na contratação de trabalhador autônomo ou prestador titular de pessoa jurídica, qualquer que seja o ramo de atuação, para atividade meio ou fim, inclusive assistencial, objeto do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.81. Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público.

3.1.82. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter todas as condições de habilitação fiscal e trabalhista previstas no Edital durante o curso do presente TERMO.

4. CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

4.1. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

4.2. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Nona deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

4.3. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra.

4.4. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

4.5. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

4.6. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

4.7. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao **PARCEIRO PRIVADO** segundo as regras definidas pelo Poder Público Estadual, mormente o disposto no art. 71 da Lei nº 20.756/2020, bem como no §1º do art.42 c/c art. 142 da Constituição Federal.

4.8. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal.

4.9. Nomear Comissão de Monitoramento e Avaliação deste **TERMO DE COLABORAÇÃO.**

4.10. Manter os processos de seleção (Chamamento Público) do **PARCEIRO PRIVADO**, bem como da contratação e da execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

4.11. Manter os processos de prestação de contas deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 10 (dez) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

4.12. Manter o processo de rescisão da parceria, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contando, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO.**

4.13. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **TERMO DE COLABORAÇÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados no Anexo III deste termo.

4.14. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados abaixo:

4.14.1. Parecer conclusivo, emitido pelo responsável pelo órgão ou entidade supervisora, com descrição da análise efetuada sobre as contas, atestando a regularidade da aplicação dos recursos públicos repassados à entidade no decorrer do exercício, evidenciando, dentre outras informações:

a) identificação da entidade contratada com as seguintes informações:

001313

a.1) razão social;

a.2) CNPJ;

a.3) natureza jurídica;

a.4) área de atuação;

a.5) sítio oficial da entidade na rede mundial de computadores (internet);

b) declaração que recebeu a prestação de contas pela organização da sociedade civil assinada por seu dirigente máximo contendo a data da apresentação e o período de referência;

c) objeto e vigência do termo de colaboração;

d) comparativo entre os valores pactuados mensais e os efetivamente repassados durante o exercício com as justificativas de eventuais diferenças;

e) comparativo entre os valores efetivamente repassados nos últimos três exercícios, quando houver;

f) comparativo do gasto anual com pessoal em relação aos gastos dos últimos dois exercícios, quando houver, identificando separadamente as despesas com contratados e cedidos e respectivos encargos;

g) demonstração da vantajosidade efetivamente obtida com a descentralização da prestação do serviço público, a qual deverá abranger a economia financeira e ganhos de eficiência técnica, de forma a evidenciar a relação custo-benefício e fazendo, ainda, referência às metas e indicadores estabelecidos;

h) comparativo das metas previstas e realizadas, contemplando:

h.1) indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas;

h.2) a execução dos programas de trabalho proposto pela Organização da Sociedade Civil, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizaram o pleno cumprimento das metas estabelecidas;

h.3) indicadores de gestão que permitam aferir a eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade da atuação da entidade, levando-se em conta os resultados quantitativos e qualitativos alcançados pela instituição;

h.4) as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas.

i) irregularidades detectadas na execução do termo de colaboração e eventuais sanções aplicadas;

j) informações acerca da abertura de tomada de contas especial durante o exercício;

k) informações sobre a publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do termo de colaboração, contendo a data de publicação;

l) endereço da página do sítio oficial da entidade na rede mundial de computadores (internet) onde se encontram divulgados os relatórios emitidos pela comissão de monitoramento e avaliação;

m) cumprimento das determinações expedidas pelo Tribunal de Contas e pela Controladoria-Geral do Estado, caso haja.

4.14.2. Relatório da auditoria externa, sobre as Demonstrações Contábeis, no sentido de verificar se estas refletem adequadamente a posição patrimonial e financeira, o resultado das operações, as mutações do patrimônio líquido e os fluxos de caixa da contratada examinada, bem como em relação a evolução do passivo trabalhista e/ou previdenciário e o seu impacto nas contas auditadas.

4.14.3. Certificado de Auditoria do órgão central de controle interno, evidenciando os aspectos de eficácia, eficiência, efetividade, economicidade, legalidades e legitimidade na execução do termo de colaboração.

4.14.4. Nota técnica do órgão central de controle interno, a ser enviada diretamente ao Tribunal, por meio do Portal TCENet, disponível no endereço www.tce.go.gov.br, evidenciando a aplicabilidade dos indicadores quanto aos aspectos de eficácia, eficiência, efetividade, economicidade, bem como a legalidade e legitimidade do processo de prestação de contas do termo de colaboração, além da avaliação quanto:

a) à adequada formalização e tempestividade na prestação de contas anual, inclusive sua disponibilização aos órgãos competentes em homenagem ao princípio da transparência pública;

b) aos trabalhos desenvolvidos pela comissão de monitoramento e avaliação, realizados pelo PARCEIRO PÚBLICO.

4.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão adotados.

5. CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

5.1. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

5.2. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação.

5.3. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

5.4. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais.

5.5. Divulgar as ações/resultados advindos do **TERMO DE COLABORAÇÃO** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

5.6. Divulgar pela internet os meios de representação sobre a aplicação irregular dos recursos envolvidos na parceria.

6. CLÁUSULA SEXTA – DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, E DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

6.1. O **PARCEIRO PÚBLICO** promoverá o monitoramento e a avaliação do cumprimento do objeto da parceria por meio da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la).

6.1.1. Para a implementação do disposto no item anterior, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá valer-se do apoio técnico de terceiros, delegar competência ou firmar parcerias com órgãos ou entidades que se situem próximos ao local de aplicação dos recursos.

6.2. Diariamente, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) deverá acompanhar os dados inseridos pela organização da sociedade civil nos sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

6.3. Mensalmente, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) emitirá relatório parcial de execução do objeto, em que avaliará:

6.3.1. o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas, de que trata o item 3.1.36;

001314

6.3.2. o relatório de produção extraídos dos sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

6.3.3. os indicadores de desempenho extraídos dos sistemas informatizados de gestão adotados pelo PARCEIRO PÚBLICO;

6.3.4. cumprimento das obrigações trabalhistas.

6.4. Trimestralmente, ou em prazo inferior conforme determinado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) procederá a consolidação dos relatórios parciais de execução do objeto do período findo, com a indicação dos valores a serem glosados, se for o caso, devendo encaminhá-lo ao Gestor do termo de colaboração.

6.5. Semestralmente, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) emitirá relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, e o submeterá à Comissão de Monitoramento e Avaliação designada, que o homologará, independentemente da obrigatoriedade de apresentação da prestação de contas devida pela organização da sociedade civil.

6.5.1. O relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, deverá conter:

a) descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;

b) análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho;

c) valores efetivamente transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

d) análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela organização da sociedade civil na prestação de contas, quando não for comprovado o alcance das metas e resultados estabelecidos no respectivo termo de colaboração;

e) análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

6.6. O PARCEIRO PÚBLICO designará a Comissão de Monitoramento e Avaliação através de Portaria expedida pelo titular da Secretária de Estado da Saúde, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura do Termo de Colaboração.

6.7. Os resultados atingidos com a execução deste termo de colaboração obtidos na forma dos itens 6.3, 6.4 e 6.5, nortearão as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

6.8. O PARCEIRO PÚBLICO promoverá o acompanhamento e a fiscalização da parceria por meio de Gestor/Suplente designado através de Portaria expedida pelo titular da Secretária de Estado da Saúde, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura do Termo de Colaboração.

6.8.1. O Gestor, poderá solicitar a designação de um ou mais Fiscais/Suplentes para prestar apoio técnico e operacional, especialmente quando a execução ocorrer em município diverso de sua lotação e/ou demandarem conhecimentos técnicos específicos.

6.8.1.1. A designação do(s) Fiscal(ais) deverá ocorrer por meio de Portaria expedida pelo titular da Secretaria de Estado da Saúde.

6.9. São obrigações do Gestor:

6.9.1. acompanhar e fiscalizar a execução da parceria;

6.9.2. informar ao seu superior hierárquico a existência de fatos que comprometam ou possam comprometer as atividades ou metas da parceria e de indícios de irregularidades na gestão dos recursos, bem como as providências adotadas ou que serão adotadas para sanar os problemas detectados;

6.9.2.1. as irregularidades cometidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** ao longo da execução da parceria serão preliminarmente apuradas pela área técnica responsável pela gestão e/ou fiscalização, que notificará a parceira privada para que, no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados do recebimento do aviso, apresente justificativas ou providencie a regularização.

6.9.2.2. providenciada a regularização ou acatada a justificativa, a área técnica competente emitirá despacho fundamentado, indicando os motivos de fato e de direito que levaram ao seu acolhimento, encaminhando-o ao Titular da Pasta para conhecimento e decisão.

6.9.2.3. não havendo a regularização e/ou rejeitada a justificativa, havendo indícios suficientes de materialidade capazes de ensejar a aplicação de sanção, nos termos estabelecidos no ajuste, e demais normas pertinentes, a área técnica competente emitirá relatório sucinto descrevendo os fatos e as condutas irregulares eventualmente praticadas pela parceira privada e submeterá ao Titular da Pasta para instauração do Processo de Responsabilização por descumprimento da parceria, em autos apartados do principal.

6.9.3. emitir parecer técnico conclusivo de análise da prestação de contas final, levando em consideração o conteúdo do relatório técnico de monitoramento e avaliação de que trata o item 6.5;

6.9.4. disponibilizar materiais e equipamentos tecnológicos necessários, se for o caso, às atividades de monitoramento e avaliação;

6.9.5. acompanhar o pagamento de água, luz e telefone da unidade sob gestão da organização da sociedade civil;

6.9.6. acompanhar a regularidade fiscal e trabalhista da organização da sociedade civil, bem como a manutenção de todas as condições de habilitação;

6.9.7. solicitar à Gerência de Finanças o depósito das parcelas mensais na forma dos itens 8.1 e 9.1, com as indicações de Glosas, se houver, em conformidade com o indicado nos relatórios parciais de execução do objeto, de que tratam os itens 6.3 e 6.4.

6.10. O Gestor da execução do termo de colaboração, ao tomar conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos públicos pela organização da sociedade civil, deverá informar o Secretário de Estado da Saúde e, posteriormente, o Tribunal de Contas do Estado, bem como à Assembleia Legislativa do Estado de Goiás, sob pena de responsabilidade solidária.

6.10.1. Sem prejuízo da medida a que se refere o item 6.10, caso haja indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, o Gestor, quando assim a gravidade dos fatos ou o interesse público exigirem, representará ao Ministério Público, à Controladoria-Geral do Estado — CGE e à Procuradoria-Geral do Estado — PGE, para a adoção das medidas cabíveis.

6.11. Na hipótese de inexecução por culpa exclusiva da organização da sociedade civil, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá, exclusivamente para assegurar o atendimento de serviços essenciais à população, por ato próprio e independentemente de autorização judicial, a fim de realizar ou manter a execução das metas ou atividades pactuadas:

6.11.1. retomar os bens públicos em poder da organização da sociedade civil parceira, qualquer que tenha sido a modalidade ou título que concedeu direitos de uso de tais bens;

6.11.2. assumir a responsabilidade pela execução do restante do objeto previsto no plano de trabalho, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade, devendo ser considerado na prestação de contas o que foi executado pela organização da sociedade civil até o momento em que a administração assumiu essas responsabilidades.

6.12. O PARCEIRO PÚBLICO, sempre que possível, realizará pesquisa de satisfação com os beneficiários do plano de trabalho e utilizará os resultados como subsídio na avaliação da parceria celebrada e do cumprimento dos objetivos pactuados, bem como na reorientação e no ajuste das metas e atividades definidas.

6.13. Será impedida de participar como gestor da parceria ou como membro da comissão de monitoramento e avaliação pessoa que, nos últimos 5 (cinco) anos, tenha mantido relação jurídica com, ao menos, 1 (uma) das entidades partícipes do procedimento.

6.14. O PARCEIRO PÚBLICO, por meio da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) ou do Gestor do termo de colaboração poderá, a qualquer tempo, exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios, necessários ao monitoramento, avaliação e fiscalização dos ajustes.

001315

7. CLÁUSULA SÉTIMA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

7.1. A vigência do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** será de **36 (trinta e seis) meses**, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, nos termos do art. 38 da Lei federal nº 13.019/2014.

7.2 A vigência da parceria poderá ser alterada mediante solicitação da organização da sociedade civil, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada à Secretaria de Estado da Saúde em, no mínimo, trinta dias antes do termo inicialmente previsto.

7.3 A prorrogação poderá ocorrer, desde que demonstrado que as metas pactuadas foram alcançadas, a adequação dos resultados e a aprovação das prestações de contas pela Secretaria de Estado da Saúde, até o **limite máximo de 12 (doze) anos**.

7.4 A prorrogação de ofício da vigência do termo de colaboração deve ser feita pela administração pública quando ela der causa a atraso na liberação de recursos financeiros, limitada ao exato período do atraso verificado.

7.5. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, com fito de assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e a ampla defesa.

8. CLÁUSULA OITAVA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

8.1. Para executar o objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** especificado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho, o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** a importância mensal estimada de R$ 6.097.982,84 (seis milhões, noventa e sete mil, novecentos e oitenta e dois reais e oitenta e quatro centavos), perfazendo o valor estimado global de R$ 219.527.382,24 (duzentos e dezenove milhões, quinhentos e vinte e sete mil, trezentos e oitenta e dois reais e vinte e quatro centavos), para o período de 36 (trinta e seis) meses.

8.2. A Unidade de Saúde possui servidores cedidos conforme discriminado no Anexo III do Plano de Trabalho (SEI nº 48561268) cujo custo estimado mensal é de 1.912.273,17 (um milhão, novecentos e doze mil, duzentos e setenta e três reais e dezessete centavos), perfazendo o valor estimado de R$ 68.841.834,12 (sessenta e oito milhões, oitocentos e quarenta e um mil, oitocentos e trinta e quatro reais e doze centavos), para o período de 36 meses.

8.2.1. O pagamento dos servidores cedidos é realizado diretamente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** de forma que o valor estimado constante no item 8.2 não é repassado ao **PARCEIRO PRIVADO**.

8.2.3. Para fins informativos, o custo mensal estimado total da Unidade de Saúde, incluindo o pagamento dos servidores cedidos, será de R$ 8.010.256,01 (oito milhões, dez mil, duzentos e cinquenta e seis reais e um centavo), o que resultará no valor estimado total de R$ 288.369.216,36 (duzentos e oitenta e oito milhões, trezentos e sessenta e nove mil, duzentos e dezesseis reais e trinta e seis centavos).

8.3. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

8.4. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 8.8, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

8.5. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

8.6. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

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

8. 8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em em conta corrente específica isenta de tarifa bancária, em instituição bancária e agência indicada pela Secretaria de Estado da Saúde e, enquanto não empregados na sua finalidade, serão obrigatoriamente aplicados, conforme regulamento específico.

8.9. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em contas bancárias específicas, vinculadas à natureza do repasse, sendo:

I - 1 (uma) conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao custeio,

II - 1 (uma) conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados às portarias de investimento, e

III - 1 (uma) conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais.

8.10. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

8.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

8.12. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

8.13. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

8.14. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar;

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos;

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos;

001316

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos.

e) Quaisquer finalidades alheias ao objeto da parceria.

8.15. Ao final do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

8.16. Do total de recursos financeiros a serem repassados ao Parceiro Privado relativos à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, o montante de 3% (três por cento) será depositado diretamente na conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao Fundo de provisão para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, ocasião em que o montante de 97% (noventa e sete por cento) será depositado diretamente na conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao custeio;

8.17. Os recursos destinados ao Fundo de provisão para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, depositados na conta exclusiva que trata o inciso III, do item 8.8 deste edital, somente poderão ser movimentados mediante dupla autorização junto a instituição financeira que trata o caput deste artigo, sendo 1 (uma) sob a responsabilidade do Parceiro Privado, e 1 (uma) sob responsabilidade da SES;

8.18. É proibida a manutenção e a movimentação dos recursos repassados ao Parceiro Privado, necessários ao cumprimento do termo de colaboração em conta distinta das especificadas no item 8.9 deste instrumento.

8.19. É proibida a movimentação de recursos entre as contas exclusivas de que trata o item 8.9, mesmo que a título de "empréstimos" ou, ainda sob qualquer outra motivação.

8.20. Toda a movimentação de recursos no âmbito do Termo de Colaboração celebrado, será realizada mediante transferência eletrônica sujeita à identificação do beneficiário final e à obrigatoriedade de depósito em sua conta bancária.

8.21. Os pagamentos deverão ser realizados mediante crédito na conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços.

8.22. É proibida a movimentação de recursos do termo de colaboração, entre unidades hospitalares distintas e/ou para a Matriz da entidade, a título de "empréstimos" ou, ainda sob qualquer outra motivação.

8.23. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta e Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

8.24. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

9. CLÁUSULA NONA – DO REPASSE DE RECURSOS

9.1. No primeiro ano do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** o valor a ser repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO** será de R$ 73.175.794,08 (setenta e três milhões, cento e setenta e cinco mil, setecentos e noventa e quatro reais e oito centavos), em 12 (doze) parcelas mensais de R$ 6.097.982,84 (seis milhões, noventa e sete mil, novecentos e oitenta e dois reais e oitenta e quatro centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da publicação do extrato do Termo de Colaboração no Diário Oficial do Estado de Goiás e os demais até o 5º dia útil de cada mês.

9.1.1 As parcelas serão liberadas mensalmente, exceto nos casos previstos no art. 48 da Lei nº 13.019/2014, quando deverá haver a retenção até o saneamento das impropriedades.

9.1.1.1 Após o prazo de 60 (sessenta) dias estabelecido no Item 3.1.51.3, o **PARCEIRO PÚBLICO** deverá realizar os repasses em conta bancária da filial do **PARCEIRO PRIVADO** criada especificamente para execução do ajuste. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** não possua a filial no prazo supramencionado, deverá apresentar JUSTIFICATIVA e submeter ao **PARCEIRO PÚBLICO** para aceite, a fim de evitar atraso nos repasses.

9.1.2. Será de inteira responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP.

9.1.3. A depender do parecer emitido por comissão a ser instituída pela SES, quando o **PARCEIRO PÚBLICO** for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores correspondentes poderão ser cobrados regressivamente do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Termo de Colaboração repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.1.4. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo.

9.1.5. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.2. As despesas deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

Descrição	Código	Denominação
Unidade	2850	Fundo Estadual de Saúde
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2516	Gestão Indireta - Atendimento Ambulatorial e/ou Hospitalar
Grupo de despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte	15000100	Recursos não vinculados de impostos - receitas ordinárias
Modalidade de Aplicação	50	Transferências a Instituições Privadas sem fins lucrativos

9.3. Para os próximos exercícios as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o **PARCEIRO PÚBLICO** obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva nota de empenho estimativa e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

9.4. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na tabela do item 9.2 poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a qual apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

001317

10. CLÁUSULA DÉCIMA – DOS RECURSOS HUMANOS

10.1. O PARCEIRO PRIVADO utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** de acordo com o plano de gestão de recursos humanos apresentados em sua Proposta Técnica, podendo considerar um modelo misto de trabalhadores, composto por servidores públicos do PARCEIRO PÚBLICO e por empregados contratados, em regime celetista, mediante processo seletivo. O **PARCEIRO PRIVADO**, para fins de alcançar os objetivos desse ajuste, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

10.2 É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

10.3. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

10.4. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

10.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada.

10.6. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, relacionados à execução do objeto previsto no termo de colaboração, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a inadimplência da organização da sociedade civil em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/2014.

10.7. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

10.8. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

10.9. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um termo de colaboração, de fomento, cooperação ou contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO**, para a apuração dos limites constantes nos itens 10.7 e 10.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todas essas relações.

10.10. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico V do Plano de Trabalho.

10.11. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

10.12. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **PARCEIRO PRIVADO**, para quaisquer serviços relativos a este **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

10.13. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceria, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

10.14. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

10.15. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

10.16. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

10.17. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

10.18. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

10.19. Na apuração dos limites constantes nos itens 10.7 e 10.8, será considerado o somatório das despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do **PARCEIRO PÚBLICO** cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 10.9.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS ALTERAÇÕES

11.1 O presente TERMO DE COLABORAÇÃO, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

11.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os PARCEIROS, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

11.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo PARCEIRO PÚBLICO.

11.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

11.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos.

11.6. O PLANO DE TRABALHO da parceria, a qualquer tempo, poderá ser revisto para alteração de valores ou de metas, mediante termo aditivo ou por apostila ao plano de trabalho original, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

11.7. Caso a revisão seja realizada através de Termo Aditivo, as alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os PARCEIROS, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

001318

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA DENÚNCIA

12.1. O presente instrumento pode ser denunciado antes do término do prazo inicialmente pactuado, após manifestação expressa, por ofício ou carta remetida à outra parte, com antecedência mínima de 270 (duzentos e setenta) dias. Nesta hipótese, as partes definirão através de Termo de Encerramento as respectivas condições, sanções e delimitações claras de responsabilidades em relação à conclusão ou extinção do trabalho em andamento.

12.1.1. Por ocasião da denúncia, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos à entidade ou ao órgão repassador dos recursos, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de Tomada de Contas Especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade responsável pela parceria.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO

13.1. O presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, mediante aviso de intenção no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

13.1.1. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **TERMO DE COLABORAÇÃO** e as disposições legais;

13.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

13.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois semestres não cumprir as metas previstas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

13.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

13.1.5. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

13.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

13.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

13.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

13.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

13.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **TERMO DE COLABORAÇÃO** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações;

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

d) **TERMO DE COLABORAÇÃO** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões da Diretoria, relativas a este **TERMO DE COLABORAÇÃO;**

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parcerias, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras cm suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pela Diretoria **do PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Perguntas que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO**.

x) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente que exercem as atividades-fim das unidades estaduais geridas e que se relacionam à substituição de servidor público, com os respectivos salários.

14.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS PARTES INTEGRANTES DO TERMO DE COLABORAÇÃO

15.1. Integram o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**:

a) Anexos Técnicos

b) Plano de Trabalho

c) Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**

c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis

e) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis

15.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública que se encontram.

16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

16.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a inadimplência da organização da sociedade civil, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/2014.

17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS SANÇÕES

17.1. A Administração Estadual poderá impor à entidade, pela execução da parceria em desacordo total ou parcial com o Edital e seus anexos, com o Termo de Colaboração e seus anexos, com as normas da Lei federal nº 13.019/2014 , as seguintes sanções, garantida a prévia defesa:

a) advertência;

b) suspensão temporária de participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública sancionadora, por prazo não superior a dois anos;

c) declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a organização da sociedade civil ressarcir a administração pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso II.

17.1.1. os dirigentes das entidades responderão, individual e solidariamente, pelos danos ou pelos prejuízos decorrentes de sua ação ou sua omissão, sem prejuízo das sanções previstas no Termo de Colaboração.

17.2. As sanções estabelecidas nas alíneas "b" e "c" são de competência exclusiva do Secretário de Estado da Saúde, facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de dez dias da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após dois anos de aplicação da penalidade.

17.3. Fica o **PARCEIRO PRIVADO** e seus representantes legais sujeitos às sanções previstas na Lei estadual nº 18.672/2014, quando praticarem os atos lesivos previstos no art. 5º da referida norma.

17.4. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

17.5. As irregularidades cometidas pela entidade ao longo da execução da parceria serão preliminarmente apuradas pela área técnica responsável pela gestão e/ou fiscalização da parceria, que notificará a parceira privada para que, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados do recebimento do aviso, apresente justificativas ou providencie a regularização.

17.5.1. Providenciada a regularização ou acatada a justificativa, a área técnica competente emitirá despacho fundamentado, indicando os motivos de fato e de direito que levaram ao seu acolhimento, encaminhando-o ao Titular da Pasta para conhecimento e decisão.

17.5.2. Não havendo a regularização e/ou rejeitada a justificativa, havendo indícios suficientes de materialidade capazes de ensejar a aplicação de penalidade, nos termos estabelecidos no Termo de Colaboração, e demais normas pertinentes, a área técnica competente emitirá relatório sucinto descrevendo os fatos e as condutas irregulares eventualmente praticadas pela parceira privada e submeterá ao Titular da Pasta para instauração do Processo de Responsabilização por descumprimento contratual, em autos apartados do principal, mediante portaria.

17.6. Instaurado o Processo de Responsabilização por descumprimento contratual, a Comissão Processante instruirá o processo oportunizando o contraditório e a ampla defesa, emitindo, ao final, relatório conclusivo, sugerindo, se for o caso, a aplicação de penalidade, encaminhando-o ao Titular da Pasta para decisão.

17.6.1. As infrações administrativas aos termos estabelecidos no ajuste, e demais normas pertinentes, e que também sejam tipificadas como atos lesivos no art. 5º da Lei estadual nº 18.672/2014, poderão ser apuradas e julgadas de forma concomitante e nos mesmos autos do Processo de Responsabilização.

18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

18.1. A prestação de contas deverá ser feita observando-se as regras previstas nesta Lei nº 13.019/2014, além de prazos e normas de elaboração constantes deste Termo de Colaboração e do Plano de Trabalho.

18.1.1. O **PARCEIRO PÚBLICO** fornecerá as orientações ao **PARCEIRO PRIVADO** contendo os procedimentos para a prestação de contas.

18.2. O **PARCEIRO PRIVADO** prestará contas da boa e regular aplicação dos recursos recebidos no final de cada exercício e no término da parceria, no prazo de até 90 (noventa) dias.

18.2.1 O prazo poderá ser prorrogado por até 30 (trinta) dias, desde que devidamente justificado, e aceito pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

18.3. O disposto no item 18.2. não impede que o **PARCEIRO PÚBLICO** promova a instauração de tomada de contas especial antes do término da parceria, ante evidências de irregularidades na execução do objeto.

18.4. A prestação de contas deverá conter elementos que permitam ao Gestor do PARCEIRO PÚBLICO avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado, com a descrição pormenorizada das atividades realizadas e a comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados, até o período de que trata a prestação de contas.

18.4.1. Serão glosados valores relacionados a metas e resultados descumpridos sem justificativa suficiente.

18.4.2. Os dados financeiros serão analisados com o intuito de estabelecer o nexo de causalidade entre a receita e a despesa realizada, a sua conformidade e o cumprimento das normas pertinentes.

18.5. A análise da prestação de contas deverá observar além de documentos específicos previstos no plano de trabalho, os seguintes relatórios:

18.5.1. relatório de execução do objeto;

001320

18.5.2. relatório de execução financeira.

18.6. O **PARCEIRO PÚBLICO** deverá considerar em sua análise os seguintes relatórios elaborados internamente, quando houver:

18.6.1. relatório de visita técnica *in loco*;

18.6.2. relatório técnico de monitoramento e avaliação, homologado pela comissão de monitoramento e avaliação designada;

18.7. O Gestor do termo de colaboração emitirá parecer técnico de análise de prestação de contas da parceria.

18.7.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar prestação de contas parciais ao fim de cada exercício, para fins de monitoramento do cumprimento das metas do objeto.

18.8. Os pareceres técnicos deverão, obrigatoriamente, mencionar:

18.8.1. os resultados já alcançados e seus benefícios;

18.8.2. os impactos econômicos ou sociais;

18.8.3. o grau de satisfação do público-alvo;

18.8.4. a possibilidade de sustentabilidade das ações após a conclusão do objeto pactuado.

18.9. Constatada irregularidade ou omissão na prestação de contas, será concedido prazo de até 45 quarenta e cinco) dias para a organização da sociedade civil sanar a irregularidade ou cumprir a obrigação, prorrogável justificadamente, no máximo, por igual período.

18.10. O **PARCEIRO PÚBLICO** apreciará a prestação de contas, no prazo de até 150 (cento e cinquenta) dias, contada da data de recebimento ou do cumprimento de diligência por ele determinado, prorrogável justificadamente por igual período.

18.11. O parecer técnico de prestação de contas, decorrente do final de cada exercício financeiro e ao término da vigência da parceria celebrada, deverá, ainda, incluir manifestação sobre a avaliação das contas, de acordo com os parâmetros do artigo 72 da Lei federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014.

18.12. Em face do parecer a que se refere o item 18.8, a comissão de monitoramento e avaliação proporá à autoridade competente para assinatura do respectivo instrumento de parceria a avalição da prestação de contas da organização da sociedade civil quanto à regularidade, com ou sem ressalvas, ou a rejeição, conforme item 18.14 e, na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

18.13. As prestações de contas serão avaliadas:

18.13.1. regulares, quando expressarem, de forma clara e objetiva, o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

18.13.2. regulares com ressalva, quando evidenciarem impropriedade ou qualquer outra falta de natureza formal que não resulte em dano ao erário;

18.13.3. irregulares, quando comprovada qualquer das seguintes circunstâncias:

a) omissão no dever de prestar contas;

b) descumprimento injustificado dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

c) dano ao erário decorrente de ato de gestão ilegítimo ou antieconômico;

d) desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA CONCILIAÇÃO E MEDIAÇÃO

19.1 As controvérsias eventualmente surgidas quanto à formalização, execução ou encerramento do ajuste decorrentes deste chamamento público, serão submetidas à tentativa de conciliação ou mediação no âmbito da Câmara de Conciliação, Mediação e Arbitragem da Administração Estadual (CCMA), na forma da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 e da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

20. CLÁUSULA VIGÉSIMA – DO FORO

20.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia/GO para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

21. CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA PUBLICAÇÃO

21.1. A publicação do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** no Diário Oficial do Estado e Diário Oficial da União, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua assinatura, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

21.2. A publicação do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** se dará ainda no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde.

22. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DOS CASOS OMISSOS

22.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO Nº I AO V/2023 - SES/GEMOD-21281

ANEXO Nº I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS/2023 - HERSO

Este anexo constitui parte integrante do presente Ajuste e acrescenta cláusulas específicas para Termos de Colaboração celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução, monitoramento, avaliação e fiscalização da parceria e prestação dos serviços descritos. O Anexo I está dividido em três segmentos: **I) Especificações Técnicas e Descritivo de Serviços,** os quais normatizam a execução da parceria na área da saúde; **II) Metas de produção,** que definem as premissas técnicas de execução e estabelecem metas quantitativas; e **III) Indicadores e Metas de Qualidade/Desempenho,** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos de gestão da Unidade.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

001321

1.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1.1. Aderir e alimentar o(s) sistema(s) de informação a ser(em) disponibilizado(s) pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle, avaliação e fiscalização de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

1.1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros dos procedimentos da Tabela SUS realizados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

1.1.2.1. Os procedimentos da Tabela SUS devem ser registrados e faturados em concordância com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do

SUS.

1.1.3. Atualizar, periodicamente ou sempre que houver qualquer alteração, a listagem de profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento, sua respectiva carga horária, instalações físicas, serviços especializados e suas respectivas classificações, leitos e equipamentos, procedendo aos devidos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

1.1.4. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantir a assistência integral e por especialidade de acordo com a necessidade do usuário, assegurando o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do estabelecimento de saúde. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas preferencialmente até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

1.1.5. Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

1.1.6. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital de acordo com regras estabelecidas pela SES-GO;

1.1.6.1. O uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites, eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás, mediante a autorização prévia da Secretaria Estadual de Saúde.

1.1.7. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no estabelecimento de saúde, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no estabelecimento, observando a legislação vigente, dentre elas, as Resoluções e Instruções do Conselho Federal de Medicina;

1.1.7.1. Zelar pela integridade, acondicionamento adequado e guarda dos prontuários dos pacientes assistidos no respectivo estabelecimento de saúde, ainda que produzidos fora da sua gestão, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

1.1.7.2. No caso de troca de gestão da unidade, se responsabilizar pela condução da entrega dos prontuários ao substituto que ocupará a sua função e herdará os arquivos, pelo tempo determinado pelas normas específicas.

1.1.8. Assumir a inteira responsabilidade pelo fornecimento de materiais, insumos, produtos para a saúde, medicamentos, órteses e próteses por ele prescritos que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP e suas atualizações ou outra tabela que vier a substituí-la;

1.1.8.1. A depender do parecer emitido por comissão a ser instituída pela SES, quando o **PARCEIRO PÚBLICO** for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores correspondentes poderão ser cobrados regressivamente do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Termo de Colaboração repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

1.1.8.2. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo e parecer da comissão a ser instituída pela SES;

1.1.8.3. A metodologia de atuação da comissão será disciplinada por regulamento próprio via portaria do gestor da pasta;

1.1.8.4. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.1.9. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

1.1.10. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Termo de Colaboração;

1.1.11. Consolidar a imagem do **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE** como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

1.1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência desta parceria, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente Termo de Colaboração, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

1.1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, nome da mãe, data de nascimento, Registro Civil (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF) e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

1.1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a:

a. Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e responsabilizar-se pelos arquivos, considerando os prazos previstos em lei, inclusive dos prontuários produzidos anteriores a sua gestão;

b. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

c. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital;

d. Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Termo de Colaboração;

e. Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;

f. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

g. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

h. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;

i. Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por representante de qualquer religião;

001322

j. Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes, idosos e nos demais casos previstos em legislações específicas;

k. Garantir atendimento indiferenciado aos usuários;

l. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR/Estabelecimento de Saúde", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

l.1. Nome do usuário;

l.2. Nome do Hospital/Estabelecimento de Saúde;

l.3. Localização do Hospital (endereço, município, estado);

l.4. Motivo da internação (CID-10);

l.5. Data de admissão e data da alta;

l.6. Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;

l.7. Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta;

l.8. O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos";

l.9. Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar;

l.10. Arquivar ou indexar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

1.1.15. Fazer contato prévio via e-mail e/ou telefone com o coordenador da Atenção Primária à Saúde - APS do município de origem do paciente, para informar a previsão ou confirmação da alta, encaminhando documento de alta com as devidas orientações para prosseguimento no atendimento, sempre que necessário;

1.1.16. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

1.1.17. Informar e divulgar a existência da Ouvidoria do SUS vinculada ao serviço e à SES-GO e garantir o seu pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

1.1.18. 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 (trinta) dias;

1.1.19. Implantar e/ou Manter um Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, diretamente ligado à Ouvidoria do SUS da unidade, responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS;

1.1.19.1 Ouvidoria e SAU são serviços complementares de atendimento ao usuário e seus atendimentos devem ser registrados no sistema oficial de ouvidoria do SUS, conforme a natureza de atendimento, qual seja: manifestação de ouvidoria ou disseminação de informação.

1.1.20. Realizar Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia, modelo e periodicidade a ser validado pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, a qual deverá ser realizada em todos os setores do estabelecimento de saúde, com envio de seus resultados estratificados e da eficácia da resolução para a SES-GO;

1.1.20.1. Executar anualmente uma auditoria independente, para que a mesma ateste a confiabilidade da Pesquisa de Satisfação aplicada pela unidade através do Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria. Após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

1.1.21. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei Estadual nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, e em conformidade com a legislação federal e estadual correlata;

1.1.22. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores do estabelecimento de saúde de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista);

1.1.23. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

1.1.24. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, substituição de sistema informatizado (software), nem na estrutura física do **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;

1.1.25. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Termo de Colaboração;

1.1.26. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação, Consulta Especializada e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com o Complexo Regulador Estadual e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;

1.1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, de forma ininterrupta, por 24 horas, 07 dias por semana, um Núcleo Interno de Regulação – NIR, conforme preconiza o Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação da SES-GO, Portaria n° 1619/2020 SES-GO e Portaria n° 1559/2022, que institui a Política de Regulação do Sistema Único de Saúde, atentando-se também à Nota Técnica n° 1/2022 - SES/SCRS, que trata do Dimensionamento de Pessoal atuando exclusivamente no NIR, e suas alterações;

1.1.27.1. O NIR será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da **Regulação Estadual**, para a Unidade Pública de Saúde em comento;

1.1.27.2. O NIR deverá estar localizado em área de fácil acesso dentro da unidade de saúde e possuir estrutura física mínima de: sala, computadores, impressora, acesso à internet compatível com as necessidades dos sistemas de regulação utilizados e linha telefônica;

1.1.27.3. A estrutura mínima funcional do NIR deverá atender às especificações da Portaria n° 1619/2020 - SES e da Nota Técnica n° 01/2022 - SES, ou outra(s) que venha(m) modificá-la(s) ou substituí-la(s);

1.1.27.4. O NIR deverá ser legitimado com competência definida e divulgada, subordinado à Direção Geral da Unidade de Saúde e à Gerência de Regulação Exames, Consultas, Cirurgias Eletivas e Internações/SCRS/SES-GO, com funcionamento 24h, 07 dias por semana, para unidades de internação hospitalar e de segunda a sexta-feira para unidades ambulatoriais.

1.1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas, Comitês, Equipes, Núcleos e Serviços:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

b) Comissão de Verificação de Óbitos;

c) Comissão de Ética Médica;

d) Comissão de Ética em Enfermagem;

e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

f) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

g) Comissão de Farmácia e Terapêutica;

001323

h) Comissão de Documentação Médica e Estatística;

i) Comissão de Proteção Radiológica;

j) Comissão de Biossegurança;

k) Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;

l) Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT);

m) Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);

n) Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

o) Comitê Transfusional;

p) Comitê de Compliance;

q) Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;

r) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);

s) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

t) Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT).

1.1.28.1. Quando o "ANEXO II - Ensino e Pesquisa" indicar a existência de Residência Médica e/ou Residência Multiprofissional, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá possuir e manter em pleno funcionamento a Comissão de Residência Médica (COREME) e/ou a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), além das estabelecidas no Item 1.1.28;

1.1.28.2. Em se tratando de estabelecimento de saúde novo ou de nova gestão, o **PARCEIRO PRIVADO** terá até 60 (sessenta) dias do início da vigência do Ajuste para constituir as comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;

1.1.28.3. Em estabelecimentos de saúde com menos de 50 (cinquenta) leitos, poderá ser avaliado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme legislações vigentes, a flexibilização das comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados.

1.1.29. Manter um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), que será 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:

1.1.29.1 Contar com equipe técnica específica composta por:

a) Unidades com até 100 leitos: 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 01 técnico de enfermagem e 01 técnico administrativo;

b) Unidades de 101 a 250 leitos: 02 profissionais de nível superior , sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 02 técnico de enfermagem e 01 técnico administrativo; e

c) Unidades com mais de 250 leitos: 02 profissionais de nível superior, sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 03 técnicos de enfermagem e 01 técnico administrativo.

1.1.29.2 Garantir funcionamento do NHE, 07 dias por semana, no período matutino e vespertino (incluindo finais de semana e feriados);

1.1.29.3. Garantir a realização e/ou apoio nas investigações epidemiológicas das doenças, eventos e agravos de notificação compulsória, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela Vigilância epidemiológica municipal, estadual e nacional dos casos e óbitos hospitalizados nos sistemas de informação correspondente;

1.1.29.4. Garantir a participação de integrante do NHE nos Comitê de Investigação de casos e óbitos sempre que demandados pelas Vigilâncias municipal e estadual;

1.1.29.5. Cumprir com as metas e indicadores pactuados pelas esferas de gestão (municipal, estadual e federal), bem como de digitação oportuna dos casos e óbitos das DAE Imediata, segundo legislação vigente em até 24 (vinte e quatro) horas;

1.1.29.6 Indicar representantes do NHE para participar de eventos, cursos, treinamentos e reuniões quando convidados pela SMS e SES;

1.1.29.7. Submeter-se às normas e rotinas estabelecidas pelo órgão Estadual responsável pelos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e RENAVEH (Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar);

1.1.29.8. Garantir o envio de amostras de casos e óbitos suspeitos ou confirmados das DAE ao LACEN-GO, conforme fluxo estabelecido, respeitando os critérios de coleta, armazenamento e transporte, disponibilizados no site: https://www.saude.go.gov.br/vigilancia-em-saude/lacen-go;

1.1.29.9. Estabelecer fluxo de comunicação dos exames de DAE realizados pelos laboratórios terceirizados, ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, que fará o contato com as Vigilância Epidemiológica municipais e estadual.

1.1.30. Estabelecer, implementar e disponibilizar no formato "online" e na plataforma SIGUS da SES-GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021 e NBR 15943:2011 ou atualizações, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

1.1.30.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.1.31. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde, bem como, implementar e disponibilizar "online" e na plataforma SIGUS da SES-GO, os membros e atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021, NBR 5410, NBR 13534, NBR 15943 e as demais resoluções;

1.1.32. Proporcionar condições de infraestrutura predial e controle de qualidade do ar em ambientes climatizados. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá implantar e manter durante a vigência deste Termo de Colaboração, Plano de Manutenção, Operação e Controle Predial – PMOCP e Plano de Manutenção, Operação e Controle – PMOC com programação das manutenções preventiva, rotineira e corretiva, de forma a operacionalizar e supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários com profissional que tenha competência legal para garantia de segurança dos sistemas e da edificação conforme especificações contidas na NBR 13971/97, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674 da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e exigências do Ministro de Estado da Saúde e ANVISA, por meio da Portaria N°3.523, de 28 de agosto de 1998, Resolução N°09, de 16 de janeiro de 2003 e as demais resoluções;

1.1.33. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, manter durante a vigência desta parceria um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a unidade de saúde conforme a Resolução RDC nº 509/2021, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.1.34. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

1.1.35. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025 e demais normativas vigentes;

1.1.36. Promover manutenção preventiva para equipamentos e instalações relacionados com infraestrutura como: grupo gerador de emergência, quadro de distribuição de energia, sistema elétrico e luminotécnico, Sistema de Proteção Contra Descarga Atmosférica (SPDA) e aterramento, sistema de ar condicionado, caixas d'água, sistema hidráulico, telefonia, rede lógica, entre outros;

1.1.37. Prover programa de manutenção preventiva para sistemas de proteção e combate a incêndios e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC);

1.1.38. Implantar a política de Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por parada cardiorrespiratória, bem como, a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS 2.600, de 21/10/2009, nº 3.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011 e demais legislações vigentes;

1.1.39. A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:

a) Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de múltiplos órgãos;

b) Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos.

1.1.40. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência do estabelecimento de saúde, conforme o seu perfil, deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

a) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

b) Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

c) Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País;

d) Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

e) Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, dispõe sobre o acesso a informações e a aplicação da Lei federal n° 12.52, de 18 de novembro de 2011, no âmbito do Estado de Goiás, institui o serviço de informação ao cidadão e dá outras providências;

f) Norma Regulamentadora MTE nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;

g) Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf;

h) Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, Ministério da Saúde, 2017;

i) Nota Técnica n° 1/2022 - SES/SCRS, que trata do Dimensionamento de recursos humanos atuando exclusivamente no Núcleo Interno de Regulação das unidades de saúde sob gestão e regulação estadual;

j) Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH);

k) Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS);

l) Portaria n° 342/2022 - SES-GO, de 24 de fevereiro de 2022, que institui o Sistema de Gestão de Unidades de Saúde e suas alterações posteriores;

m) Portaria GM/MS nº 3.418, de 31 de agosto de 2022, altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (varíola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;

n) Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021, Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH);

o) Portaria GM/MS nº 1.694, de 23 de julho de 2021, Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh);

p) Portaria nº 921/2021 - SES, de 01 de junho de 2021, Institui a Rede Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (REVEH) na Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e dá outras orientações.

q) Portaria nº 1.619/2020 - SES-GO, de 11 de setembro de 2020, que dispõe sobre a Estruturação e Atribuições dos Núcleos Internos de Regulação - NIR das Unidades da Rede Própria e das Unidades Conveniadas/Contratadas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e dá outras providências;

r) Portaria nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS;

s) Portaria 1.046/2019 - SES-GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade;

t) Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Seção V;

u) Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo II - Do Sangue, Componentes e Hemoderivados;

v) Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;

w) Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; Anexo III (Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE); Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo;

x) Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; com ênfase nos Anexos XXIV (Política Nacional de Atenção Hospitalar); XXXI (Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta

001325

Complexidade) e XXXII (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica);

y) Portaria MS n° 158, de 04 de fevereiro de 2016, redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos;

z) Portaria MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;

a.1) Portaria MS nº 529, de 01 de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

b.1) Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS);

c.1) Portaria nº 1.119, de 05 de junho de 2008, regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos;

d.1) Portaria MS nº 1559/2008, de 01 de agosto de 2008, Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS;

e.1) Portaria nº 1.405, de 29 de junho de 2006, institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO);

f.1) Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia;

g.1) Portaria SVS/MS nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;

h.1) RDC ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências;

i.1) RDC ANVISA nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue;

j.1) RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

k.1) RDC ANVISA 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;

l.1) RDC ANVISA nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);

m.1) RDC ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva;

n.1) RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada;

o.1) Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;

p.1) Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico;

q.1) Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência;

r.1) Portaria n° 2.803, de 19 de novembro de 2013, redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1.40.1 Atender toda a legislação e normativas vigentes e considerar que o rol apresentado neste item é exemplificativo.

1.1.41. Desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação, respeitando e atendendo as normativas estabelecidas pela SES-GO;

1.1.42. Implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos Termos de Colaboração firmados, de acordo com Portaria 1046/2019 - SES-GO, de 03 de dezembro de 2019 e/ou atualizações desta;

1.1.43. Será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista;

1.1.43.1. Deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais;

1.1.43.2. A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe;

1.1.43.3. Fazer uso de um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) conforme a Portaria 1046 de Dezembro/2019 e outras normativas vigentes;

1.1.43.4. Utilizar todos os módulos do SGH, inerentes a gestão da unidade, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos Termo de Colaboração firmados, conforme definido na Portaria 1046/2019 e/ou atualizações desta;

1.1.43.5. Garantir, em tempo hábil, que todos os documentos do prontuário eletrônico do paciente estejam assinados digitalmente;

1.1.43.6. Compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de imaginologia tendo como identificador único o CPF do paciente. Todos as imagens e laudos deverão ser enviadas para o sistema PACS/RIS da SES-GO, nos padrões definidos pela SES-GO;

1.1.43.7. O SGH (por meio do PEP) do **PARCEIRO PRIVADO** deverá ler estes exames (imagens e laudos) do sistema de PACS/RIS da SES-GO. Os exames (imagens e laudos) anteriores (legado), caso ainda não tenham sido transferidos, também deverão ser enviados para o sistema da SES-GO visando que todo o histórico desses exames fique armazenado no sistema da SES-GO;

1.1.43.8. Comprometer-se a estabelecer um serviço de exames laboratoriais (SADT) que seja integrado ao SGH (PEP) e armazene no SGH todos os resultados (dados estruturados) e laudos devidamente assinados digitalmente;

1.1.43.9. Garantir a confiabilidade dos dados que serão integrados ao Sistema de Regulação em Saúde utilizado pelo serviço de regulação estadual, para os processos ambulatoriais, eletivos, de urgência e emergência e internação;

1.1.43.10. Arcar com a responsabilidade de manter a sustentação do sistema. A governança do projeto Saúde Digital, definido na Portaria 1046/2019-SES, é de responsabilidade da SES-GO, portanto, o Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) contratado para atender a este projeto, deverá permitir que a SES tenha os seguintes privilégios: definir regras de negócio, permitir acesso total ao banco de dados, gerenciar as permissões de acessos, acompanhar os chamados abertos pelas unidades de saúde, priorizar a resolução dos chamados abertos, cobrar as soluções diretamente da empresa mantenedora do sistema, definir as novas funcionalidades e integrações a serem incorporadas, coordenar a homologação de novas funcionalidades.

001326

1.1.44. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

1.1.44.1. Manter em funcionamento a Agência Transfusional (AT) na unidade;

1.1.44.2. Manter e/ou providenciar a inclusão do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária. Este deverá constar no alvará sanitário ou no relatório de inspeção sanitária.

1.1.44.3. Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional;

1.1.44.4. Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO como unidade de comando e direção da política estadual.

1.1.44.5. Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológicat, bem como, a legislação vigente.

1.1.44.6. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento.

1.1.44.7. Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO.

1.1.44.8. Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.

1.1.44.9. Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. Definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).

1.1.44.10. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.

1.1.44.11. Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.

1.1.44.12. Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade, conforme definido pela SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.

1.1.44.13. Executar os procedimentos necessários para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionem a unidade.

1.1.44.14. A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.

1.1.44.15. Caso necessário e definido pela SES-GO, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes portadores de coagulopatias hereditárias/ou outras doenças hematológicas, bem como realizar sua devolução em caso de não uso, em tempo hábil para utilização antes do vencimento, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.

1.1.44.16. Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expurgo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá **ao PARCEIRO PRIVADO** a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.

1.1.44.17. Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES e sob sua responsabilidade.

1.1.44.18. Oferecer assistência ambulatorial complementar, quando for o caso, às pessoas portadoras de doença falciforme, outras hemoglobinopatias e coagulopatias, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.

1.1.44.19. Prover a manutenção predial, hidráulica, elétrica, telefonia e rede lógica.

1.1.44.20. Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.

1.1.44.21. Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.

1.1.44.22. Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes.

1.1.44.23. Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.

1.1.44.24. Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.

1.1.44.25. Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.

1.1.44.26. O serviço de hemoterapia deverá estar contemplado e/ou representado no mínimo, nas seguintes Comissões/Comitês:

a) Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;

b) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT;

c) Comitê da Qualidade;

d) Comissão de Gerenciamento de Resíduos;

e) Núcleo de Segurança do Paciente.

1.1.44.27. Manter atuante, na Agência Transfusional, os seguintes programas:

a) Programa de Controle da Qualidade Interno;

001327

b) Programa de Avaliação Externa da Qualidade;

c) Programa de Treinamento e Educação Permanente.

1.1.44.28. Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.

1.1.44.29. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.

1.1.44.30. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.

1.1.44.31. Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.

1.1.44.32. Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.

1.1.44.33. Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.

1.1.44.34. Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresentá-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.

1.1.44.35. Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede da SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-GO.

1.1.44.36. Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.

1.1.44.37. Deverá durante todo o prazo de vigência do Termo de Colaboração, conservar e/ou substituir, se necessário, todos os equipamentos clínicos, não clínicos e mobiliários da AT, e seus respectivos acessórios, assim como manter o ambiente seguro, com práticas que assegurem altos padrões de conforto e limpeza, da unidade;

1.1.44.38. Deverá manter estoque em qualidade e quantidades suficientes de matéria-prima, medicamentos, material médico-hospitalar e correlatos, só podendo utilizar os produtos registrados na ANVISA e/ou com dispensa formal do registro, sendo vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas no Território Nacional;

1.1.44.39. Deverá receber visitas, prestar as devidas informações, adotar as recomendações e atender às solicitações do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH);

1.1.44.40. Deverá, sob Supervisão da Coordenação da Hemorrede da SES-GO e atendendo aos fluxos por ela estabelecidos, realizar o remanejamento de hemocomponentes entre Unidades de Saúde da Rede Pública Estadual, Municipal, Serviços Privados e Filantrópicos do Estado de Goiás, sempre que necessário e autorizado;

1.1.44.41. Deverá manter um serviço de captação de doadores de sangue voluntários objetivando a manutenção de estoques adequados, devendo encaminhar candidatos à doação de sangue ao Hemocentro Regional de Rio Verde (HEMOGO Rio Verde) ou a outra unidade da Hemorrede Pública se assim estabelecer a SES-GO.

1.1.44.42. Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES quanto ao serviço de hemoterapia.

1.1.44.43. Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/inservibilidade de equipamentos, realizar comunicação formal à Coordenação de Patrimônio da SES-GO. Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, comunicar também à Coordenação da Hemorrede/SPAIS/SES-GO.

1.1.45. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme as diretrizes do SUS;

1.1.46. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida pelos órgãos de fiscalização ambiental;

1.1.47. Assegurar o cumprimento e atendimento a todos os procedimentos requeridos pela SES-GO, que estejam previstos na Tabela SIGTAP/SUS vigente e alterações futuras, desde que em concordância com o perfil do estabelecimento de saúde;

1.1.48. Atender as normativas federais para recebimento de recursos dessa natureza, conforme orientações próprias contidas em Portarias Ministeriais e em concordância com orientações e normativas da SES-GO.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS PACTUADOS

2.1. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia;

2.2. O Serviço de Admissão do **PARCEIRO PRIVADO** solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES-GO;

2.3. Em caso de hospitalização, o **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a internar o paciente, de acordo com o seu perfil assistencial, conforme orientação e determinação da SES-GO;

2.3.1 No caso de incompatibilidade de perfil ou quando o número de leitos for insuficiente, o **PARCEIRO PRIVADO** deve solicitar as transferências externas por meio do Complexo Regulador Estadual, informando na ficha de solicitação todos os dados necessários ao processo regulatório, tais como: Código Internacional de Doenças (CID); resumo clínico fidedigno; exames pertinentes ao CID; tipo de leito de acordo com o CID; tipo de precaução estabelecida. Deverá atentar para eventuais solicitações/informações enviadas pela mesa reguladora via sistema de regulação ou outros meios de comunicação definidos pela SES.

2.4. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados por meio dos sistemas informatizados de regulação, controle e processamento definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;

2.5. O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a manter um serviço de Núcleo Interno de Regulação, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber as solicitações da Regulação, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (uma) hora.

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1. Identificação da Unidade

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

· **CNES:** 6665322

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

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

· **Gestão da Unidade:** Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

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

3.2. Capacidade Instalada

3.2.1. Estrutura

3.2.1.1 O **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - 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

3.2.1.2 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.

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

3.2.1.4. 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.

3.3 Perfil da Unidade

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

3.3.2. 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.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. Linhas de Serviços

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

a) Internação:

a.1) Saídas de Clínica Médica;

a.2) Saídas Cirúrgicas;

a.3) Saídas Pediátricas;

a.4) Saídas Cirúrgicas Pediátricas.

a.5) Internações em leitos de UTI adulto (não compõem a linha de serviços para efeito de metas).

b) Atendimento Ambulatorial:

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

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

b.3) Pequenos Procedimentos Ambulatoriais.

c) Cirurgias Eletivas: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar;

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

001329

e) Hospital-Dia.

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

4.2. Assistência Hospitalar

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

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

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

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

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

a) Assistência por equipe médica especializada;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;

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

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

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

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

p) Sangue e hemoderivados;

q) Fornecimento de enxoval;

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

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

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

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

4.3. Atendimento às Urgências Hospitalares

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

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

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

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

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

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

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

4.4. Atendimento Ambulatorial

4.4.1. Consultas Especializadas

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

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

4.4.1.3. As consultas ambulatoriais compreendem:

a. Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b. Interconsulta;

c. Consultas subsequentes (retornos).

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

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

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

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

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

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

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

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

a) análise dos dados contidos no prontuário;

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

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

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

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

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

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

Especialidades médicas iniciais a serem oferecidas no ambulatório do HERSO
Cirurgia Vascular
Cardiologia
Cirurgia Geral
Neurologia
Ortopedia e Traumatologia
Urologia

Especialidades multiprofissionais da saúde (iniciais) a serem oferecidas no ambulatório do HERSO
Enfermagem
Fisioterapia
Farmácia
Nutrição
Psicologia
Cirurgia Bucomaxilofacial

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

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

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

4.5. Cirurgias Eletivas

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

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

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

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

b) Autorização para execução: via regulação ambulatorial de 1ª vez;

c) Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Gestão Hospitalar (SES-GO).

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

a) Instrumento de registro: APAC;

b) Autorização para execução: via sistema de regulação;

c) Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

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

a) Instrumento de registro: AIH - Autorização para execução: via sistema de regulação;

b) Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

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

a) Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência hospitalar de 4 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo;

b) Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: média de permanência hospitalar maior que 5 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo; e

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

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

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

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

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

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

4.6. Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT Externo

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

001332

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

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

Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo
Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE
Eletrocardiograma
Radiografia
Tomografia Computadorizada

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

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

4.7. Serviços de Apoio

4.7.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: corresponde ao conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico. Será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade. O SADT Interno deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente;

4.7.2. Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica;

4.7.3. Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada usuário/cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND está proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes/usuários de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional;

4.7.4. Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes/usuários, responsável pelo processamento do enxoval e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade;

4.7.5. Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares;

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

5. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

6. PROPOSTAS DE MELHORIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

7. DA COMUNICAÇÃO

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

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

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

001333

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a. Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal;

b. Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime diário/mensal;

c. Relatório de Custos, em regime mensal;

d. Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outro.

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

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

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

9. REGRA GERAL - METAS DE PRODUÇÃO

9.1. São apresentados os indicadores e as metas de produção pactuados com o **HERSO** referentes aos serviços assistenciais. Conforme monitoramento e necessidade, esses indicadores e metas podem ser alterados quando necessário;

9.2 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO;**

9.3. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

9.4 Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

9.5. Na medida em que os indicadores forem homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

9.6. Nada obsta, entretanto, que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios;

9.7. **São consideradas como Metas de Produção,** determinantes ao pagamento da parte assistencial/fixa, os seguintes critérios:

9.7.1. Internações Hospitalares

a) saídas clínicas (médica);

b) saídas cirúrgicas;

c) saídas pediátricas;

d) Saídas cirúrgicas pediátricas.

9.7.2. Cirurgias Eletivas

a) Cirurgias eletivas.

9.7.3. Consultas Ambulatoriais

a) consulta médica na atenção especializada;

b) consulta multiprofissional na atenção especializada;

c) pequenos procedimentos ambulatoriais.

9.7.4. Hospital Dia

9.7.5. SADT Externo

a) exames e ações de apoio e diagnóstico.

9.8. Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Termo de Colaboração, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência espontâneos e regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

001334

9.9. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõe a meta do referido Termo de Colaboração, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente a produção realizada.

Quadro-Síntese dos Indicadores e Metas de Produção

Dimensão	Descrição	Meta mensal	Meta anual
Internação	Clínica Cirúrgica	381	4.572
	Clínica Médica	55	660
	Clinica 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
	Pequenos Procedimentos Ambulatoriais	40	480
SADT Externo	Eletrocardiograma	20	240
	Raio X	30	360
	Tomografia Computadorizada	50	600
	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE	15	180

9.10. Determinantes da Parte Fixa

9.10.1. Internações Hospitalares

9.10.1.1 A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente saídas hospitalares em Clínica Médica, Cirúrgica, Médica Pediátrica, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

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

9.10.2. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital, considerou-se o número de leitos de internação e taxa de ocupação de 90%.

9.10.2.1. Para as saídas clínicas foi considerado TMP de 4 dias.

9.10.2.2. Para as saídas clínicas pediátricas foi considerado TMP de 2,5 dias.

9.10.2.3. As saídas cirúrgicas contemplam: as saídas ortopédicas (TMP 4 dias) e especialidades (TMP de 3,5 dias).

9.10.2.4. As saídas cirúrgicas pediátricas foi considerado TMP 3 dias.

9.10.3. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitalares.

9.10.3. Cirurgias Eletivas

9.10.3.1. O estabelecimento de saúde deverá realizar um número anual de cirurgias eletivas que lhe sejam referenciadas por meio da regulação estadual:

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

001335

9.10.4. Atendimento Ambulatorial

9.10.4.1. A Unidade Hospitalar/Estabelecimento de Saúde deverá realizar produção mensal de consultas médicas, consultas multiprofissionais e pequenos procedimentos ambulatoriais;

9.10.4.2. A depender do cenário epidemiológico, o hospital deverá disponibilizar as vagas de consultas ambulatoriais proporcionalmente de acordo com a restrição prevista na legislação vigente, tendo como base a quantidade mensal definida nos itens abaixo;

9.10.4.3. O hospital deverá disponibilizar vagas de consultas à rede assistencial e executá-las de acordo com o estabelecido pela regulação estadual, conforme quadro abaixo:

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

9.10.4.4. Do total de consultas mensais disponibilizadas e executadas por especialidade, o hospital/estabelecimento de saúde deverá adotar os seguintes critérios:

a) 40% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) 10% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas a realização de Interconsulta;

c) 50% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de Consultas subsequentes (retornos).

9.10.4.5. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente, que podem ter seus percentuais definidos no item anterior alterados proporcionalmente a depender do cenário epidemiológico e necessidade da Regulação Estadual;

9.10.4.6. As consultas de triagem para classificação de risco no Pronto Socorro serão contabilizadas como consultas ambulatoriais;

9.10.4.7. O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), apresentado pelo próprio hospital e posteriormente processado e faturado pelo Ministério da Saúde;

9.10.4.7.1. O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá empregar outro sistema de aferição conforme normativa própria.

9.10.5. SADT Externo

9.10.5.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames, mensalmente, para pacientes egressos e para pacientes externos, isto é, que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual, conforme seus próprios fluxos, no limite da capacidade operacional do SADT;

Exame	Meta mensal	Meta Anual (12 meses)
CPRE	15	180
Raio X	30	360
Eletrocardiograma	20	240
Tomografia Computadorizada	50	600

9.10.5.2 A cada três meses o Complexo Regulador Estadual encaminhará para Unidade a demanda reprimida de SADTs para oferta de vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SES-GO, sem que, entretanto, ultrapasse o total de exames a serem disponibilizados e realizados no mês;

9.10.5.3. Os exames internos não compõem meta própria, pois já são previstos em outros serviços pactuados: internações hospitalares e cirurgias, isso porque a internação deve contemplar todas as necessidades do paciente/usuário;

9.10.5.3.1. Em situações de imprevistos, em que os aparelhos instalados em determinada unidade apresentem falha operacional sem previsão de conserto, os encaminhamentos externos poderão ser referenciados para outra Unidade da Rede, cuja produção será acompanhada pela Superintendência de Atenção Integral de Saúde, Superintendência do Complexo Regulador em Saúde do Estado e Superintendência de Performance, podendo, quando em excedente, gerar o repasse de custeio a título de ressarcimento, desde que previamente autorizado pelo Gestor da Pasta e devidamente comprovada a produção.

9.10.5.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá inserir, mensalmente, no sistema de regulação estadual todas as vagas disponíveis para os SADT.

9.10.6. Hospital Dia

9.10.6.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar atendimentos no Hospital Dia por mês.

9.10.6.2. Durante o tempo de permanência na Unidade, ao paciente deverá ser assegurado condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

9.10.6.3. O Hospital Dia será disponibilizado aos pacientes que comparecem à Unidade apenas para recebimento de dose esquemática de medicação endovenosa e pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; pacientes clínicos e/ou cirúrgicos que necessitam de permanecer na Unidade por um período máximo de 12 horas.

9.10.6.4. Os pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais compreendem as intervenções que abrangem procedimentos de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades, em pacientes que não estejam em internação hospitalar, ou seja, excetuam-se aqui as cirurgias de pacientes em atendimentos de urgência.

9.10.6.5. Os pacientes poderão ser provenientes de demanda externa ao hospital bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital. Em ambos os casos, devem ser regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

9.10.6.6. Os procedimentos ambulatoriais são interpretados como aqueles que não exigem internação, com o intuito de promover maior rotatividade ao Centro Cirúrgico da Unidade. As especialidades que poderão ser contempladas tais como a ortopedia (segundo tempo cirúrgico de média e alta complexidade), urologia.

001336

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.		

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

10.1 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos 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;

10.1.1 Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

10.1.2 Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

10.1.3. Na medida em que os indicadores forem homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

10.1.4. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada mês:

Indicadores de Desempenho
Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)
Taxa Média/Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMP)
Índice de Intervalo de Substituição (horas)
Taxa de Readmissão Hospitalar pelo mesmo CID (29 dias)
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS (exceto por motivo de habilitação e capacidade instalada)
Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas
Percentual de Exames de Imagem com resultado entregue em até 10 dias
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) **Digitadas Oportunamente - até 7 dias**
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) **Investigadas Oportunamente - até 48 horas da data da notificação**
Percentual de perda de medicamentos por prazo de validade expirado

A) Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período.

Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: *[Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100*

B) Média de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação: relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares.

Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional e às boas práticas clínicas (Manual de Implantação e Implementação do NIR, 2017).

Fórmula: *[Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]*

C) Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Conceituação: assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação dos processos de trabalho dos colaboradores das unidades de internação hospitalar (Manual de Implantação e Implementação do NIR, 2017).

Fórmula: *[(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]*

001337

D) Taxa de Readmissão Hospitalar pelo mesmo CID (em até 29 dias)

Conceituação: o indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

Fórmula: *[Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100*

E) Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

Conceituação: mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

Fórmula: *[No de retornos em até 48 horas/ No de saídas da UTI, por alta] x 100*

F) Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: mede a relação de procedimentos rejeitados no sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS) em relação ao total de procedimentos hospitalares apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: *[Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100*

Obs.: Total de procedimentos rejeitados no SIH exceto rejeição no processamento por falta de habilitação e falta de capacidade instalada de leitos.

G) Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos)

Conceituação: mede o total de cirurgias eletivas que foram suspensas, por motivos relacionados à organização da Unidade, em relação ao total de cirurgias agendadas, falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: *[No de cirurgias eletivas suspensas/No de cirurgias eletivas (mapa cirúrgico)] x 100*

H) Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT expirado

Conceituação: indicador que sinaliza se as cirurgias eletivas realizadas na unidade estão tendendo a respeitar um tempo de espera máximo clinicamente aceitável conforme o critério SWALIS de classificação de prioridade atribuído pelo médico assistente.

Fórmula: *[Número de cirurgias realizadas com TMAT expirado dividido / Número de cirurgias eletivas em lista de espera e encaminhado para unidade] x 100.*

I) Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Conceituação: número de consultas ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula: *Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.*

J) Percentual de exames de imagem com resultado entregue em até 10 dias.

Conceituação: proporção de exames de imagem externos com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula: *[Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100.*

K) Percentual de casos de doenças/agravos/eventos de notificação compulsória imediata (DAEI) digitados oportunamente.

Conceituação: avaliar a capacidade de detecção de DAEI nas unidades de saúde, por meio da **digitação** das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata de forma oportuna (≤ à 07 dias) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/e-SUS/e-SUS- SINAN).

Fórmula: Nº de casos de DAEI digitadas em tempo oportuno - até 7 dias/ Nº de casos de DAEI digitadas (no período/mês) X 100

L) Percentual de casos de doenças/agravos/eventos de notificação compulsória imediata (DAEI) investigados oportunamente.

Conceituação: avaliar a capacidade de detecção e investigação das DAEI nas unidades de saúde, por meio da **investigação** das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata investigadas oportunamente (≤ à 48 horas da data de notificação) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/e-SUS/e-SUS- SINAN).

Fórmula: Nº de casos de DAEI investigadas em tempo oportuno - até 48 horas da data da notificação/ Nº de casos de DAEI notificadas (no período/mês) X 100

M) Percentual de perda de medicamentos por prazo de validade expirado

Conceituação: monitorar a Perda de Medicamentos por Expiração do Prazo de Validade em todas as Unidades de Saúde da rede estadual, aprimorando e implantando ferramentas e processos de trabalho que permitam reduzir a perda de medicamentos. O indicador monitora a perda financeira das Unidades de Saúde devido a expiração por prazo de validade dos medicamentos.

Fórmula: (Valor financeiro da perda do segmento padronizado por validade expirada no hospital / Valor financeiro inventariado na CAF no período) x100

11. ENSINO E PESQUISA

11.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

11.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

11.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

11.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

11.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

11.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio e pesquisa científica, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

11.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

11.8 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

11.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

11.10. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) promove o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, em consonância com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, integrante da Política Nacional de Saúde formulada no âmbito do SUS, estabelecendo, orientando, assessorando e monitorando a realização de pesquisa científica na SES-GO.

11.11. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SESG.

11.11.1 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por acompanhar o cumprimento da Portaria nº 1.265/2023 – SES-GO, ou outro ato normativo que venha modificar e/ou substituir, e não deverá permitir a realização de pesquisa científica na unidade que não estiver cadastrada no fluxo de monitoramento de pesquisas da SES.

11.11.2 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir a citação da SES-GO como afiliação institucional dos autores na realização de pesquisa, nas publicações científicas, apresentações em eventos dos trabalhos e em todo e qualquer tipo de divulgação das pesquisas científicas executadas nas Unidades de Saúde e/ou Administrativas da SES-GO.

11.11.3 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir o encaminhamento pelo pesquisador à SESG de trabalho científico resultante de Pesquisa científica em dados públicos, Pesquisas de revisão da literatura e Relatos de experiência produzidos em Unidade da SES-GO.

11.11.4 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir que a proposta de aplicação ou incorporação dos resultados das pesquisas realizadas dentro das unidades da SES-GO sejam apresentadas à SES-GO pelos pesquisadores.

11.12. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

11.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que a Unidade esteja vinculada a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional, dentre os operacionais da SES-GO e credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, ou outra que vier a substituir.

11.13.1 O PARCEIRO PRIVADO deve garantir que o número do CNPJ referente a Unidade da SES-GO seja cadastrado como Instituição na Plataforma Brasil e junto à CONEP, para assegurar que as pesquisas se vinculem à SES-GO.

11.13.2. O PARCEIRO PRIVADO deverá informar oficialmente à SES-GO em qual CEP institucional e CNPJ a Unidade está credenciada, junto à CONEP.

11.13.3 Existindo CEP institucional na Unidade SES-GO, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter instalações adequadas e os recursos humanos necessários para a operacionalização do mesmo, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013.

11.14. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto à SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para alteração de vínculo de sua Unidade com o CEP institucional credenciado à CONEP. Após, avaliação de viabilidade, a SESG fará a devida orientação pertinente para adequações junto aos CEP's e à CONEP, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o CEP que deixará a função e aquele que a assumirá.

11.15. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto a SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para credenciar CEP institucional quando a Unidade pretenda se habilitar como Hospital-Ensino junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação, respeitando as normativas vigentes, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013 ou outra que vier a substituir.

11.16. O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá alterar o vínculo de sua Unidade SES-GO com o CEP institucional credenciado, redistribuindo a Unidade, objetivando a melhoria na qualidade do atendimento às demandas de ensino e pesquisa, e adequação às normativas vigentes. Tal alteração será promovida pela SESG, após análise de viabilidade técnica, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, e posterior comunicação oficial ao **PARCEIRO PRIVADO**.

11.17. Caso haja mudança de PARCEIRO PRIVADO, este, deverá garantir durante a transição, de forma oficial e justificada, a continuidade da apreciação dos protocolos de pesquisas e das atividades inerentes ao bom funcionamento do CEP institucional credenciado de sua Unidade.

11.17.1 O PARCEIRO PRIVADO, deve informar a SES-GO e à CONEP, de forma oficial e justificada, a impossibilidade de atuação do CEP institucional credenciado durante o período de transição, conforme estabelecem as normas regulamentares do CNS/CONEP.

11.17.2 No caso de substituição parcial ou total dos membros (Coordenadores, Secretária e Pareceristas) do CEP institucional credenciado da Unidade, deve ser informado de forma oficial e justificada, previamente à SES-GO e à CONEP, para que seja garantida a continuidade das avaliações éticas aos protocolos de pesquisa em andamento. E que somente retornará as atividades após a análise documental da CONEP e SES-GO.

11.17.3 Durante o período em que o CEP institucional estiver com as atividades suspensas, os protocolos de pesquisas devem ser cadastrados sob o CNPJ da SES-GO e encaminhados ao CEP CENTRAL da SES-GO.

11.18. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

001339

11.19. A seleção de preceptores, tutores e coordenadores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição. Esses profissionais deverão ser integrados à rotina e atividade da unidade hospitalar.

11.20. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normativas referentes aos Programas.

11.20.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deve assegurar em seus contratos de prestação de serviço e/ou trabalho as atividades de ensino, pesquisa e preceptoria que são realizadas na unidade hospitalar.

11.21. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, compatíveis com os valores praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.

11.22. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

11.23. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

11.24. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.

11.25. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

11.26. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

12. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

12.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

12.2. O Termo de Colaboração que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

12.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

12.4. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

12.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

12.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

12.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

12.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

12.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro previamente conveniado ou contratado exclusivamente para essa finalidade com experiência na aplicação de prova e acompanhado pela SESG por meio da Assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

12.9.1 A SESG/SES-GO em parceria com o grupo técnico será responsável por avaliar os requisitos técnicos da entidade que deseja firmar parceria ou contrato para a execução do processo seletivo;

12.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014.

12.10.1 O valor a que se refere o item 12.10 será acompanhado pela Gerência de Gestão de Pessoas da Superintendência de Gestão Integrada, conforme descrito no Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

12.10.2 **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, podendo ser variável conforme alteração legal do vencimento inicial do cargo ocupacional, bem como em virtude de remanejamento definido pela SES/GO, em concordância com o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

12.11. O profissional contratado pelo regime celetista para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus à gratificação conforme descrito no item 13.10, em razão da equidade.

12.12. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO atualmente tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em Portaria Interministerial (MEC/MS).

12.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar, obrigatoriamente, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU, quando os programas estiverem efetivamente implantados.

12.14. Novos programas de residência serão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde. As implantações ocorrerão em parceria com a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, por meio de suas Comissões, contemplando a elaboração conjunta do Projeto Pedagógico.

12.14.1. Os supervisores dos novos programas serão de responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** conjuntamente com a COREME da respectiva unidade.

12.15. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar atividades de educação permanente voltadas para qualificação dos coordenadores dos programas de residência médica e coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS), supervisores, tutores e preceptores.

12.15.1. Os temas deverão ser definidos em conjunto com a COREME e COREMU local da Unidade de Saúde.

001340

13. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

13.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, as Resoluções das Matrizes de Competências, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

13.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

13.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

13.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

13.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais **(conforme consta na Portaria 469/2020/SES-GO E Resolução CNRM nº 16/2022 DE 30 DE SETEMBRO DE 2022**).

13.5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter e, quando necessário, realizar contratação adicional de preceptores para que as atividades da residência possam ser realizadas de acordo com as normas da CNRM, mantendo-se a relação preceptor/residente.

13.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

13.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

13.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm

13.8. As avaliações de que tratam o item 13.7 deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

13.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica, o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

13.10. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

13.11 **O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de campo de prática entre as residências médicas de outras Unidades da SES, caso necessário, para complementação da prática pedagógica, conforme solicitação da COREME.**

14. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (PRMS) E PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE (PRAPS)

14.1. A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

14.2. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde(PRAPS) deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

14.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS e PRMS/SES-GO).

14.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

14.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

14.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

14.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

14.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde. Sendo sua atuação exclusiva às atividades da coordenação.

14.9. O Tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/PRMS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS/PRMS.

14.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS/PRMS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhá-lo.

14.10.1. Todos os profissionais em exercício no estabelecimento de saúde devem ter conhecimento de que o mesmo desenvolve atividades de ensino. E, portanto, devem cooperar com o processo de aprendizagem dos residentes;

14.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS/PRMS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis. Na ausência de profissionais efetivos na unidade ou que atendam aos requisitos para o cargo, a unidade assistencial deverá conduzir processo seletivo para o cargo de coordenador.

001341

14.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção, preferencialmente, entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

14.13. A seleção de Preceptores , Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

14.14. A seleção de preceptores e tutores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e, preferencialmente, como profissional em exercício na instituição.

14.15. Nos PRAPS e PRMS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária presencial, exclusiva ao cargo, de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS/PRMS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

14.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES/GO.

14.16.1 Os Profissionais no cargo de Tutoria com carga horária superior a 30 (trinta) horas semanais deverão exercer suas atividades, exclusivamente, na COREMU Local.

14.17. Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, obrigatoriamente, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o parágrafo 1º do artigo 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.

14.18. O estabelecimento de saúde poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.

14.18.1. Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.

14.19. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

14.20. As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

14.21. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

15. DOS RECURSOS FINANCEIROS

15.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO.

15.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

15.3. Ocorrendo a situação descrita no item 15.2, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento do respectivo Termo de Colaboração, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

15.4. Quando da implantação e execução dos Programas de Residência, a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás apresentará a estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. Quando houver repasse das bolsas diretamente ao residente médico ou residente multiprofissional, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento do respectivo Termo de Colaboração, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

15.5. A estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO é apresentada em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. No entanto, considerando o repasse do valor da bolsa diretamente ao residente médico, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento do respectivo Termo de Colaboração, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

15.6. O quantitativo de bolsas custeadas pela SES-GO e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada pela SESG.

15.7. Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, incluídos no custeio mensal da unidade hospitalar.

15.7.1 Para a alimentação deverá ser garantido, de acordo com a carga horária, 02 (duas) pequenas refeições e 01 (uma) grande refeição.

15.8. Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso apresentadas, a SESG, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

16. ESTÁGIOS CURRICULARES

16.1. 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.

16.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008 e Portaria nº 1.096/2023 – SES/GO, de 22 de maio de 2023, ou outras que venham substituí-las.

16.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.

16.4 A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada exclusivamente pela SESG, de acordo com a legislação vigente e ocorrerá conforme Edital de Chamada Pública, a ser publicado pela SES-GO, com o intuito de classificar as Instituições de Ensino que possuam curso da área da saúde, previamente cadastradas.

16.5 O quantitativo de vagas ofertadas será definido pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG conjuntamente com as Unidades Administrativas e/ou Assistenciais de Saúde da SES-GO, levando-se em consideração a capacidade instalada de cada local.

16.6 O número máximo de vagas de estágio considerará o quadro de pessoal assistencial das entidades concedentes de estágio, que deve atender a proporção de 20% de estagiários para número superior a 25 (vinte e cinco) trabalhadores.

001342

16.7 Os alunos serão encaminhados para as Unidades Assistenciais de Saúde por meio da Coordenação de Estágio (CEST) da SESG, após preenchimento da ficha de inscrição e assinatura do termo de compromisso, no qual deverá constar o número de apólice de seguro.

16.8 A Diretoria de Ensino e Pesquisa ou equivalente, da unidade administrativa ou de saúde, ficará responsável pela distribuição interna dos estagiários, em conjunto com a SESG/SES-GO, após o resultado final do Chamamento Público.

16.9 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Estágio, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

17. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

17.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Educação Permanente em Saúde da Unidade de Saúde (PAEPS/US) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAEPS/US deve ser validado e aprovado pela SESG;

17.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAEPS/US à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Termo de Colaboração ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias;

17.3 A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, quadrimestralmente, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta;

17.3.1 Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, bimestralmente;

17.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

Anexo nº III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2023 - SES/GGDP-03087

Este anexo objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução da parceria e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. É composto por duas partes **(I) Especificações Técnicas,** que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e **(II) Quadro de Servidores cedidos**.

18. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DA GESTÃO DO TRABALHO E DOS SERVIDORES CEDIDOS

18.1 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

18.1.1 Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais;

18.1.2. Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), na área médica e de enfermagem c8m registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Goiás. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS;

18.1.3. Disponibilizar de equipe médica e multiprofissional em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços composta por profissionais das especialidades exigidas, habilitados com título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, e outras instruções normativas, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Instrumento.

18.1.4. Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e aos serviços a serem prestados;

18.1.5. Assegurar o desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE;

18.1.6. Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda às condições mínimas necessárias ao descanso dos colaboradores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão;

18.1.7. Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado e, sempre que solicitado, disponibilizá-lo para leitura e migração do banco de dados;

18.1.8. Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

18.1.9. Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade;

18.1.10. Atentar-se que, em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte (II) Quadro de Servidores cedidos, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO;

18.1.11. Estar ciente de que o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido instrumento, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias;

18.1.12. Ter ciência de que para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do Instrumento;

18.1.13. Considerar que a dedução de que trata o item 18.1.12 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à remuneração do servidor substituído (salário e encargos legais), no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

18.1.14. Atentar-se para o fato de que o **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos. (Ofício circular definindo procedimentos e documentos comprobatórios, ex.: contrato, cópia RPA, frequência);

18.1.15. Utilizar os valores de mercado da região ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 3 (três) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados, não podendo ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual, independente da forma de contratação;

18.1.16 Comprovar e responder mensalmente pelo pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do Instrumento de ajuste para eximir-se destas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

001343

18.1.17. Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica;

18.1.18. Assegurar a execução da Avaliação Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e da Avaliação de Desempenho Individual a serem realizadas pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente;

18.1.19. Aderir e alimentar o sistema de informação disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados de modo a permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**;

18.1.20. Alimentar periodicamente o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (ESocial), especialmente, os códigos S-2210, S2220 e S-2240;

18.1.21. Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT.

18.2. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá indicar o retorno ao **PARCEIRO PÚBLICO** de servidor cedido em exercício na Unidade sob seu gerenciamento desde que motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido, mediante anuência do **PARCEIRO PÚBLICO**;

18.3. Conforme interesse e fundamentação da administração Pública poderá, excepcionalmente, ceder servidor público para o **PARCEIRO PRIVADO** que deverá integrá-lo ao serviço da Unidade;

18.4. O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento;

18.5. Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos e fluxos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos;

18.6. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horários, desde que não haja conflito de interesses;

18.7. É vedada a contratação pelo **PARCEIRO PRIVADO** de colaborador, em cargo de confiança ou em comissão, que possua vínculo de matrimônio, união estável ou parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, com os seguintes agentes públicos: Governador do Estado, Vice-Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, para quaisquer serviços relativos ao Instrumento de Ajuste;

18.8. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder à contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade;

18.9. Poderá o **PARCEIRO PRIVADO** atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade cabendo ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos – RHNet promovendo a dedução dos repasses mensais ao **PARCEIRO PRIVADO**, mediante regulamentação da SES-GO;

18.10. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar o evento, no prazo de 10 (dez) dias contados do mesmo, para providências cabíveis ao caso;

18.11. Responsabilizar-se pela criação e manutenção de um núcleo de assistência aos trabalhadores que tiverem sofrido assédio comprovado, conforme determinado em normativa própria da SES-GO.

II – QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 02. Quantidade de servidores estatutários Cedidos ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.** Maio

Cargo	Total de Servidores cedidos	Custo Total E
Assistente Social - 18.464	06	
Assistente Técnico de Saúde - 18.464	46	
Auxiliar de Radiologia - QT - 18.464	02	
Auxiliar de Serviços Gerais - 18.464	39	
Auxiliar Técnico de Saúde - QT - 18.464	13	
Biomédico - 18.464	03	
Cirurgião-Dentista - 18.464	02	
Enfermeiro - 18.464	14	
Farmacêutico - 18.464	04	
Médico - 18.464	03	
Nutricionista - 18.464	01	
Técnico em Enfermagem - 18.464	152	
Técnico em Laboratório - 18.464	04	
Técnico em Radiologia - 18.464	10	
TOTAL GERAL	**299**	

001344

CUSTO MÉDIO MENSAL**	-	

** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do . Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos de benefícios.*
*** Metodologia de cálculo: média do custo mensal dos 12 (doze) últimos meses.*

Anexo nº IV/2023 - SES/GMAE - CG -14421 - ESTIMATIVA DE CUSTEIO

19. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL DO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO

19.1 Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a **estimativa** do custeio operacional do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO,** o qual será objeto de Chamamento Público por **36 (trinta e seis) meses.**

19.2. Para o cálculo **estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I - Especificações Técnicas, da Gerência de Atenção Especializada – GERAS/SPAIS; assim como o histórico de informações obtido a partir do Sistema de Gestão Hospitalar, do *Key Performance Indicators for Heath - KPIH* e, ainda, de visita técnica realizada na unidade hospitalar.

19.3. Visando o acompanhamento e avaliação do Termo de Colaboração, e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar via SIGUS/SGH ou outra forma requerida pela SES-GO, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE HOSPITALAR**.

19.4. As informações acima mencionadas também serão avaliadas por meio dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

19.5. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos estabelecidos por esta. Nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

19.6. A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

20. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

20.1 A estimativa dos custos operacionais do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO** foi segmentada conforme **possíveis linhas de contratação**. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde - SPAIS, no Anexo I, por meio da Gerência de Atenção Especializada – GERAS. Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, recorreu-se também às comparações com outras unidades do Estado de Goiás, com o perfil assistencial semelhante ao que se pretende neste ajuste, como forma de orientação.

20.2 Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu, seguiu-se os seguintes critérios:

a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;

b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)* da própria unidade e de outros estabelecimentos, além da série histórica extraída da Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC), que já tem acompanhado parte dos dados validados pelo Sistema Integrado de Gestão de Unidades de Saúde (SIGUS). Ressalta-se a prática de uso da série histórica, e não do último mês de referência, tendo em vista a sazonalidade da saúde e até mesmo dos perfis de encaminhamentos para a instituição;

c) Tempo Médio de Permanência, por clínica/perfil e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes, em comparação ao apresentado pela SPAIS;

d) Tipos de atendimentos disponíveis na unidade e serviços especiais;

e) Visitas técnicas para aprofundamento do conhecimento do perfil de execução de ações e serviços da unidade;

f) Legislação relacionada ao perfil de atendimento;

g) *Benchmarck* ofertado pela Consultoria Planisa referente ao ano de 2021, com a subsequente aplicação do índice FIPE;

h) Índice de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico externo conforme demanda apresentada, em reuniões técnicas, pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, conforme as redes e políticas de atenção à saúde apresentadas pela SPAIS.

20.3. Considerou-se também a possibilidade das Internações Hospitalares para cuidados intensivos, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente. E, ainda, os atendimentos de urgência e emergência, conforme série histórica de fevereiro de 2022 a janeiro de 2023.

21. MÉTODO DE CÁLCULO

21.1 Metodologia

21.1.1 Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

21.1.2 Para o cálculo, a consultoria Planisa forneceu os percentis relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do *benchmark* do sistema *Key Performance Indicators for Health*, ano 2021, aplicando o índice FIPE Saúde, ao final.

21.1.3 Os hospitais pertencentes à base de dados da Planisa utilizam-se justamente da metodologia de custeio por absorção plena, com padronização no processo de coleta e apuração e periodicidade mensal. Sabendo-se disso, ressalta-se que o Percentil 25 (P25) se refere à posição 25, enquanto o Percentil 50 (P50) se refere à mediana de custo unitário para a mesma distribuição de frequência e o Percentil 75 (P75) faz referência à posição 75 dos custos unitários, considerando uma distribuição de 100 (cem) unidades.

21.1.4 O P50 constitui medida intermediária para precificação, sendo a atualmente indicada para o desenvolvimento das ações e serviços nas unidades hospitalares e/ou ambulatoriais do Estado de Goiás, o que será acompanhado pela equipe técnica de acompanhamento e monitoramento da unidade e da execução do Termo de Colaboração. Desta feita, o percentil sugerido foi o P50, que é mais econômico que o P75, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

001345

21.1.5 Esta unidade possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade. Ademais, possui perfil de média e alta complexidade, o qual também tende a m custo mais elevado em virtude da especificidade. Contudo, sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo benchmark nacional com os dados presentes nos relatórios do KPIH no território goiano ou, quando for o caso, com os próprios preços praticados pela unidade. Ressalte-se ainda, que quando tratamos de hospitais de média e alta complexidade, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, convenciona-se a utilização do *P50*, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas unidades e aos seus custos integrados

21.1.6 Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foi disponibilizado algoritmo de base de cálculo pela consultora Planisa, sendo consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

a) Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade.

b) Conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial.

c) Seleção de hospitais (N) na base de dados da Planisa (sistema KPIH) com perfis semelhantes a Unidade.

21.1.7. O cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto desta unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização. Destaca-se que por se tratar de Edital de Chamada Pública, objetiva-se que a unidade hospitalar seja cada vez mais produtiva e eficiente. Desta feita, embora a série histórica tenha sido utilizada como balizadora da análise, a mesma não foi determinante para o estabelecimento das metas e estimativas de produção.

21.1.8. Para a execução dos cálculos, trabalhou-se com o arredondamento na numeração decimal, conforme ABNT 5891 e, ainda, com a metodologia de arredondamento (sem casas decimais para a projeção de pacientes-dia) permitida pelo *software* utilizado, já que não há leitos ou pacientes que não sejam contabilizados em número inteiro.

21.2 Memória de Cálculo

21.2.1 O critério usado para o custeio das **"Internações Hospitalares"** é o paciente-dia, e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias e de 90% para as UTIs. No entanto, considerando-se o perfil de urgência e emergência da unidade, a série histórica, e as necessidades de encaminhamento identificadas pela Regulação Estadual, empregou-se para as unidades de internação a TOH de 90% para as enfermarias e de 95% para as UTIs. Considerando se tratar de um Edital de Chamada Pública, o custeio estimado para as unidades de internação e unidades de terapia intensiva foi obtido multiplicando esse volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária. Para conferência, analisou-se o número de saídas em concordância com o tempo médio de permanência (TMP) informado tanto no Anexo I como no SIGUS, por especialidade, obtendo-se a compatibilidade dos dados. Para o cálculo mensal, utilizou-se a média de 30,4 dias.

Internação	Nº leitos	TOH	Quantidade dias do mês*	Pacientes Dia Projetado
UI Clínica Médica Adulto	08	90%	30,4	219
UI Clínica Médica Pediátrica	04	90%	30,4	109
UI Clínica Cirúrgica Pediátrica	04	90%	30,4	109
UI Clínica Cirúrgica	18	90%	30,4	492
UI Clínica Ortopédica (predominantemente cirúrgica)	35	90%	30,4	958
UTI Adulto	10	95%	30,4	289
UTI Adulto 2	08	95%	30,4	231

Fonte: KPIH. Relatório de Produção (2022 e 2023) e Relatório de quantidade de leitos/Anexo I - SPAIS.

21.2.2. Considerando o perfil da unidade, que presta serviço de **urgência e emergência**, acompanhou-se a série histórica do período retromencionado da própria unidade, de fevereiro de 2022 a janeiro de 2023, no Relatório de Produção (KPIH), em virtude das possíveis variações e sazonalidades, multiplicando-se a média de atendimentos pelo custo unitário, sem aplicação de índice de ajuste de exames, tendo em vista que o número de atendimentos desta especialidade não está sob a governança dos parceiros.

Serviço	Nº de atendimentos projetados/mês
Atendimento de urgência e emergência	839

21.2.3. O custeio das **cirurgias** foi estimado com o seguinte cálculo: tempo médio operatório multiplicado por saídas cirúrgicas, e este resultado multiplicado pelo custo unitário da hora cirúrgica. Para obtenção do tempo médio operatório foi calculada a divisão das horas cirúrgicas produzidas de fevereiro de 2022 a janeiro de 2023. Igualmente, considerou-se a orientação da SPAIS e da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, dividindo-se as cirurgias em eletivas de alto giro, eletivas de média ou alta complexidade, eletivas de alto custo (item 4.5 do Anexo I), aplicando-se o tempo médio cirúrgico por porte, conforme definido por Possaria & Gaidzinski (2003) e em concordância com a complexidade e perfil da unidade hospitalar. Dessa forma, respeitando-se a descrição do item 4.5 do Anexo I, estabeleceu-se: cirurgias eletivas de alto giro (porte I: 2 horas), cirurgias eletivas de média ou alta complexidade (porte II: 4 horas); cirurgias eletivas de alta complexidade e alto custo (porte III: 5 horas). Estimou-se ainda a realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, a qual pode ser realizada no Centro Cirúrgico, estimando-se o tempo de 45 minutos para cada CPRE. Outrossim, computou-se o tempo cirúrgico para as urgências conforme a mesma série histórica. Destaca-se que o perfil cirúrgico será encaminhado pelo Complexo Regulador do Estado, incluindo o perfil pediátrico, novo para a unidade hospitalar.

Serviço	Saídas	Tempo Médio Operatório	Horas cirúrgicas projetadas
Cirurgias eletivas de alto giro	100	2,0	200
Cirurgias eletivas de média ou alta complexidade	80	4,0	320

001346

Cirurgias eletivas de alta complexidade e alto custo	30	5,0	150
Cirurgias urgência/emergência (demais cirurgias)	-	1,9*	281,2
**** Para CPRE considerou-se o tempo médio de 45 minutos.***			
Referência: Relatório de Demonstração de Custo Unitários dos Centros Cirúrgicos de 2022 e 2023.			

21.2.4. O custeio das **"Consultas Ambulatoriais"** ponderou a série histórica de 2022, no que tange às consultas médicas, multiprofissionais, por especialidade. O valor foi estimado multiplicando a série histórica de consultas já produzidas de fevereiro de 2022 a janeiro de 2023 pelo seu custo unitário. Devido à variação dos custos, as consultas ambulatoriais foram divididas em **consultas médicas** e **consultas multiprofissionais**. Os custos unitários das consultas médicas e multiprofissionais foram obtidos de base externa e fornecidos pela SPAIS. Considerando a existência de sala de procedimentos, estimou-se o quantitativo de 40 procedimentos a serem realizados conforme demanda a ser reportada pelo Complexo Regulador Estadual.

Serviço	Nº de consultas executadas/mês
Consulta médica na atenção especializada	800
Consulta não médica na atenção especializada	900
Pequenos Procedimentos Ambulatoriais	40
Referência: Relatório de Demonstração de Custo Unitários dos Centros Cirúrgicos de fevereiro a dezembro de 2022, janeiro 2023.	

21.2.5. Ainda no escopo de **Atendimento Ambulatorial**, foram considerados os procedimentos ambulatoriais conforme informado no Anexo I da SPAIS a serem realizados na modalidade Hospital-Dia. Assim, o quantitativo estimado foi multiplicado pelo valor de referência unitário. Para esta unidade, a SPAIS ponderou pelo uso dos leitos dia conforme a capacidade: 04 leitos x 01 paciente por dia x 22 dias.

Serviço	Leitos	Atendimentos
Hospital dia	04	88

21.2.6. O custeio do **Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)** Interno foi obtido multiplicando-se o quantitativo estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário conforme média de produção de 2022 a janeiro de 2023 por clínica/especialidade de internação. Para a apuração desse quantitativo, utilizou-se o Relatório de Produção da unidade, que trouxe a média de produção do período citado, removendo-se apenas os exames e sessões relativos ao "SADT Externo" restando, portanto, os valores unitários dos serviços internos. Ressalta-se ainda que cada serviço constante nessa precificação possui produção/custo da unidade no referido relatório.

Serviço	Nº de atendimentos projetados/mês
Agência Transfusional	117
Análises Clínicas	10.077
Anatomia Patológica	45
Ecocardiograma	02
Eletrocardiograma	84
Endoscopia Digestiva	08
Hemodiálise	34
Raio-X	411
Tomografia Computadorizada	193
Ultrassonografia	09
Fisioterapia	7.081
Fonoaudiologia	1.035
Psicologia	2.058
Terapia Ocupacional	589
Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), 2022 e 2023.	

21.2.7. O custeio do **Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) Externo** traz a meta estimada pelo Anexo I, conforme necessidade locorregional, a qual foi multiplicada pelo respectivo custo unitário. A série histórica foi analisada, assim como o volume de exames a serem disponibilizados para pacientes externos devidamente regulados para a unidade.

Serviço	Nº de atendimentos projetadas/mês
Eletrocardiograma	20
Raio X	30
Tomografia Computadorizada	50
CPRE	15
Considerando que o valor ambulatorial da CPRE não é suficiente para a cobertura de seu custo, lançou-se além do valor da produção ambulatorial, a proporção de 45 minutos do valor da hora cirúrgica para compensação.	

22. VALOR MENSAL ESTIMADO

22.1. Considerando a metodologia utilizada, os serviços ofertados e verificados *in loco*, e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, é de **R$ 6.097.982,84 (seis milhões, noventa e sete mil novecentos e oitenta e dois reais e oitenta e quatro centavos)**, no ***percentil P50***, considerando a aplicação da FIPE Saúde, de 8,16% (extraída de https://www.fipe.org.br/pt-br/indices/ipc/#indice-mensal&macum, em 29 de março de 2023).

22.2. O montante **estimado anual** a ser repassado é de R$ **73.175.794,08 (setenta e três milhões, cento e setenta e cinco mil setecentos e noventa e quatro reais e oito centavos)** para **12 (doze) meses**, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde, e **estimado global de R$ 219.527.382,24 (duzentos e dezenove milhões, quinhentos e vinte e sete mil trezentos e oitenta e dois reais e vinte e quatro centavos)** para **36 (trinta e seis) meses** de vigência da parceria.

22.3. Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo. Destaca-se que se trabalhou com o arredondamento na numeração decimal, conforme ABNT 5891:

HOSPITAL: HERSO (Chamamento 2023)								
DESCRIÇÃO	CRITÉRIO	QUANTIDADE	P25	P50	P75	CUSTO P25	CUSTO P50	CUSTO P75
1. SERVIÇOS HOSPITALARES (c/HM e c/ Mat/Med)								
1.1 Internação								
1.1.1 UI Clínica Médica Adulto	Paciente-dia	219	665,71	794,18	876,74	145.790,49	173.925,42	192.006,06
1.1.2 UI Clínica Médica Pediátrica	Paciente-dia	109	712,60	985,00	1.162,00	77.673,40	107.365,00	126.658,00
1.1.3 UI Clínica Cirúrgica Pediátrica	Paciente-dia	109	712,60	985,00	1.162,00	77.673,40	107.365,00	126.658,00
1.1.4 UI Clínica Cirúrgica Adulto	Paciente-dia	492	609,35	682,60	927,69	299.800,20	335.839,20	456.423,48
1.1.5 UI Clínica Ortopédica	Paciente-dia	958	609,35	682,60	927,69	583.757,30	653.930,80	888.727,02
1.1.6 UTI Adulto	Paciente-dia	289	1.978,73	2.275,14	2.995,17	571.852,97	657.515,46	865.604,13
1.1.7 UTI Adulto 2	Paciente-dia	231	1.978,73	2.275,14	2.995,17	457.086,63	525.557,34	691.884,27
						2.213.634,39	**2.561.498,22**	**3.347.960,96**
1.2 Pronto Socorro								
1.2.1 Pronto Atendimento	Atendimento	839	279,20	296,90	309,10	**234.248,80**	**249.099,10**	**259.334,90**
2. SERVIÇO AMBULATORIAL (c/HM e c/ Mat/Med)								
2.1 Consulta Médica	Consulta	800	110,30	139,50	224,70	88.240,00	111.600,00	179.760,00
2.2 Consulta Não Médica	Consulta	900	37,90	79,50	110,00	34.110,00	71.550,00	99.000,00
2.3 Pequeno Procedimento Ambulatorial	Consulta	40	159,60	172,00	381,00	6.384,00	6.880,00	15.240,00
2.4 Leito Dia	Nº atendimentos	88	501,80	833,60	850,80	44.158,40	73.356,80	74.870,40
						172.892,40	**263.386,80**	**368.870,40**
3. CIRURGIAS (c/HM e c/ Mat/Med)								
3.1 Cirurgias Programadas	Hora Cirúrgica	670,0	1.780,20	2.043,00	2.679,00	1.192.734,00	1.368.810,00	1.794.930,00
3.2 Demais Cirurgias	Hora Cirúrgica	281,2	1.780,20	2.043,00	2.679,00	500.592,24	574.491,60	753.334,80
		951,2				**1.693.326,24**	**1.943.301,60**	**2.548.264,80**
4. SERVIÇOS DE SADT - INTERNO (c/ Mat/Med)								
4.1 Agência Transfusional	Bolsa Transfundidas	117	196,90	279,30	333,40	23.037,30	32.678,10	39.007,80
4.2 Análises Clínicas	Exame	10.077	6,30	8,10	8,80	63.485,10	81.623,70	88.677,60
4.3 Anatomia Patológica	Exame	45	34,80	72,80	125,40	1.566,00	3.276,00	5.643,00
4.4 Ecocardiografia	Exame	2	108,20	139,80	237,60	216,40	279,60	475,20
4.5 Eletrocardiograma	Exame	84	16,00	28,90	45,50	1.344,00	2.427,60	3.822,00
4.6 Endoscopia	Exame	8	487,20	630,80	1.101,30	3.897,60	5.046,40	8.810,40
4.7 Hemodiálise	Sessão	34	331,90	543,40	1.178,80	11.284,60	18.475,60	40.079,20
4.8 Raio X	Exame	411	43,10	57,10	71,40	17.714,10	23.468,10	29.345,40
4.9 Tomografia Computadorizada	Exame	193	99,50	121,60	196,30	19.203,50	23.468,80	37.885,90
4.10 Ultrassonografia	Exame	9	73,40	81,90	103,70	660,60	737,10	933,30
4.11 Fisioterapia	Sessão	7.081	22,60	29,10	33,70	160.030,60	206.057,10	238.629,70
4.12 Fonoaudiologia	Sessão	1.035	29,60	41,00	54,10	30.636,00	42.435,00	55.993,50
4.13 Psicologia	Sessão	2.058	60,60	65,30	76,90	124.714,80	134.387,40	158.260,20
4.14 Terapia Ocupacional	Sessão	589	41,06	48,30	57,20	24.184,34	28.448,70	33.690,80
						481.974,94	**602.809,20**	**741.254,00**
5. SERVIÇOS DE SADT - EXTERNO (c/HM e c/ Mat/Med)								
5.1 CPRE	Procedimento	15	487,20	630,80	1.001,30	7.308,00	9.462,00	15.019,50
5.2 Eletrocardiograma	Exame	20	16,00	28,90	45,50	320,00	578,00	910,00
5.3 Raio X	Exame	30	43,10	57,10	71,40	1.293,00	1.713,00	2.142,00
5.4 Tomografia Computadorizada	Exame	50	99,50	121,60	196,30	4.975,00	6.080,00	9.815,00
						13.896,00	**17.833,00**	**27.886,50**
						4.809.972,77	**5.637.927,92**	**7.293.571,56**
Total com FIPE Saúde (01/2022 a 12/2022) - 8,16%						**5.202.466,55**	**6.097.982,84**	**7.888.727,00**
CUSTEIO MENSAL ESTIMADO						**5.202.466,55**	**6.097.982,84**	**7.888.727,00**

Referência Bibliográfica:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia. Ed. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006.

POSSARI, J.F.; GAIDZINSKI R.R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico no período transoperatório: estudo das horas de assistência, segundo o porte cirúrgico. Rev SOBECC. 2003 Jan-Mar;8(1):16-25.

Anexo nº V/2023 - SES/GMAE - CG -14421 - SISTEMA DE REPASSE

23. REGRAS E CRONOGRAMA DE REPASSE

001348

23.1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

23.2. A atividade assistencial a ser pactuada será conforme Anexo I - Especificações Técnicas HERSO, da Gerência de Atenção Especializada da Superintendência de Políticas e Atenção à Saúde – GERAT/SAIS.

23.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital Estadual da Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO:**

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica (Especialidades);

a.b) Saídas Cirúrgicas;

a.c) Saídas de Clínica Médica Pediátricas;

a.d) Saídas Cirúrgicas Pediátricas.

b) Cirurgias Eletivas - conforme definição trazida no item 4.5 do Anexo I.

c) Atendimento Ambulatorial: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório. Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar. Atendimentos em Hospital-Dia.

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

23.4. Os Atendimentos de Urgência e Emergência; o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, assim como as internações em leitos de UTI adulto, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar a produção realizada.

23.5. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

24. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

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

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

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

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

24.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do Termo de Colaboração, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no Anexo I.

25. SISTEMA DE REPASSE

25.1. Considerando a metodologia utilizada, os serviços ofertados e verificados *in loco*, e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albani Faleiros Machado - HERSO**, para os 12 (doze) meses, é de **73.175.794,08 (setenta e três milhões, cento e setenta e cinco mil setecentos e noventa e quatro reais e oito centavos)**, no percentil ***P50***, considerando a aplicação da FIPE Saúde, de 8,16% (extraída de https://www.fipe.org.br/pt-br/indices/ipc/#indice-mensal&macum, em 29 de março de 2023).

25.2. Do montante **mensal** estimado, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor de **R$ 609.798,28 (seiscentos e nove mil setecentos e noventa e oito reais e vinte e oito centavos)** sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**.

25.3. Do montante **mensal** estimado, a **parte fixa, 90% (noventa por cento),** corresponde ao valor de **R$ 5.488.184,56 (cinco milhões, quatrocentos e oitenta e oito mil cento e oitenta e quatro reais e cinquenta e seis centavos)** distribuído percentualmente nos termos indicados na seguinte **TABELA I:**

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO TERMO DE COLABORAÇÃO		
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO - METAS DE PRODUÇÃO		**PORCENTAGEM (%)**
Internação	Clínica Médica Adulto	5,74%
	Clínica Cirúrgica Adulto	32,68%
	Clínica Médica Pediátrica	3,55%
	Clínica Cirúrgica	3,55%
Cirurgias	Cirurgias Programadas/Eletivas	45,2%

Atendimento Ambulatorial	Consultas médicas	3,69%
	Consultas multiprofissionais	2,35%
	Pequenos Procedimentos Ambulatoriais	0,23%
	Hospital Dia	2,42%
SADT Externo	CPRE	0,31%
	Eletrocardiograma	0,02%
	Raio X	0,06%
	Tomografia Computadorizada	0,2%
Total		**100%**

25.4. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 23.3 já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no Anexo IV - Estimativa de Custeio.

25.5. Em todos os casos, a avaliação dos indicadores de desempenho será realizada trimestralmente, ou antes, mensalmente, diante da necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

25.6. A Secretaria de Estado da Saúde procederá também à análise dos dados ainda não homologados via SIGUS, assim como dos relatórios gerenciais, enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO,** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Termo de Colaboração.

25.7. O *Sistema Integrado das Unidades de Saúde – SIGUS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas** pelo **Hospital Estadual Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

25.8. A cada 06 (seis) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Termo de Colaboração, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

25.8.1. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

25.9. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos. E deverão ser enviadas **até o dia 10 (dez) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

25.10. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, ou antes, mensalmente, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, ou mensal, dependendo do percentual de alcance de cada indicador.

25.11. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores**.

25.12. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o **PARCEIRO PRIVADO** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste Termo de Colaboração;

25.13. A Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

25.14. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas,** a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 05 (cinco) dias corridos para defesa e contraditório.

25.14.1. Na medida em que os indicadores estiverem todos homologados no SIGUS, a OSS terá o prazo de 02 (dois) dois dias úteis do mês subsequente para apresentar defesa e contraditório.

25.15. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da gestão superior (Superintendência/Subsecretaria) e convalidação do Gestor da Pasta.

25.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios gerenciais de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao período avaliado.

25.17. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Termo de Colaboração, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Termo de Colaboração.

25.18. A análise dêste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Termo de Colaboração em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

25.19. **Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa,** o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do Termo de Colaboração, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

25.20. O **PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente,** o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

25.21. Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

26. CRITÉRIOS DE REPASSE

26.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL (90% do Termo de Colaboração)

26.1.1 Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, mensalmente, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

001350

26.2. A avaliação e análise das atividades pactuadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na *Tabela I - Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado*, para o gerenciamento do **Hospital Estadual Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO** a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II, deste **Anexo Técnico V.**

TABELA II – REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME PACTUADO, PARA O GERENCIAMENTO DO HERSO

MODALIDADE DE PACTUAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Internações Hospitalares Peso 45,52%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual das internações
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual das internações
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado as internações
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado as internações
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinados as internações
Cirurgias Programadas Peso 45,2%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado as cirurgias
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado as cirurgias
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinados as cirurgias
Atendimento, Procedimentos Ambulatoriais e Hospital Dia Peso 8,69%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado as consultas
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado as consultas
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado as consultas
SADT Externo Peso 0,59%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual dos exames/procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual dos exames procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado aos exames/procedimentos

27. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% DO TERMO DE COLABORAÇÃO**)**

27.1. Os valores percentuais apontados no Anexo Técnico I – **Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados no mês ou nos meses subsequentes ao período de avaliação, que ocorrerá **EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, MENSAL, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

27.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito terá avaliada a sua performance calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM} = \frac{V_A \times 100}{V_M}$$

001351

Onde:

P_{CM}= Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A= Valor Atingido;

V_M= Valor da Meta.

27.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM}= \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

27.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	10
80,00% até 89,99%	9
70,00% até 79,99%	8
60,00% até 69,99%	7
50,00% até 59,99%	6
< 50%	0

27.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir:

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

27.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

27.6.1. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO.

27.6.2. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado.

27.6.3. Poderão ser aplicadas penalidades ao **PARCEIRO PRIVADO** em caso de reincidência no descumprimento das solicitações quanto ao portal da transparência e em concordância com regulamentação definida pela SES-GO.

TABELA IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100%
9 a 9,9 pontos	100%
8 a 8,9 pontos	90%
7 a 7,9 pontos	80%
6 a 6,9 pontos	70%
5 a 5,9 pontos	60%
Menor que 5 pontos	ZERO

27.7. É esse, portanto, o sistema de repasse para a presente unidade definido pela SES/GO.

001352

Ressalta-se que cada área técnica foi responsável pela elaboração de parte deste documento, conforme expertise e área de atuação, subscrevendo em comum o documento apenas para efeitos práticos. Neste sentido, o Anexo I - Especificações Técnicas foi elaborado pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde, o Anexo II - Ensino e Pesquisa pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos, foi elaborado pela Gerência de Gestão de Pessoas / Superintendência de Gestão Integrada e os Anexos IV – Estimativa de Custeio e V – Sistema de Repasse, pela Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão / Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios.

ANEXO VI - TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO, e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, CEP 75920-000, para os fins que se destina.

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº M-6 233.587/SSP-MG, inscrito no CPF nº 940.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0001-51, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO, brasileiro, casado, engenheiro, inscrito no CPF nº 159.938.598-81, portador da Cédula de Identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP, residente e domiciliado em Rio Verde - GO, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando a legislação pertinente, e tendo em vista o disposto no Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde , em regime de 24 horas/dia, por um período de 36 (trinta e seis) meses, 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.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202300010023436, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do termo de colaboração e antes do início da gestão 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, pela entidade.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens 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, somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a formalização do Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

001353

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE**, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, para que surtam os efeitos legais.

ANEXO VII -TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO, ee o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com o objetivo de autorizar o uso de bens imóveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Estadual de Santa**

001354

Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, CEP 75920-000, para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº M-6 233.587/SSP-MG, inscrito no CPF nº 940.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0001-51, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO, brasileiro, casado, engenheiro, inscrito no CPF nº 159.938.598-81, portador da Cédula de Identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP, residente e domiciliado em Rio Verde - GO, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando o disposto no Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202300010023436, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel onde funciona o **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.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento do **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, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do PERMITENTE.

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO.

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

001355

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia - GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, para que surtam os efeitos legais.

Documento assinado eletronicamente por **ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO**, **Usuário Externo**, em 30/08/2024, às 08:14, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 30/08/2024, às 15:12, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **64030939** e o código CRC **7CB0C457**.

Referência: Processo nº 202300010023436

SEI 64030939

001356

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

Os documentos pertencentes a este item estão dispostos nas páginas seguintes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA Nº: 3/2024 - SES/GMAE - CG-14421

GOIANIA, 03 de setembro de 2024.

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, órgão da Administração Direta do Poder Executivo do Estado de Goiás, criada pela Lei n. 3.999, de 14 de novembro de 1961, item 2, inciso I, art. 6º, por meio de sua Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios, **atesta**, para os devidos fins e a pedido do interessado, que o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados ? IPGSE, entidade sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ Nº 18.176.322/0001- 51, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, qualificada no Estado de Goiás como Organização Social de Saúde, por meio do Decreto Estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, atualmente mantém vínculo com esta Pasta para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços das seguintes Unidades de Saúde: **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, desde 26/01/2021,** consoante Contrato de Gestão, em **caráter emergencial**, nº 08/2021 - SES (000019169540) e nº 88/2022-SES (000034143998), agora em decorrência de Chamamento Público (Termo de Colaboração nº93/2024) e **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade de Quirinópolis, desde 26/07/2024,** consoante Termo de Colaboração **Emergencial** nº 93/2024 (62857181), cujas capacidades hospitalares e ambulatoriais estão descritas nos respectivos Ajustes de Parceria, disponíveis em:

PC Quirinópolis: https://ipgse.org.br/termo-de-colaboracao-e-ou-fomento-policlinica/

HERSO: ainda não publicado pela parceira privada, contudo, assim que restar publicado, será acessado por meio do link https://goias.gov.br/saude/selecionar-acesso-as-informacoes-das-organizacoes-sociais/

Dessa forma, encaminhados os autos às Coordenações responsáveis pela consolidação das informações de monitoramento, avaliação e fiscalização dos Contratos de Gestão para manifestação, assim como para a Gerência de Custos, as quais proferiram as seguintes informações:

A **Gerência de Custos - GEC** exarou o Despacho nº 202/2024 (64101759), no qual informa que utiliza o sistema de gestão de custos - *Key Performance Indicators for Health* (KPIH), da consultora Planisa, para o acompanhamento dos custos na gestão das Unidades de Saúde do Estado e que, no **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE vem alimentando o sistema de forma satisfatória desde 26 de janeiro de 2021. Todavia, em relação à **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade de Quirinópolis**, informa que devido ao início da vigência do **Termo de Colaboração Emergencial n° 93/2024 SES/GO,** (SEI nº 62857181), em 26/07/2024, não houve lançamentos de dados no sistema de gestão de custos até 27/08/2024.

001358

A **Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão - COMFIC/GMAE-CG**, por intermédio do Despacho nº 401/2024 (v. 64300243) apresentou as informações de produção em conformidade com os dados enviados via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde - SIGUS e relatórios produzidos pela Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) inerente à unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado ? HERSO**. Assim, seguem abaixo as produções, por ano de competência, dos serviços contratados e realizados da respectiva unidade, validados pela referida coordenação:

Tabela 01 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado ? HERSO:

PLANILHA DE PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS E REALIZADOS								
LINHAS DE CONTRATAÇÃO	2021 JAN A DEZ		2022 JAN A DEZ		2023 JAN A DEZ		2024 JAN a JUL	
Serviços	Contratado	Realizado	Contratado	Realizado	Contratado	Realizado	Contratado	Realizado
Internações Hospitalares	3.972	3.313	5.952	3.645	4.838	5.936	3.458	2.704
SADT Externo	*	*	7.380	13.019	11.380	19.314	7.805	10.548
Atendimento de Urgência e Emergência	970	5.777	*	6.684	*	4.969	*	2.359
Atividade Ambulatorial	1000	12.039	16.800	19.499	18.584	27.292	11.711	20.233
Cirurgias Programadas	*	*	*	*	2.400	1.951	1.400	1.306
Hospital Dia	*	*	*	*	704	634	616	580

Fonte: SIGUS

Deste modo, a COMFIC informa que, relativo ao período de janeiro de 2021 a junho de 2022, a partir dos dados demonstrados da Unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado ? HERSO** não houve cumprimento integral das metas contratualizadas nos Indicadores de Produção estabelecidas no Contrato de Gestão, posto que apresentaram uma produção abaixo da meta, sendo permitida uma variação de até 10% a menor ao centro da meta nas linhas de contratação. Já, inerente ao ano de 2023 e 2024 (até o momento analisado), verifica-se que a unidade citada cumpriu de forma integral com tais indicadores.

Lado outro, referente à **Policlínica Estadual da Região Sudoeste -Unidade Quirinópolis**, a COMFIC esclarece que ainda não há dados de produção e desempenho a serem analisados, haja vista que o Ajuste de Parceria, em caráter emergencial, teve seu início de vigência em 26/07/2024 e ainda não houve lançamento de dados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde - SIGUS.

A **Coordenação de Acompanhamento Contábil - CAC/GMAE-CG**, via Despacho nº 1983/2024 (64444399), pondera que tem por atribuição a avaliação e o monitoramento diário da prestação de contas dos diversos hospitais e policlínicas, gerenciadas por Organizações Sociais, na área de saúde, por intermédio de Contratos de Gestão e Termos de Colaboração, celebrados pelo Estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO), no qual todas as despesas e/ou pagamentos empreendidos pelas OS's, são analisadas sob o aspecto contábil e financeiro, uma vez que tais informações são inseridas por estas entidades no Sistema de Prestação de Contas Econômico-Financeiro (SIPEF), conforme regulamentação expressa na Portaria nº1.038/2017 - GAB/SES-GO.

Informa que, do ponto de vista da prestação de contas mensal, o **Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE)** tem executado a inserção das informações fiscais e contábeis, referentes ao **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO) e da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade de Quirinópolis,** impulsionando as ações destas unidades hospitalares, sob o prisma da contratação de prestadores de serviços e de materiais, assim como a contratação de pessoal, em convergência com o seu Regulamento de

Compras, Contratações de Serviços e Obras, Locações e Alienações, o qual foi aprovado pela Controladoria Geral do Estado de Goiás.

A **Coordenação de Transparência e Integridade - CTI/GMAE-CG,** consoante Despacho nº 76/2024 (64094260) informa que, relativo à unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO)**, Contrato de Gestão Emergencial, o IPGSE vem divulgando de forma satisfatória o acesso à informação e ressalta que conforme última avaliação dos Ajustes de Parceria realizada pela Superintendência de Governo Aberto e Participação Cidadã, a unidade ficou em 16º lugar no *ranking*, obtendo um índice de aprovação de 95,02% (Despacho nº 76/2024, v. 64094260).

Não obstante, inerente à **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade de Quirinópolis,** informa que, em virtude da publicação do Termo de Colaboração Emergencial nº 93/2024 no Diário Oficial do Estado (DOE) em 26/07/2024, ainda não houve tempo hábil para a realização do monitoramento integral no Portal da Transparência referente à Policlínica Estadual da Região Sudoeste ? Unidade Quirinópolis. Contudo, as informações vem sendo paulatinamente inseridas naquele sítio eletrônico.

Por fim, a **Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão - GMAE - CG** responsável pela consolidação das informações, juntamente com a Coordenação de Prestação de Contas - COPRESCON desta unidade, destacam que o Secretário de Estado da Saúde ? SES/GO, no uso de suas atribuições e, em observância ao disposto no item 17 do Anexo I e item 1 do Anexo III, da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, **certificou** as contas da Organização Social em questão, concernente aos Contratos de Gestão (emergenciais) n° 08/2021 e 088/2022 SES/GO, como **REGULARES COM RESSALVAS,** consoante Pareceres de Julgamento Nº 28/2022 SES/GAB, Nº 15/2023 SES/GAB e Nº 17/2024 (64099176 64099188 64099534), ante o gerenciamento e operacionalização do Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, exercícios 2021, 2022 e 2023, respectivamente, com fulcro no Art. 73 da Lei 16.168, de 11 dezembro de 2007.

Contudo, no que se refere à Policlínica Estadual da Região Sudoeste ? Unidade Quirinópolis - Termo de Colaboração Emergencial n° 93/2024 SES/GO, considerando que a prestação de contas anual se dá no exercício subsequente, informa-se que não há prestação de contas/parecer de julgamento para a referida unidade, haja vista, que o instrumento contratual teve seu inicio de vigência em 26/07/2024.

RAFAELA TRONCHA CAMARGO
Gerente de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão

PEDRO DE AQUINO MORAIS JÚNIOR
Superintendente de Monitoramento de Contratos de Gestão e Convênios

LUCIANO DE MOURA CARVALHO
Subsecretário de Vigilância e Atenção Integral à Saúde

RASIVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR
Secretário de Estado da Saúde

001360

Documento assinado eletronicamente por **RAFAELA TRONCHA CAMARGO**, **Gerente**, em 09/09/2024, às 12:23, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **PEDRO DE AQUINO MORAIS JUNIOR**, **Superintendente**, em 11/09/2024, às 09:56, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **LUCIANO DE MOURA CARVALHO**, **Subsecretário (a)**, em 12/09/2024, às 11:25, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 17/09/2024, às 12:33, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **64435172** e o código CRC **A1331283**.

GERÊNCIA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO
RUA SC 1 299, S/C - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - GOIANIA - GO - CEP 74860-270 - (62)3201-3870.

Referência: Processo nº 202400010060799

SEI 64435172

001361

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA NA GESTÃO DE POLICLÍNICAS/AME/CLÍNICA ESPECIALIZADA

Ref.: Chamamento Público nº 09/2024

O INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS – IPGSE, situado na Rua Avelino de Faria, nº 200 – Setor Central – Rio Verde, Estado de Goiás, CEP 75.901-140, sociedade civil sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ nº 18.176.322 /0001-51, por meio de seu representante legal, o senhor ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO, brasileiro, casado, engenheiro, residente na Rua Afonso Ferreira nº 403, Centro, Rio Verde – Goiás, CEP 75.901-160, portador da Identidade nº 22.150. 910-0 SSP/SP e CPF nº 159.938.598-81, DECLARA, para fins do Chamamento Público nº 09/2024, que possui experiência comprovada na gestão de Policlínicas e unidades de atendimento médico, incluindo AME (Ambulatório Médico de Especialidades) e clínicas especializadas.

Em 25/07/2024 o IPGSE assinou o Termo de Colaboração nº 93/2024 – SES, com vigência de 180 (cento e oitenta) dias ou até a conclusão do chamamento público, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, nos termos do art. 38 da Lei federal nº 13.019/2014 para gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde na unidade a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

O IPGSE tem atuado na área da saúde, gerenciando e operacionalizando serviços médicos com foco na qualidade e acessibilidade ao atendimento.

Rio Verde (GO), 08 de outubro de 2024.

Tabelionato

ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO
Diretor Presidente
INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS – IPGSE

001362



CARTÓRIO TEIXEIRA

OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE-GO

EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL

Av. Universitária, Quadra 06, Lote 20 - Jardim Presidente - CEP 75.908-495 - Rio Verde - Goiás - Fone (64) 98202-1503 / (64) 2080-0882 / 2050-6007

01022410075643824300957 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

Reconheço por Semelhança a assinatura de INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTAO DE SERVICOS ESPECIALIZADOS - IPGSE representado por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO. Dou fé. *GAF*F67KYADWP-1554880-12* Emolumentos: R$6,67 Fundos Estaduais: R$1,42, ISS: R$0,33

Rio Verde, 09 de outubro de 2024.

Em Test° da Verdade

Kamylla Oliveira Viana-Escrevente notarial

Marilia Gabrielle Araújo Cunha
Escrevente Notarial
Registro Civil de Notas Rio Verde-GO

Termo de Colaboração nº 93/2024 - SES

Processo nº 202400010044547

Ajuste de Parceria na forma de Termo de Colaboração, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados – IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº 3, Residencial Atenas, Quirinópolis – Goiás.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº M-6 233.587- SSP/MG, inscrito no CPF sob o nº 940.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0001-51, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO, brasileiro, casado, engenheiro, inscrito no CPF nº 159.938.598-81, portador da Cédula de Identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP, residente e domiciliado em Rio Verde - GO, conforme autoriza a Capítulo VI - Da Diretoria Estatutária de seu Estatuto Social (62467839).

RESOLVEM, na forma da Lei federal nº 13.019/2014, Lei estadual nº 22.511/2023 e Decreto estadual nº 10.356/2023 e seus Anexos, celebrar o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

1.1. O presente Termo de Colaboração reger-se-á por toda a legislação aplicável à espécie, e ainda pelas disposições que a completarem, cujas normas, desde já, entendem-se como integrantes deste, em especial o art. 30, inciso I, da Lei federal nº 13.019/2014, Lei estadual nº 22.511/2023 e Decreto estadual nº 10.356/2023, as quais o **PARCEIRO PRIVADO** declara conhecer e se obriga a respeitar, ainda que não transcritas neste instrumento.

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO

2.1 O presente Termo de Colaboração tem por objeto o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de no mínimo 12 horas/dia, na **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis**, localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, Quirinópolis – Goiás, CEP: 75.860-000, no Estado de Goiás, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e Anexos Técnicos, parte integrante da dispensa de Chamamento Público.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

3.1. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO:**

3.1.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Plano de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** exclusivamente na execução do seu objeto.

3.1.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **TERMO DE COLABORAÇÃO,** observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

3.1.6. Gravar com cláusula de inalienabilidade os equipamentos e materiais permanentes adquiridos com recursos provenientes deste Termo de Colaboração e formalizar promessa de transferência da propriedade à administração pública, na hipótese de sua extinção.

3.1.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração.

3.1.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas.

3.1.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução.

3.1.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas.

3.1.12. Prover os serviços e os equipamentos e garantir o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e da Plano de Trabalho.

3.1.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso.

3.1.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e no Plano de Trabalho.

3.1.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento.

3.1.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Secretaria de Estado de Saúde, após análise da Procuradoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, necessários à execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, observando os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo, devendo ainda:

3.1.16.1. prever a realização de procedimentos abertos e acessíveis ao público, com prazo mínimo de 5 (cinco) dias úteis entre a publicação e o envio das propostas no caso de contratações comuns e 10 (dez) dias úteis para contratações complexas e/ou de grande vulto;

3.1.16.2. prever que a vigência dos contratos com terceiros celebrados pela organização da sociedade civil esteja limitado a vigência deste Termo de Colaboração e seus aditivos.

3.1.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura deste TERMO DE COLABORAÇÃO, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

3.1.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo em relação à admissão de colaboradores, seja qual vínculo jurídico for; na contratação de prestadores de serviços; na constituição do quadro diretivo da entidade, celetistas ou não; e na celebração de outros negócios jurídicos com pessoas jurídicas.

3.1.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da publicação deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados no Plano de Trabalho apresentado.

3.1.20. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar as modalidades de contratação de mão de obra permitidas na legislação brasileira, inclusive o previsto na Lei federal nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, com a redação dada pela Lei federal nº 13.429, de 31 de março de 2017, para contratar recursos humanos para atividades meio e fim do objeto do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, incluindo-se aí as atividades assistenciais das unidades de saúde.

3.1.21. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento.

3.1.22. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas no Plano de Trabalho, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.

3.1.23. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO,** desde que não sejam superiores ao teto estabelecido no art. 92 da Constituição Estadual.

3.1.24. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

3.1.25. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis.

3.1.27. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações.

3.1.28. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Plano de Trabalho apresentado.

3.1.29. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação.

3.1.30. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.31. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta **PARCERIA**, por meio de registro de ponto e de frequência.

3.1.32. Manter, durante a execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas na **Dispensa de Chamamento Público**.

3.1.33. Manter durante a execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado no Plano de Trabalho;

3.1.34. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.1.35. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.35.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **TERMO DE COLABORAÇÃO.**

3.1.36. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas.

3.1.37. Emitir e apresentar prestação de contas parciais, ao término de cada exercício, no prazo de até 90 dias, ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, ao **PARCEIRO PÚBLICO**, devidamente aprovada pela Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada no Anexo II deste termo.

3.1.38. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros.

3.1.39. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros.

3.1.40. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização.

3.1.41. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989).

3.1.42. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas.

3.1.43. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, com envio mensal de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.43.1. Verificar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.44. Publicar até o dia 31 de janeiro o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior.

3.1.45. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Monitoramento e Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes.

3.1.45.1. A ausência de resposta, ou mesmo a inobservância ao prazo assinalado para fornecimento das informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, além de consistir em infração ao presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, poderá ser enquadrada na conduta descrita no inciso V do art. 5º da Lei nº 18.672/2014, dispondo: "dificultar atividade de investigação ou fiscalização de órgãos, entidades ou agentes públicos, ou intervir em sua atuação, inclusive no âmbito das agências reguladoras e dos órgãos de fiscalização estaduais", aplicáveis nos termos da referida Lei, à pessoa jurídica aos seus administradores e dirigentes, bem como os agentes que, na prática, exerçam atos característicos de gestão, ainda que não constem formalmente como administradores.

3.1.46. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor.

3.1.47. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria.

3.1.48. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas.

3.1.49. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em contas bancárias específicas isentas de tarifa bancária, conforme item 9.11, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado.

3.1.50. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintos e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas.

3.1.51. Possuir um CNPJ específico (filial) e contas bancárias individualizadas para cada **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.51.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá observar as normas para movimentação dos recursos transferidos pela SES aos **PARCEIROS PRIVADOS**, instituídas mediante a Portaria nº 994/2023 - SES.

3.1.51.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá abrir contas correntes bancárias específicas isentas de tarifa bancária na Caixa Econômica Federal, agência 0012 (Agência Anhanguera), nos termos do item 9.11 deste Termo, apresentando o extrato zerado à Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios.

3.1.51.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá providenciar a abertura do CNPJ específico (filial) e contas bancárias individualizadas de que trata o item 3.1.51 no prazo de até 60 (sessenta) dias, após a assinatura do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.52. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

3.1.53. Manter, pelo período mínimo de 10 (dez) anos, contado do dia útil subsequente ao da prestação de contas, no mínimo, os documentos originais que compõem a prestação de contas, conforme Anexo II deste termo.

3.1.53.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001.

3.1.54. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo.

3.1.55. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

3.1.56. Efetivar os pagamentos dos serviços de água e telefone/internet da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

3.1.56.1. Encaminhar mensalmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água e telefone/internet da unidade pública sob sua gestão;

3.1.56.2. A responsabilidade pelos pagamentos estabelecidos no item 3.1.56 é exclusiva do **PARCEIRO PRIVADO**, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do **PARCEIRO PÚBLICO** a inadimplência da organização da sociedade civil em relação aos referidos pagamentos, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/14.

3.1.57. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

3.1.57.1. A responsabilidade pelos pagamentos estabelecidos no item 3.1.58 é exclusiva do **PARCEIRO PRIVADO**, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do **PARCEIRO PÚBLICO** a inadimplência da organização da sociedade civil em relação aos referidos pagamentos, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/14.

3.1.58. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.59. Atender as metas pactuadas e definidas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.60. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao **PARCEIRO PÚBLICO**, cuja inexatidão será considerada falta grave.

3.1.61. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas.

3.1.62. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria.

3.1.63. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior.

3.1.64. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria.

3.1.65. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer valores, independente da rubrica.

3.1.66. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros.

3.1.67. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros.

3.1.68. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal.

3.1.69. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ ou discriminatórias.

3.1.70. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los.

3.1.71. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido.

3.1.72. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas.

3.1.73. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **TERMO DE COLABORAÇÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados no item 14 deste termo.

3.1.74. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

3.1.75. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e no Plano de Trabalho apresentado.

3.1.76. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do **TERMO DE COLABORAÇÃO** a que alude, a confirmação **pelo PARCEIRO PRIVADO** o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

3.1.77. Cumprir rigorosamente a Lei Federal nº. 13.019/2014;

3.1.78. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** para

a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 9.18.

3.1.79. Observar o disposto nos arts. 4º-A, 4º-B, 5º-A, 5º-B, 5º-C e 5º-D, da Lei Nacional nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, na contratação de trabalhador autônomo ou prestador titular de pessoa jurídica, qualquer que seja o ramo de atuação, para atividade meio ou fim, inclusive assistencial, objeto do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.80. Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público.

3.1.81. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter todas as condições de habilitação fiscal e trabalhista previstas na Lei nº 13.019/14 durante o curso do presente TERMO.

3.1.82 Os bens móveis e imóveis adquiridos pela OSC com recursos provenientes da celebração do Termo de Colaboração serão destinados exclusivamente à sua execução, e a respectiva titularidade deve ser imediatamente transferida ao Estado.

3.1.83 A aquisição de bens imóveis a ser realizada durante a execução do Termo de Colaboração, com recursos dele provenientes, será precedida de autorização do Secretário de Estado da Saúde, mediante a ratificação do Chefe do Executivo, sendo a respectiva titularidade imediatamente transferida ao Estado.

4. CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

4.1. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

4.2. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Décima deste **TERMO DE COLABORAÇÃO;**

4.3. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra;

4.4. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **TERMO DE COLABORAÇÃO;**

4.5. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO;**

4.6. Realizar o pagamento de energia da Unidade de Saúde, cujo valor será glosado do custeio mensal. O **PARCEIRO PÚBLICO** deverá, ainda, reter o valor referente ao Imposto de Renda e glosar do custeio mensal;

4.7. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **TERMO DE COLABORAÇÃO;**

4.8. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao **PARCEIRO PRIVADO** segundo as regras definidas pelo Poder Público Estadual, mormente o disposto no art. 71 da Lei nº 20.756/2020, bem como no §1º do art.42 c/c art. 142 da Constituição Federal;

4.9. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO** , cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal e terá como teto o valor apurado a cada mês de competência, vedada a fixação de valor.

4.10. Nomear Comissão de Monitoramento e Avaliação deste **TERMO DE COLABORAÇÃO;**

4.11. Manter o processo de Dispensa de Chamamento Público do **PARCEIRO PRIVADO**, bem como da contratação e da execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

4.12. Manter os processos de prestação de contas deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 10 (dez) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

4.13. Manter o processo de rescisão da parceria, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contando, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

4.14. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **TERMO DE COLABORAÇÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados no Anexo III deste termo;

4.15. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados abaixo:

4.15.1. Parecer conclusivo, emitido pelo responsável pelo órgão ou entidade supervisora, com descrição da análise efetuada sobre as contas, atestando a regularidade da aplicação dos recursos públicos repassados à entidade no decorrer do exercício, evidenciando, dentre outras informações:

I - identificação da entidade contratada com as seguintes informações:

a) razão social;

b) CNPJ;

c) natureza jurídica;

d) área de atuação;

e) sítio oficial da entidade na rede mundial de computadores (internet);

II - declaração que recebeu a prestação de contas pela organização da sociedade civil assinada por seu dirigente máximo contendo a data da apresentação e o período de referência;

III - objeto e vigência do Termo de Colaboração;

IV - comparativo entre os valores pactuados mensais e os efetivamente repassados durante o exercício com as justificativas de eventuais diferenças;

V - comparativo entre os valores efetivamente repassados nos últimos três exercícios, quando houver;

VI - comparativo do gasto anual com pessoal em relação aos gastos dos últimos dois exercícios, quando houver, identificando separadamente as despesas com contratados e cedidos e respectivos encargos;

VII - demonstração da vantajosidade efetivamente obtida com a descentralização da prestação do serviço público, a qual deverá abranger a economia financeira e ganhos de eficiência técnica, de forma a evidenciar a relação custo-benefício e fazendo, ainda, referência às metas e indicadores estabelecidos;

VIII comparativo das metas previstas e realizadas, contemplando:

a) indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas;

b) a execução dos programas de trabalho proposto pela Organização da Sociedade Civil, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizaram o pleno cumprimento das metas estabelecidas;

c) indicadores de gestão que permitam aferir a eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade da atuação da entidade, levando-se em conta os resultados quantitativos e qualitativos alcançados pela instituição;

d) as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas.

IX - irregularidades detectadas na execução do Termo de Colaboração e eventuais sanções aplicadas;

X - informações acerca da abertura de tomada de contas especial durante o exercício;

XI - informações sobre a publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do Termo de Colaboração, contendo a data de publicação;

XII - endereço da página do sítio oficial da entidade na rede mundial de computadores (internet) onde se encontram divulgados os relatórios emitidos pela comissão de monitoramento e avaliação;

XIII - cumprimento das determinações expedidas pelo Tribunal de Contas e pela Controladoria-Geral do Estado, caso haja.

4.15.2. Relatório da auditoria externa, sobre as Demonstrações Contábeis, no sentido de verificar se estas refletem adequadamente a posição patrimonial e financeira, o resultado das operações, as mutações do patrimônio líquido e os fluxos de caixa da contratada examinada, bem como em relação a evolução do passivo trabalhista e/ou previdenciário e o seu impacto nas contas auditadas.

4.15.3. Certificado de Auditoria do órgão central de controle interno, evidenciando os aspectos de eficácia, eficiência, efetividade, economicidade, legalidades e legitimidade na execução do Termo de Colaboração.

4.15.4. Nota técnica do órgão central de controle interno, a ser enviada diretamente ao Tribunal, por meio do Portal TCENet, disponível no endereço www.tce.go.gov.br, evidenciando a aplicabilidade dos indicadores quanto aos aspectos de eficácia, eficiência, efetividade, economicidade, bem como a legalidade e legitimidade do processo de prestação de contas do Termo de Colaboração, além da avaliação quanto:

a) à adequada formalização e tempestividade na prestação de contas anual, inclusive sua disponibilização aos órgãos competentes em homenagem ao princípio da transparência pública;

b) aos trabalhos desenvolvidos pela comissão de monitoramento e avaliação, realizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

4.16. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão adotados.

5. CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

5.1. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

5.1.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação.

5.1.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO.**

5.1.3 Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais;

5.1.4 Divulgar as ações/resultados advindos do **TERMO DE COLABORAÇÃO** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

5.1.5 Divulgar pela internet os meios de representação sobre a aplicação irregular dos recursos envolvidos na parceria.

6. CLÁUSULA SEXTA - DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, E DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

6.1. O **PARCEIRO PÚBLICO** promoverá o monitoramento e a avaliação do cumprimento do objeto da parceria por meio da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la).

6.1.1. Para a implementação do disposto no item anterior, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá valer-se do apoio técnico de terceiros, delegar competência ou firmar parcerias com órgãos ou entidades que se situem próximos ao local de aplicação dos recursos.

6.2. Diariamente, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) deverá acompanhar os dados inseridos pela organização da sociedade civil nos sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

6.3. Mensalmente, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) emitirá relatório parcial de execução do objeto, em que avaliará:

6.3.1. o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas, de que trata o item 3.1.36.

6.3.2. o relatório de produção extraídos dos sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

6.3.3. os indicadores de desempenho extraídos dos sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

6.3.4. cumprimento das obrigações trabalhistas.

6.4. Trimestralmente, ou em prazo inferior conforme determinado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) procederá a consolidação dos relatórios parciais de execução do objeto do período findo, com a indicação dos valores a serem glosados, se for o caso, devendo encaminhá-lo ao Gestor do Termo de Colaboração.

6.5. Semestralmente, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) emitirá relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, e o submeterá à Comissão de Monitoramento e Avaliação designada, que o homologará, independentemente da obrigatoriedade de apresentação da prestação de contas devida pela organização da sociedade civil.

6.5.1. O relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, deverá conter:

a) descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;

b) análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho;

c) valores efetivamente transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

d) análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela organização da sociedade civil na prestação de contas, quando não for comprovado o alcance das metas e resultados estabelecidos no respectivo termo de colaboração;

e) análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

6.6. O **PARCEIRO PÚBLICO** designará a Comissão de Monitoramento e Avaliação através de Portaria expedida pelo titular da Secretária de Estado da Saúde, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura do Termo de Colaboração.

6.7. Os resultados atingidos com a execução deste Termo de Colaboração obtidos na forma dos itens 6.3, 6.4 e 6.5, nortearão as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO.**

6.8. O **PARCEIRO PÚBLICO** promoverá o acompanhamento e a fiscalização da parceria por meio de Gestor/Suplente designado através de Portaria expedida pelo titular da Secretária de Estado da Saúde, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura do **TERMO DE COLABORAÇÃO.**

6.8.1. O Gestor, poderá solicitar a designação de um ou mais Fiscais/Suplentes para prestar apoio técnico e operacional, especialmente quando a execução ocorrer em município diverso de sua lotação e/ou demandarem conhecimentos técnicos específicos.

6.8.1.1. A designação do(s) Fiscal(ais) deverá ocorrer por meio de Portaria expedida pelo titular da Secretaria de Estado da Saúde.

6.9. São obrigações do Gestor:

6.9.1. acompanhar e fiscalizar a execução da parceria;

6.9.2. informar ao seu superior hierárquico a existência de fatos que comprometam ou possam comprometer as atividades ou metas da parceria e de indícios de irregularidades na gestão dos recursos, bem como as providências adotadas ou que serão adotadas para sanar os problemas detectados;

6.9.2.1. as irregularidades cometidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** ao longo da execução da parceria serão preliminarmente apuradas pela área técnica responsável pela gestão e/ou fiscalização, que notificará a parceira privada para que, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, contados do recebimento do aviso, apresente justificativas ou providencie a regularização.

6.9.2.2. providenciada a regularização ou acatada a justificativa, a área técnica competente emitirá despacho fundamentado, indicando os motivos de fato e de direito que levaram ao seu acolhimento, encaminhando-o ao Titular da Pasta para conhecimento e decisão.

6.9.2.3. não havendo a regularização e/ou rejeitada a justificativa, havendo indícios suficientes de materialidade capazes de ensejar a aplicação de sanção, nos termos estabelecidos no ajuste, e demais normas pertinentes, a área técnica competente emitirá relatório sucinto descrevendo os fatos e as condutas irregulares eventualmente praticadas pela parceira privada e submeterá ao Titular da Pasta para instauração do Processo de Responsabilização por descumprimento da parceria, em autos apartados do principal.

6.9.3. emitir parecer técnico conclusivo de análise da prestação de contas final, levando em consideração o conteúdo do relatório técnico de monitoramento e avaliação de que trata o item 6.5.

6.9.4. disponibilizar materiais e equipamentos tecnológicos necessários, se for o caso, às atividades de monitoramento e avaliação.

6.9.5. acompanhar o pagamento de água e telefone/internet da unidade sob gestão da organização da sociedade civil.

6.9.6. acompanhar a regularidade fiscal e trabalhista da organização da sociedade civil, bem como a manutenção de todas as condições de habilitação.

6.9.7. solicitar à Gerência de Finanças o depósito das parcelas mensais na forma dos itens 9.1 e 10.1, com as indicações de Glosas, se houver, em conformidade com o indicado nos relatórios parciais de execução do objeto, de que tratam os itens 6.3 e 6.4.

6.10. O Gestor da execução do Termo de Colaboração, ao tomar conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos públicos pela organização da sociedade civil, deverá informar o Secretário de Estado da Saúde e, posteriormente, o Tribunal de Contas do Estado, bem como à Assembleia Legislativa do Estado de Goiás, sob pena de responsabilidade solidária.

6.10.1. Sem prejuízo da medida a que se refere o item 6.10, caso haja indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, o Gestor, quando assim a gravidade dos fatos ou o interesse público exigirem, representará ao Ministério Público, à Controladoria-Geral do Estado — CGE e à Procuradoria-Geral do Estado — PGE, para a adoção das medidas cabíveis.

6.11. Na hipótese de inexecução por culpa exclusiva da organização da sociedade civil, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá, exclusivamente para assegurar o atendimento de serviços essenciais à população, por ato próprio e independentemente de autorização judicial, a fim de realizar ou manter a execução das metas ou atividades pactuadas:

6.11.1. retomar os bens públicos em poder da organização da sociedade civil parceira, qualquer que tenha sido a modalidade ou título que concedeu direitos de uso de tais bens;

6.11.2. assumir a responsabilidade pela execução do restante do objeto previsto no plano de trabalho, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade, devendo ser considerado na prestação de contas o que foi executado pela organização da sociedade civil até o momento em que a administração assumiu essas responsabilidades.

6.12. O **PARCEIRO PÚBLICO**, sempre que possível, realizará pesquisa de satisfação com os beneficiários do plano de trabalho e utilizará os resultados como subsídio na avaliação da parceria celebrada e do cumprimento dos objetivos pactuados, bem como na reorientação e no ajuste das metas e atividades definidas.

6.13. Será impedida de participar como gestor da parceria ou como membro da comissão de monitoramento e avaliação pessoa que, nos últimos 5 (cinco) anos, tenha mantido relação jurídica com, ao menos, 1 (uma) das entidades partícipes do procedimento.

6.14. O **PARCEIRO PÚBLICO**, por meio da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) ou do Gestor do Termo de Colaboração poderá, a qualquer tempo, exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios, necessários ao monitoramento, avaliação e fiscalização dos ajustes.

6.15 No caso de atuação em rede, por duas ou mais organizações da sociedade civil, será mantida a integral responsabilidade da organização celebrante do Termo de Colaboração, desde que a organização da sociedade civil signatária do Termo de Colaboração possua:

I - mais de cinco anos de inscrição no CNPJ;

II - capacidade técnica e operacional para supervisionar e orientar diretamente a atuação da organização que com ela estiver atuando em rede.

Parágrafo único. A organização da sociedade civil que assinar o Termo de Colaboração deverá celebrar termo de atuação em rede para repasse de recursos às não celebrantes, ficando obrigada a, no ato da respectiva formalização:

I - verificar, nos termos do regulamento, a regularidade jurídica e fiscal da organização executante e não celebrante do Termo de Colaboração, devendo comprovar tal verificação na prestação de contas;

II - comunicar à administração pública em até sessenta dias a assinatura do termo de atuação em rede.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - DA GESTÃO DA PARCERIA

7.1. O **PARCEIRO PÚBLICO** deverá designar por meio de Portaria um servidor efetivo que atuará como Gestor da parceria, que deverá controlar e fiscalizar em tempo hábil e de modo eficaz.

8. CLÁUSULA OITAVA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

8.1. A vigência do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** será de **180 (cento e oitenta) dias ou até a conclusão do chamamento público**, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, nos termos do art. 38 da Lei federal nº 13.019/2014.

8.2. A vigência da parceria poderá ser alterada mediante solicitação da organização da sociedade civil, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada à Secretaria de Estado da Saúde em, no mínimo, trinta dias antes do termo inicialmente previsto.

8.3. A prorrogação de ofício da vigência do Termo de Colaboração deve ser feita pela administração pública quando ela der causa a atraso na liberação de recursos financeiros, limitada ao exato período do atraso verificado.

8.4. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, com fito de assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e a ampla defesa.

9. CLÁUSULA NONA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

9.1. Para executar o **custeio mensal estimado** deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** especificado no Anexo Técnico e no Plano de Trabalho, o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** a importância mensal estimada de R$ 2.066.154,49 (dois milhões, sessenta e seis mil cento e cinquenta e quatro reais e quarenta e nove centavos), perfazendo o valor estimado global de R$ 12.396.926,94 (doze milhões, trezentos e noventa e seis mil novecentos e vinte e seis reais e noventa e quatro centavos), para o período de 180 (cento e oitenta) dias.

9.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

9.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 9.18, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

9.4. As despesas deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FES
Função	10	SAÚDE
Subfunção	302	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL
Programa	1043	SAÚDE INTEGRAL
Ação	2516	GESTÃO INDIRETA - ATENDIMENTO AMBULATORIAL E/OU HOSPITALAR
Grupo de Despesa	03	OUTRAS DESPESAS CORRENTES
Fonte	15000100	RECURSOS NÃO VINCULADOS DE IMPOSTOS - RECEITAS ORDINÁRIAS
Modalidade Aplicação	20	TRANSFERÊNCIAS A INSTITUIÇÕES PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS

9.5. Para os próximos exercícios as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o **PARCEIRO PÚBLICO** obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva nota de empenho estimativa e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

9.6. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na tabela do item 9.8 poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a qual apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

9.7. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.8. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

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

9.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em em conta corrente específica isenta de tarifa bancária, em instituição bancária e agência indicada pela Secretaria de Estado da Saúde e, enquanto não empregados na sua finalidade, serão obrigatoriamente aplicados, conforme regulamento específico.

9.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em contas bancárias específicas, vinculadas à natureza do repasse, sendo:

I - 1 (uma) conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao custeio;

II - 1 (uma) conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados às portarias de investimento; e

III - 1 (uma) conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais.

9.12. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

9.13. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

9.14. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.15. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

9.16. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar;

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos;

c) Pagamento de benefícios a empregados, colaboradores e dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos;

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos;

e) Quaisquer finalidades alheias ao objeto da parceria.

9.17. Ao final do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.18. Do total de recursos financeiros a serem repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** relativos à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, o montante de 3% (três por cento) será depositado diretamente na conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao Fundo de provisão para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, ocasião em que o montante de 97% (noventa e sete por cento) será depositado diretamente na conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao custeio;

9.19. Os recursos destinados ao Fundo de provisão para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, depositados na conta exclusiva que trata o inciso III, do item 9.11 deste edital, somente poderão ser movimentados mediante dupla autorização junto a instituição financeira que trata o caput deste artigo, sendo 1 (uma) sob a responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, e 1 (uma) sob responsabilidade da SES;

9.20. É proibida a manutenção e a movimentação dos recursos repassados ao **PARCEIRO PRIVADO**, necessários ao cumprimento do Termo de Colaboração em conta distinta das especificadas no item 9.11 deste instrumento.

9.21. É proibida a movimentação de recursos entre as contas exclusivas de que trata o item 9.11, mesmo que a título de "empréstimos" ou, ainda sob qualquer outra motivação.

9.22. Toda a movimentação de recursos no âmbito do Termo de Colaboração celebrado, será realizada mediante transferência eletrônica sujeita à identificação do beneficiário final e à obrigatoriedade de depósito em sua conta bancária.

9.23. Os pagamentos deverão ser realizados mediante crédito na conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços.

9.24. É proibida a movimentação de recursos do Termo de Colaboração, entre unidades hospitalares distintas e/ou para a Matriz da entidade ou suas filiais, a título de "empréstimos" ou, ainda sob qualquer outra motivação.

9.25. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta e Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

9.26. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - DO REPASSE DE RECURSOS

10.1. Para execução do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** o valor mensal a ser repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO** será de R$ 2.066.154,49 (dois milhões, sessenta e seis mil, cento e cinquenta e quatro reais e quarenta e nove centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis contados do recebimento da ORDEM DE SERVIÇO pelo **PARCEIRO PRIVADO** e os demais até o 5º dia útil de cada mês.

10.1.1 As parcelas serão liberadas mensalmente, exceto nos casos previstos no art. 48 da Lei nº 13.019/2014, quando deverá haver a retenção até o saneamento das impropriedades.

10.1.1.1 Após o prazo de 60 (sessenta) dias estabelecido no Item 3.1.51.3, o **PARCEIRO PÚBLICO** deverá realizar os repasses em conta bancária da filial do **PARCEIRO PRIVADO** criada especificamente para execução do ajuste. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** não possua a filial no prazo supramencionado, deverá apresentar JUSTIFICATIVA e submeter ao **PARCEIRO PÚBLICO** para aceite, a fim de evitar atraso nos repasses.

10.1.2. Será de inteira responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP.

10.1.3. A depender do parecer emitido por comissão a ser instituída pela SES, quando o **PARCEIRO PÚBLICO** for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores correspondentes poderão ser cobrados regressivamente do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Termo de Colaboração repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO.**

10.1.4. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo.

10.1.5. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS RECURSOS HUMANOS

11.1. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** de acordo com o plano de gestão de recursos humanos apresentados em seu Plano de Trabalho, podendo considerar um modelo misto de trabalhadores, composto por servidores públicos do **PARCEIRO PÚBLICO** e por empregados contratados, em regime celetista, mediante processo seletivo. O **PARCEIRO PRIVADO**, para fins de alcançar os objetivos desse ajuste, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

11.2 É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

11.3. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

11.4. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados no Plano de Trabalho apresentado.

11.6. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, relacionados à execução do objeto previsto no Termo de Colaboração, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a inadimplência da organização da sociedade civil em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/2014 e art. 11, IV do Decreto estadual nº 10.356/2023.

11.7. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

11.8. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

11.9. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um Termo de Colaboração, de fomento, cooperação ou contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO**, para a apuração dos limites constantes nos itens 11.7 e 11.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todas essas relações.

11.10. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico V do Plano de Trabalho.

11.11. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

11.12. É vedada a contratação, onerosa ou não, de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 2º (segundo) grau, do Governador, do Vice–Governador, dos Secretários de Estado, dos Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, dos Senadores, dos Deputados Federais e Estaduais, dos Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE–GO e dos Conselheiros do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás – TCM–GO, bem como dos diretores, estatutários ou não, da OSC ou das entidades que mantiverem ajustes de parcerias firmadas com o Estado de Goiás, para quaisquer serviços relativos ao Termo de Colaboração.

11.13. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceria, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

11.14. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

11.15. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO.**

11.16. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

11.17. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

11.18. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

11.19. Na apuração dos limites constantes nos itens 11.7 e 11.8, será considerado o somatório das despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do **PARCEIRO PÚBLICO** cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 10.9.

11.20 Nos ajustes, onerosos ou não, celebrados pelo **PARCEIRO PRIVADO** com terceiros, fica vedado o estabelecimento de acordo de forma direta e indireta com pessoas jurídicas ou instituições das quais façam parte os seus dirigentes ou seus associados.

11.21 Os valores relativos à remuneração da equipe equipe encarregada da execução do plano de trabalho, inclusive de pessoal próprio da organização da sociedade civil, durante a vigência da parceria, compreendendo as despesas com pagamentos de impostos, contribuições sociais, Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS, férias, décimo terceiro salário, salários proporcionais, verbas rescisórias e demais encargos sociais e trabalhistas, deverão:

I – estar previstos no plano de trabalho;

II – ser proporcionais ao tempo efetivamente dedicado à parceria; e

III – ser compatíveis com os praticados no mercado, observados:

a) os acordos e as convenções coletivas de trabalho; e

b) a limitação, em seu montante bruto e individual, a quantia não superior ao teto estabelecido pelo inciso XII do art. 92 da Constituição do Estado de Goiás.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS ALTERAÇÕES

12.1. O presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

12.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os PARCEIROS, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

12.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO.**

12.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

12.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos.

12.6. O PLANO DE TRABALHO da parceria, a qualquer tempo, poderá ser revisto para alteração de valores ou de metas, mediante termo aditivo ou por apostila ao plano de trabalho original, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

12.7. Caso a revisão seja realizada através de Termo Aditivo, as alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os PARCEIROS, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA DENÚNCIA

13.1. O presente instrumento pode ser denunciado antes do término do prazo inicialmente pactuado, após manifestação expressa, por ofício ou carta remetida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Nesta hipótese, as partes definirão através de Termo de Encerramento as respectivas condições, sanções e delimitações claras de responsabilidades em relação à conclusão ou extinção do trabalho em andamento.

13.1.1. Por ocasião da denúncia, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos à entidade ou ao órgão repassador dos recursos, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de Tomada de Contas Especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade responsável pela parceria.

14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESCISÃO

14.1. O presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, mediante aviso de intenção no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

14.1.1. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **TERMO DE COLABORAÇÃO** e as disposições legais;

14.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

14.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois semestres não cumprir as metas previstas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

14.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

14.1.5. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

14.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

14.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

15.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

I - o estatuto social e suas alterações;

II – a estrutura organizacional da OSC e da unidade gerida;

III - as competências previstas no Termo de Colaboração;

IV – a legislação aplicável ao regime de parceria celebrado entre a administração pública estadual e a OSC;

V – a estrutura organizacional da OSC com a relação dos cargos e de seus ocupantes;

VI - o(s) endereço(s), o(s) horário(s) para o atendimento ao público, o(s) telefone(s) e o(s) e– mails da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

VII – o Termo de Colaboração e os seus eventuais aditivos;

VIII – o relatório mensal resumido da execução orçamentária e financeira e o consolidado ao final de cada exercício financeiro, com as informações sobre o valor total da parceria, os valores liberados (repassados e transferidos, saldo empenhado, saldo liquidado e saldo pago), e as devoluções de recursos efetuados pela OSC;

IX – os relatórios finais de prestação de contas, com a demonstração da situação da prestação de contas da parceria, que deverá informar a data prevista para a sua apresentação, a data em que foi apresentada, o prazo para a sua análise e o resultado conclusivo;

X – a relação mensal atualizada dos seus empregados, com suas respectivas remunerações, pagas com recursos oriundos do Termo de Colaboração;

XI - a relação mensal atualizada dos membros dos conselhos de administração e fiscal, com suas respectivas ajudas de custo;

XII - a remuneração dos servidores cedidos pela administração pública, atualizada mensalmente;

XIII - a relação mensal e atualizada dos servidores que foram devolvidos ao órgão supervisor;

XIV - a relação mensal dos membros da diretoria e das chefias de seu organograma e da unidade gerida, com suas respectivas remunerações;

XV - as atas das reuniões do conselho de administração relativas ao Termo de Colaboração, desde o início do ato;

XVI - a relação dos membros dos conselhos de administração e fiscal;

XVII - com relação aos serviços de saúde, os horários, os profissionais prestadores de serviços, as especialidades e os locais de atendimento, também, atualizadas mensalmente e publicadas no primeiro dia de cada mês, as escalas de serviços de saúde da unidade gerida;

XVIII - com relação ao Serviço de Informações ao Cidadão – SIC e à Ouvidoria, os endereços e os horários de atendimento ao cidadão, presencial e eletrônico;

XIX - o relatório anual estatístico de pedidos de acesso à informação;

XX - o relatório estatístico de pedidos de acesso à informação do Ouvidor SUS;

XXI - a relação dos bens móveis, com a permissão de uso para as finalidades do Termo de Colaboração, inclusive os adquiridos posteriormente pela OSC;

XXII - a relação dos bens imóveis com a permissão/cessão de uso para as finalidades do Termo de Colaboração, inclusive os adquiridos posteriormente pela OSC;

XXIII - Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

XXIV - Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

XXV - Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parcerias, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

XXVI - os atos convocatórios e os avisos de seleção pública relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

XXVII - os resultados dos processos seletivos, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para as quais estão habilitados;

XXVIII - os planos de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

XXVIX - a relação dos membros da diretoria e das chefias de seu organograma, com o telefone, o e– mail e a remuneração individual;

XXX – as seguintes demonstrações contábeis, conforme a legislação vigente, com a divulgação:

a) anual: balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, mutações do patrimônio líquido, fluxos de caixa, notas explicativas e relatório de auditoria independente (auditoria externa) ; e

b) mensal: livros razão, diários do período, balancetes e os demais demonstrativos contábeis e financeiros exigidos na legislação;

XXXI - os relatórios mensais e anuais atualizados de ações e atividades pactuadas no Termo de Colaboração;

XXXII – o relatório mensal dos repasses ou das transferências de recursos financeiros, que deve conter a comparação dos valores recebidos, gastos e devolvidos ao poder público, com a especificação da competência (mês e ano), da previsão da receita (conforme o Termo de Colaboração e seus aditivos), do repasse financeiro mensal (detalhados o custeio e o investimento), dos gastos (detalhados o custeio e o investimento) e dos valores devolvidos à contratante (detalhados o custeio e o investimento);

XXXIII – os relatórios anuais gerenciais de produção consolidados, emitidos pela diretoria e aprovados pelo conselho de administração, com a necessária comparação mensal de metas previstas e realizadas (quantitativos em termos absolutos) e com os resultados dos indicadores de desempenho, conforme o estabelecido no Termo de Colaboração, bem como nos respectivos termos aditivos;

XXXIV – as perguntas mais recorrentes dos cidadãos, que sejam de interesse social, refiram– se às áreas de atuação da OSC e da unidade gerida, bem como sejam pertinentes ao Termo de Colaboração, com as suas respectivas respostas;

XXXV – o relatório, devidamente assinado pela direção e por contador, com o detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública gerida em local;

XXXVI – a relação mensal dos empregados contratados indiretamente que, em substituição a servidores públicos, exercerem as atividades finalísticas das unidades estaduais geridas, com os respectivos salários;

16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS PARTES INTEGRANTES DO TERMO DE COLABORAÇÃO

16.1. Integram o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**:

a) Anexos Técnicos;

b) Plano de Trabalho;

c) Programa de Integridade ou Compliance;

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis; e

e) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis.

17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

17.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a inadimplência da organização da sociedade civil, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/2014.

17.2 O **PARCEIRO PRIVADO** deve comunicar imediatamente à SES e à PGE as demandas judiciais em que figurar como parte, com o encaminhamento a este último órgão das informações, dos dados e dos documentos requisitados para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal de quem deixar de fazê-lo.

18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DAS SANÇÕES

18.1. A Administração Estadual poderá impor à entidade, pela execução da parceria em desacordo total ou parcial com o Edital e seus anexos, com o Termo de Colaboração e seus anexos, com as normas da Lei federal nº 13.019/2014 e do Decreto estadual 10.356/2023, as seguintes sanções, garantida a prévia defesa:

a) advertência;

b) suspensão temporária de participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública sancionadora, por prazo não superior a dois anos;

c) declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a organização da sociedade civil ressarcir a administração pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso II.

18.1.1. os dirigentes das entidades responderão, individual e solidariamente, pelos danos ou pelos prejuízos decorrentes de sua ação ou sua omissão, sem prejuízo das sanções previstas no Termo de Colaboração.

18.2. As sanções estabelecidas nas alíneas "b" e "c" são de competência exclusiva do Secretário de Estado da Saúde, facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de dez dias da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após dois anos de aplicação da penalidade.

18.3. Fica o **PARCEIRO PRIVADO** e seus representantes legais sujeitos às sanções previstas na Lei estadual nº 18.672/2014, quando praticarem os atos lesivos previstos no art. 5º da referida norma.

18.4. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

18.5. As irregularidades cometidas pela entidade ao longo da execução da parceria serão preliminarmente apuradas pela área técnica responsável pela gestão e/ou fiscalização da parceria, que notificará a parceira privada para que, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados do recebimento do aviso, apresente justificativas ou providencie a regularização.

18.5.1. Providenciada a regularização ou acatada a justificativa, a área técnica competente emitirá despacho fundamentado, indicando os motivos de fato e de direito que levaram ao seu acolhimento, encaminhando-o ao Titular da Pasta para conhecimento e decisão.

18.5.2. Não havendo a regularização e/ou rejeitada a justificativa, havendo indícios suficientes de materialidade capazes de ensejar a aplicação de penalidade, nos termos estabelecidos no Termo de Colaboração, e demais normas pertinentes, a área técnica competente emitirá relatório sucinto descrevendo os fatos e as condutas irregulares eventualmente praticadas pela parceira privada e submeterá ao Titular da Pasta para instauração do Processo de Responsabilização por descumprimento contratual, em autos apartados do principal, mediante portaria.

18.6. Instaurado o Processo de Responsabilização por descumprimento contratual, a Comissão Processante instruirá o processo oportunizando o contraditório e a ampla defesa, emitindo, ao final, relatório conclusivo, sugerindo, se for o caso, a aplicação de penalidade, encaminhando-o ao Titular da Pasta para decisão.

18.6.1. As infrações administrativas aos termos estabelecidos no ajuste, e demais normas pertinentes, e que também sejam tipificadas como atos lesivos no art. 5º da Lei estadual nº 18.672/2014, poderão ser apuradas e julgadas de forma concomitante e nos mesmos autos do Processo de Responsabilização.

19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

19.1. A prestação de contas deverá ser feita observando-se as regras previstas nesta Lei nº 13.019/2014 e no Decreto estadual nº 10.356/2023, além de prazos e normas de elaboração constantes deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** e do Plano de Trabalho.

19.1.1. O **PARCEIRO PÚBLICO** fornecerá as orientações ao **PARCEIRO PRIVADO** contendo os procedimentos para a prestação de contas.

19.2. O **PARCEIRO PRIVADO** prestará contas da boa e regular aplicação dos recursos recebidos no final de cada exercício e no término da parceria, no prazo de até 90 (noventa) dias.

19.2.1 O prazo poderá ser prorrogado por até 30 (trinta) dias, desde que devidamente justificado, e aceito pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

19.3. O disposto no item 19.2. não impede que o **PARCEIRO PÚBLICO** promova a instauração de tomada de contas especial antes do término da parceria, ante evidências de irregularidades na execução do objeto.

19.4. A prestação de contas deverá conter elementos que permitam ao Gestor do **PARCEIRO PÚBLICO** avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado, com a descrição pormenorizada das atividades realizadas e a comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados, até o período de que trata a prestação de contas.

19.4.1. Serão glosados valores relacionados a metas e resultados descumpridos sem justificativa suficiente.

19.4.2. Os dados financeiros serão analisados com o intuito de estabelecer o nexo de causalidade entre a receita e a despesa realizada, a sua conformidade e o cumprimento das normas pertinentes.

19.5. A análise da prestação de contas deverá observar além de documentos específicos previstos no plano de trabalho, os seguintes relatórios:

19.5.1. relatório de execução do objeto;

19.5.2. relatório de execução financeira.

19.6. O **PARCEIRO PÚBLICO** deverá considerar em sua análise os seguintes relatórios elaborados internamente, quando houver:

19.6.1. relatório de visita técnica *in loco*;

19.6.2. relatório técnico de monitoramento e avaliação, homologado pela comissão de monitoramento e avaliação designada.

19.7. O Gestor do Termo de Colaboração emitirá parecer técnico de análise de prestação de contas da parceria.

19.7.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar prestação de contas parciais ao fim de cada exercício, para fins de monitoramento do cumprimento das metas do objeto.

19.8. Os pareceres técnicos deverão, obrigatoriamente, mencionar:

19.8.1. os resultados já alcançados e seus benefícios;

19.8.2. os impactos econômicos ou sociais;

19.8.3. o grau de satisfação do público-alvo;

19.8.4. a possibilidade de sustentabilidade das ações após a conclusão do objeto pactuado.

19.9. Constatada irregularidade ou omissão na prestação de contas, será concedido prazo de até 45 quarenta e cinco) dias para a organização da sociedade civil sanar a irregularidade ou cumprir a obrigação, prorrogável justificadamente, no máximo, por igual período.

19.10. O **PARCEIRO PÚBLICO** apreciará a prestação de contas, no prazo de até 150 (cento e cinquenta) dias, contada da data de recebimento ou do cumprimento de diligência por ele determinado, prorrogável justificadamente por igual período.

19.11. O parecer técnico conclusivo do gestor, decorrente da prestação de contas apresentada ao término da vigência da parceria, deverá, ainda, incluir manifestação sobre a avaliação das contas, de acordo com os parâmetros do art. 72 da Lei nº 13.019, de 2014.

19.12. Em face do parecer a que se refere o item 19.8, a comissão de monitoramento e avaliação proporá à autoridade competente para assinatura do respectivo instrumento de parceria a avaliação da prestação de contas da organização da sociedade civil quanto à regularidade, com ou sem ressalvas, ou a rejeição, conforme item 19.14 e, na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

19.13. Em caso de atuação em rede, a prestação de contas abrangerá a comprovação da verificação do cumprimento, pela organização executante não celebrante, do **disposto no art. 35-A** da Lei nº 13.019, de 2014, observado, quanto às regularidades fiscal e tributária, o **disposto no § 5º do art. 5º** do Decreto nº 10.356/2023.

19.14. As prestações de contas serão avaliadas:

19.14.1. regulares, quando expressarem, de forma clara e objetiva, o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

19.14.2. regulares com ressalva, quando evidenciarem impropriedade ou qualquer outra falta de natureza formal que não resulte em dano ao erário;

19.14.3. irregulares, quando comprovada qualquer das seguintes circunstâncias:

a) omissão no dever de prestar contas;

b) descumprimento injustificado dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

c) dano ao erário decorrente de ato de gestão ilegítimo ou antieconômico;

d) desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

20. CLÁUSULA VIGÉSIMA - DA CONCILIAÇÃO E MEDIAÇÃO

20.1 As controvérsias eventualmente surgidas quanto à formalização, execução ou encerramento do ajuste decorrentes desta Dispensa de Chamamento Público, serão submetidas à tentativa de conciliação ou mediação no âmbito da Câmara de Conciliação, Mediação e Arbitragem da Administração Estadual (CCMA), na forma da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 e da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DO FORO

21.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia/GO para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DA PUBLICAÇÃO

22.1. A publicação do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** no Diário Oficial do Estado e Diário Oficial da União, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua assinatura, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

22.2. A publicação do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** se dará ainda no sítio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde.

23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DOS CASOS OMISSOS

23.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO I AO VI TERMO DE COLABORAÇÃO

ANEXO I AO TERMO DE COLABORAÇÃO

1. DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

1.1 A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

1.2 O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

1.3 Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do ajuste.

1.3.1 O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

ANEXO II AO TERMO DE COLABORAÇÃO

1. DOCUMENTAÇÃO MÍNIMA NECESSÁRIA À PRESTAÇÃO DE CONTAS

1.1. ofício de encaminhamento da prestação de contas anual pela diretoria;

1.2. ato de constituição da organização da sociedade civil - Estatuto Social vigente;

1.3. indicação do rol de responsáveis pela organização da sociedade civil no período a que se refere a prestação de contas contendo nome, CPF, endereço pessoal, atribuições e respectivos períodos de atuação, como se segue:

1.3.1. dirigente máximo;

1.3.2. membros da diretoria.

1.4. atas das reuniões ordinárias e extraordinárias diretoria;

1.5. regulamentos para contratação de obras, serviços e compras, bem como de admissão de pessoal aprovados pela Controladoria Geral do Estado;

1.6. plano de cargos, salários e benefícios dos empregados atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto a compatibilidade dos valores com os praticados no mercado;

1.7. folhas mensais de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do termo de colaboração durante o exercício, indicando no mínimo a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores, em formatos sintéticos e analíticos;

1.8. relação dos servidores/funcionários públicos cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

1.9. inventário físico e dos bens (móveis e imóveis) com permissão de uso para as finalidades do termo de colaboração incluindo os adquiridos posteriormente pela entidade, utilizando-se de recursos públicos, em formato sintético e analítico;

1.10. relatório financeiro dos recursos repassados pelo Poder Público, dos rendimentos auferidos e suas destinações, elaborado pela organização da sociedade civil;

1.11. extrato bancário mensal da conta específica (corrente e aplicação), aberta em instituição financeira oficial, para movimentação financeira dos recursos do termo de colaboração acompanhado da respectiva conciliação bancária;

1.12. notas fiscais/faturas e demais documentos que comprovem as despesas efetuadas, revestidos das formalidades legais, com a certificação do responsável pelo recebimento das mercadorias ou serviços prestados, contendo expressa menção no corpo dos documentos fiscais originais ao número do termo de colaboração e aditivos, se houver;

1.13. relação e cópia dos contratos e respectivos aditamentos firmados pela entidade com terceiros contendo: nome do contratado, CNPJ/CPF, objeto, vigência, valor e data de assinatura;

1.14. relatórios de custos, analíticos e sintéticos, apresentados também em formato de planilhas e a descrição do sistema de custeio adotado;

1.15. relatórios gerenciais e de atividades desenvolvidas no gerenciamento da entidade objeto do termo de colaboração, elaborados e aprovados pela diretoria, contemplando ainda:

1.15.1. indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas;

1.15.2. a execução dos programas de trabalho propostos pela organização da sociedade civil, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizaram o pleno cumprimento das metas estabelecidas;

1.15.3. indicadores de gestão que permitam aferir a eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade da atuação da entidade, levando-se em conta os resultados quantitativos e qualitativos alcançados pela instituição;

1.15.4. as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas.

1.16. demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

1.17. parecer conclusivo da diretoria da organização da sociedade civil sobre as contas e demonstrações contábeis e financeiras;

1.18. relatório de auditoria externa sobre as Demonstrações Contábeis, no sentido de verificar se estas refletem adequadamente a posição patrimonial e financeira, o resultado das operações, as mutações do patrimônio líquido e os fluxos de caixa da contratada examinada, bem como em relação a evolução do passivo trabalhista e/ou previdenciário e o seu impacto nas contas auditadas;

1.19. certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação das demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe foram desfavoráveis e os valores das respectivas condenações.

ANEXO III AO TERMO DE COLABORAÇÃO

1. DOCUMENTOS A SEREM DISPONIBILIZADOS EM SÍTIO NA REDE MUNDIAL DE COMPUTADORES PELO PARCEIRO PÚBLICO

1.1. Estudos técnicos previamente realizados, que comprovem a vantajosidade da adoção do referido modelo em relação à prestação direta do serviço pelo Estado, mediante demonstração objetiva de que o vínculo de parceria atende aos objetivos de eficiência econômica, administrativa e de resultados;

1.2. Decisão fundamentada do Chefe do Poder Executivo, nos termos do item 1.1.1. do ANEXO IV deste termo;

1.3. Edital de Chamamento, acompanhado das propostas, julgamento e homologação;

1.4. Termo de Colaboração e seus eventuais aditivos;

1.5. Orçamento da organização da sociedade civil individualizado por cada termo de colaboração;

1.6. Regulamento de contratação de bens, serviços e pessoal das organizações da sociedade civil contratadas;

1.7. Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados da entidade, bem como remuneração paga aos membros de sua diretoria;

1.8. Execução orçamentária mensal e acumulada no ano;

1.9. Demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

1.10. Relatórios gerenciais emitidos pela diretoria da organização da sociedade civil;

1.11. Relatórios emitidos pela comissão de monitoramento e avaliação de que trata a Lei nº 13.019/2014;

1.12. Link da página para acesso às informações da transparência no sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) da organização da sociedade civil parceira;

1.13. Resultados de Inspeções e Auditorias concluídas;

1.14. Remuneração dos servidores cedidos à Organização da Sociedade Civil.

ANEXO IV AO TERMO DE COLABORAÇÃO

1. DOCUMENTOS A SEREM MANTIDOS PELOS ÓRGÃOS E ENTIDADES SUPERVISORAS

1.1 Da Seleção da Organização da Sociedade Civil

1.1.1. Cópia do processo administrativo de seleção (chamamento público) e celebração do termo de colaboração, acompanhado de decisão fundamentada do Chefe do Executivo, que se dará na fase interna da seleção, que evidencie de forma objetiva, por unidade administrativa, ou conjunto delas, a vantagem econômica, administrativa e de resultados com a celebração do termo de colaboração em detrimento da realização direta do seu objeto, devendo constar, no mínimo:

a) metodologia e critérios de seleção das unidades administrativas a serem transferidas;

b) fundamentação quanto à escolha das atividades a serem executadas;

c) estimativa dos gastos de custeio, incluindo recursos humanos, e, se houver, de investimento, acompanhada das memórias detalhadas de cálculo e da metodologia utilizada;

d) dados e indicadores dos últimos 3 anos, no mínimo, relativos à prestação do serviço a ser transferido para organizações da sociedade civil, para fins de comparação com a expectativa de ganhos de eficiência econômica e técnica por parte do Estado de Goiás;

e) metas e indicadores estabelecidos, acompanhados dos critérios utilizados e da metodologia de cálculo aplicada para sua definição.

1.2. Da Excepcionalidade do Chamamento Público nas hipóteses expressamente previstas na Lei nº 13019/2014

a) no caso de urgência decorrente de paralisação ou iminência de paralisação de atividades de relevante interesse público, pelo prazo de até cento e oitenta dias;

b) nos casos de guerra, calamidade pública, grave perturbação da ordem pública ou ameaça à paz social;

c) quando se tratar da realização de programa de proteção a pessoas ameaçadas ou em situação que possa comprometer a sua segurança;

d) no caso de atividades voltadas ou vinculadas a serviços de saúde, desde que executadas por organizações da sociedade civil previamente credenciadas pelo órgão gestor da respectiva política.

1.3. Dos Aditivos do Termo de Colaboração

1.3.1. Documentação necessária para justificar as alterações realizadas com as razões de fato e de direito que demonstrem o motivo dessas necessidades não terem sido identificadas no momento da seleção e contratação bem como a comprovação da manutenção da natureza do objeto do contrato.

1.3.2. Memória de cálculo contendo quantidades e custos detalhados e cronograma atualizado, quando cabíveis;

1.3.3. Demonstrativo das metas e indicadores estabelecidos acompanhados dos critérios utilizados e da metodologia de cálculo aplicada para sua definição;

1.3.4. Publicação resumida (extrato) do termo no Diário Oficial;

1.3.5. Nota(s) de Empenho vinculada(s) ao termo. Das Metas e dos Indicadores de Desempenho do Termo de Colaboração

1.3.6. Ficha técnica de cada indicador contendo, no mínimo:

a) medida: grandeza qualitativa ou quantitativa que permite classificar as características, resultados e consequências dos produtos, processos ou sistemas;

b) fórmula: padrão matemático que expressa a forma de realização do cálculo;

c) padrão de comparação: índice arbitrário e aceitável para uma avaliação comparativa de padrão de cumprimento; e

d) meta: índice (número) orientado por um indicador em relação a um padrão de comparação a ser alcançado durante certo período.

1.3.7. Relatórios gerenciais e de atividades identificando:

a) as ações executadas pelo contratado;

b) a etapa de execução de cada atividade em relação a previsão, identificando seu percentual;

c) a representação percentual do cumprimento global das metas;

d) a mensuração dos indicadores de desempenho formulados para cada meta pactuada. Da Execução do Termo de Colaboração e Respectiva Prestação de Contas Anual.

1.3.8. Cópia dos termos de colaboração, termos aditivos e respectivas notas de empenho.

1.3.9. Relatórios emitidos pela Parceira pertinentes à execução do termo de colaboração devidamente aprovados pela Diretoria da organização da sociedade civil, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, a qual deverá conter, no mínimo, a seguinte documentação:

a) ofício de encaminhamento da prestação de contas anual pela Diretoria;

b) ato de constituição da organização da sociedade civil - Estatuto Social vigente;

c) indicação do rol de responsáveis pela organização da sociedade civil no período a que se refere a prestação de contas contendo nome, CPF, endereço pessoal, atribuições e respectivos períodos de atuação, como se segue:

c.1) dirigente máximo;

c.2) membros da diretoria.

d) atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da diretoria da organização da sociedade civil;

e) regulamentos para contratação de obras, serviços e compras, bem como de admissão de pessoal aprovados pela Controladoria Geral do Estado;

f) plano de cargos, salários e benefícios dos empregados atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto a compatibilidade dos valores com os praticados no mercado;

g) folhas mensais de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do termo de colaboração durante o exercício, indicando no mínimo a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores, em formatos sintéticos e analíticos;

h) relação dos servidores/funcionários públicos cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

i) inventário físico e dos bens (móveis e imóveis) com permissão de uso para as finalidades do termo de colaboração incluindo os adquiridos posteriormente pela organização da sociedade civil, utilizando-se de recursos públicos, em formato sintético e analítico;

j) relatório financeiro dos recursos repassados pelo Poder Público, dos rendimentos auferidos e suas destinações, elaborado pela parceira;

k) extrato bancário mensal da conta específica (corrente e aplicação), aberta em instituição financeira oficial, para movimentação financeira dos recursos do termo de colaboração acompanhado da respectiva conciliação bancária;

l) notas fiscais/faturas e demais documentos que comprovem as despesas efetuadas, revestidos das formalidades legais, com a certificação do responsável pelo recebimento das mercadorias ou serviços prestados, contendo expressa menção no corpo dos documentos fiscais originais ao número do termo de colaboração e aditivos, se houver;

m) relação e cópia dos contratos e respectivos aditamentos firmados pela organização da sociedade civil com terceiros contendo: nome do contratado, CNPJ/CPF, objeto, vigência, valor e data de assinatura;

n) relatórios de custos, analíticos e sintéticos, apresentados também em formato de planilhas e a descrição do sistema de custeio adotado;

o) relatórios gerenciais e de atividades desenvolvidas no gerenciamento da entidade objeto do termo de colaboração, elaborados e aprovados pela diretoria, contemplando ainda:

o.1) indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas;

o.2) a execução dos programas de trabalho propostos pela organização da sociedade civil, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizaram o pleno cumprimento das metas estabelecidas;

o.3) indicadores de gestão que permitam aferir a eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade da atuação da entidade, levando-se em conta os resultados quantitativos e qualitativos alcançados pela instituição;

o.4) as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas.

p) demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

q) parecer conclusivo da Diretoria da organização da sociedade civil sobre as contas e demonstrações contábeis e financeiras;

r) relatório de auditoria externa sobre as Demonstrações Contábeis, no sentido de verificar se estas refletem adequadamente a posição patrimonial e financeira, o resultado das operações, as mutações do patrimônio líquido e os fluxos de caixa da contratada examinada, bem como em relação a evolução do passivo trabalhista e/ou previdenciário e o seu impacto nas contas auditadas;

s) certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação das demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe foram desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

1.3.10. Relatórios emitidos pela comissão de monitoramento e avaliação de que tratam o art. 66 da Lei nº 13.019/2014, contendo inclusive demonstração da economicidade auferida pela Administração durante o período em análise.

1.3.11. Parecer conclusivo, emitido pelo responsável pelo órgão ou entidade supervisora, com descrição da análise efetuada sobre as contas (regular, regular com ressalvas ou irregular, utilizando os parâmetros estabelecidos nos artigos 72 a 74 da Lei n° 16.168/2007), atestando a regularidade da aplicação dos recursos públicos repassados à organização da sociedade civil no decorrer do exercício, evidenciando, dentre outras informações:

I - identificação da entidade parceira com as seguintes informações:

a) razão social;

b) CNPJ;

c) natureza jurídica;

d) área de atuação;

e) sítio oficial da entidade na rede mundial de computadores (internet);

II - declaração que recebeu a prestação de contas pela organização da sociedade civil assinada por seu dirigente máximo contendo a data da apresentação e o período de referência;

III - objeto e vigência do termo de colaboração;

IV - comparativo entre os valores pactuados mensais e os efetivamente repassados durante o exercício com as justificativas de eventuais diferenças;

V - comparativo entre os valores efetivamente repassados nos últimos três exercício, quando houver;

VI - comparativo do gasto anual com pessoal em relação aos gastos dos últimos dois exercícios, quando houver, identificando separadamente as despesas com contratados e cedidos e respectivos encargos;

VII - demonstração da vantajosidade efetivamente obtida com a descentralização da prestação do serviço público, a qual deverá abranger a economia financeira e ganhos de eficiência técnica, de forma a evidenciar a relação custo-benefício e fazendo, ainda, referência às metas e indicadores estabelecidos;

VIII - comparativo das metas previstas e realizadas, contemplando:

a) indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas;

b) a execução dos programas de trabalho proposto pela organização da sociedade civil, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizaram o pleno cumprimento das metas estabelecidas;

c) indicadores de gestão que permitam aferir a eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade da atuação da entidade, levando-se em conta os resultados quantitativos e qualitativos alcançados pela instituição;

d) as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas.

IX - irregularidades detectadas na execução do termo de colaboração e eventuais sanções aplicadas;

X - informações acerca da abertura de tomada de contas especial durante o exercício;

XI - informações sobre a publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do termo de colaboração, contendo a data de publicação;

XII - endereço da página do sítio oficial da entidade na rede mundial de computadores (internet) onde se encontram divulgados os relatórios emitidos pela comissão de monitoramento e avaliação;

XIII - cumprimento das determinações expedidas pelo TCE-GO e pela Controladoria Geral do Estado, se houver.

ANEXO V AO TERMO DE COLABORAÇÃO - TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO, e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, Quirinópolis – Goiás.

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº M-6 233.587- SSP/MG, inscrito no CPF sob o nº 940.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0001-51, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO, brasileiro, casado, engenheiro, inscrito no CPF nº 159.938.598-81, portador da Cédula de Identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP, residente e domiciliado em Rio Verde - GO, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando a legislação pertinente, e tendo em vista o disposto no Termo de Colaboração nº 93/2024-SES/GO, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de no mínimo 12 horas diárias, por um período de 180 (cento e oitenta) dias, na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, Quirinópolis – Goiás.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202400010044547, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do termo de colaboração e antes do

início da gestão na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, Quirinópolis – Goiás, pela entidade.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Termo de Colaboração nº 93/2024-SES/GO.

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, Quirinópolis – Goiás, somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE.**

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a formalização do Termo de Colaboração nº 93/2024-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Termo de Colaboração nº 93/2024-SES/GO.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE**, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

4. CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Termo de Colaboração nº 93/2024-SES/GO.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

5. CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Termo de Colaboração, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

6. CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

8. CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

9. CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei federal nº 13.019/2014, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo de Colaboração nº 93/2024-SES/GO.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, para que surtam os efeitos legais.

ANEXO VI AO TERMO DE COLABORAÇÃO - TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO, e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, Quirinópolis – Goiás.

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº M-6 233.587- SSP/MG, inscrito no CPF sob o nº 940.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0001-51, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, neste ato representada por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO, brasileiro, casado, engenheiro, inscrito no CPF nº 159.938.598-81, portador da Cédula de Identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP, residente e domiciliado em Rio Verde - GO, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando a legislação pertinente, e tendo em vista o disposto no Termo de Colaboração nº 93/2024-SES/GO, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de no mínimo 12 horas diárias, por um período de 180 (cento e oitenta) dias, na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, Quirinópolis – Goiás.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202400010044547, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel onde funciona a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, Quirinópolis – Goiás.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Termo de Colaboração nº 93/2024-SES/GO.

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde - SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, Quirinópolis – Goiás, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a publicação do Termo de Colaboração nº 93/2024-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Termo de Colaboração nº 93/2024-SES/GO, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

4. CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Termo de colaboração nº 93/2024-SES/GO.

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

5. CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

6. CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei federal nº nº 13.019/2014, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Termo de Colaboração nº 93/2024-SES/GO.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

8. CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia - GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, para que surtam os efeitos legais.

ANEXO Nº I AO V/2024 - SES/GEMOD-21281

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS

Este anexo constitui parte integrante do presente ajuste e acrescenta cláusulas específicas para Termos de Colaboração celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Termo de Colaboração e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em três segmentos: (I) Especificações Técnicas, que normatizam a execução da parceria na área da saúde; (II) Metas de Produção, que definem as premissas técnicas de execução e estabelecem metas quantitativas para este ajuste; (III) Indicadores e Metas de Qualidade/ Desempenho que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS

Endereço: Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, Quirinópolis – Goiás - CEP 75.860-000

Tipo de Unidade: Policlínica

Gestão da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funcionamento: de segunda a sexta-feira, 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, sendo os usuários devidamente referenciados pela Regulação Estadual. Salienta-se que, em caso de realização de terapia renal substitutiva, o funcionamento poderá se dar também em outros turnos e/ou dias da semana, de acordo com autorização da SES-GO.

1. INTRODUÇÃO

1.1. A avaliação das necessidades em saúde envolve métodos epidemiológicos, qualitativos e comparativos para a descrição dos problemas de saúde de uma população e permite não apenas a otimização dos recursos disponíveis ou a serem desenvolvidos, mas, principalmente, a identificação de iniquidades de acesso e a definição de prioridades para alocação de recursos (WRIGHT, J. et al., 1998).

2. JUSTIFICATIVA

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

2.2. De acordo com o perfil epidemiológico, os serviços de saúde devem ser organizados em redes de atenção à saúde, onde a Atenção Ambulatorial Especializada – AAE fará o enfrentamento de condições crônicas não agudizadas, que foram estratificados pelas equipes de saúde da família nas linhas de cuidado prioritárias, definida pela SPAIS/SES-GO, que justifiquem a oferta de serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde.

3. OBJETIVO

3.1. Elaborar o planejamento e a programação das ações e serviços de saúde regidos pela lógica das necessidades de saúde da população e da organização de redes de atenção à saúde;

3.2. Contribuir para o desenvolvimento de um modelo de gestão eficiente e um modelo de atenção à saúde integral e resolutivo;

3.3. Organizar os serviços especializados (consultas, exames e terapias complementares) de acordo com as linhas de cuidado prioritárias estabelecidas pela SPAIS/SES-GO.

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

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

3.6. A Policlínica, na sua concepção, está definida como uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

3.7. Nesta concepção, a **Policlínica Estadual Da Região Sudoeste - Quirinópolis** é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas com médicos de diversas especialidades. Possui todo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos.

3.8. Visa fornecer diagnóstico precoce e tratamento oportuno, melhorar o prognóstico, reduzem os custos da assistência médica hospitalar, ampliam os serviços ambulatoriais de forma regionalizada, absorvendo os serviços de maior complexidade para os quais as Unidades Básicas de Saúde não estão capacitadas.

3.9. Em regra, não possuem "porta aberta", ou seja, recebem os pacientes encaminhados de forma referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde dos Municípios, por meio da Regulação Estadual, com dia e horário agendados.

4. PREMISSAS ESTRATÉGICAS DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS:

4.1. **Alta Resolutividade**

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

4.1.1.1. Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com as linhas de cuidado estabelecidas pelas áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde;

4.1.1.2. Coleta de exames disponível durante todo o período de funcionamento da Policlínica e serviço de patologia clínica contratada com agilidade para recolher e processar os exames em tempo oportuno. Os resultados dos exames devem ser disponibilizados para o usuário (em formatos diversos, seja impresso, em CD, pen drive ou outro, facilitando a acessibilidade) e entregues para a SES-GO (via integração) por meio de sistema informatizado;

4.1.1.3. A Policlínica deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo;

4.1.1.4. A Policlínica deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível. Diante solicitação do paciente a unidade deverá disponibilizar os resultados de exames de diferentes formas (impresso, CD, pen drive ou outros formatos).

4.2. **A Forma de Encaminhamento**

4.2.1. As solicitações de consultas especializadas e de serviços da Policlínica serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião na qual a policlínica está inserida ou de acordo com a pactuação regional. O agendamento será feito pela Regulação Estadual.

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

4.3. **Acompanhamento dos Pacientes**

4.3.1. Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (exemplos: sessões, consultas).

4.3.2. No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contra referência, referência, compartilhamento do cuidado e transição do cuidado com retorno do paciente para a rede de Atenção Básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três consultas para resolução definitiva do caso, salvo as situações que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe técnica da SPAIS/SES.

4.3.3. Para a referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado do paciente atendido na Policlínica, deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a Unidade Básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

4.4. **Perfil do Atendimento da Policlínica**

4.4.1. O perfil assistencial da unidade é definido e poderá ser modificado em conjunto com os diferentes gestores de serviços em saúde, desde que haja concordância prévia dos parceiros público e privado.

4.4.2. Vale destacar que para elaboração desse perfil assistencial, serão consideradas as análises do: perfil epidemiológico da região de abrangência da Policlínica; parâmetros de necessidades previstas na Portaria de Consolidação nº. 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Título IV – Do Planejamento, bem como outros estudos técnicos pertinentes relacionados às demandas reprimidas em consultas e exames nos municípios de abrangência que compõem a Macrorregião.

4.5. **Integração dos Profissionais da Policlínica com a Atenção Primária**

4.5.1. Essa integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família - UESF) com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões desses profissionais. A integração deve incluir técnicas inovadoras, com utilização de telemedicina e videoconferências, desde que padronizadas e regulamentadas pela SES-GO ou por legislação federal, além de reuniões técnicas presenciais para o matriciamento das equipes de Atenção Primária, quando necessário.

4.5.2. O compartilhamento do cuidado do paciente entre a Policlínica e a Atenção Primária pode ser compreendido como uma estratégia para a redução da fragmentação do cuidado a partir das conexões existentes dentro de uma rede de saúde. Também, possibilita às equipes integrar os diferentes saberes e transcender a assistência para além das doenças.

4.6. **Caracterização da Policlínica Estadual da Região Sudoeste**

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

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

4.6.2. A **Policlínica Estadual Da Região Sudoeste - Quirinópolis** possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Dispõe de recepções, salas de espera, 26 consultórios, 16 salas para exames, posto de coleta do laboratório, farmácia, posto de enfermagem, central de esterilização de material, além de salas destinadas à administração.

4.6.2.1. A farmácia deverá dispor minimamente de uma Central de Abastecimento Farmacêutico; uma Farmácia Central para dispensação; e uma Sala de Cuidado Farmacêutico.

4.6.3. A estrutura física poderá ser aproveitada conforme a demanda de serviços local, bem como as especialidades médicas e multiprofissionais a serem definidas. Ademais, a possibilidade de inclusão de serviços poderá exigir a adequação dos dias e horários de funcionamento da unidade.

4.6.4. A definição do modelo assistencial e dos sistemas de referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado que a Policlínica adotará é de responsabilidade e de competência das equipes técnicas da SES-GO, tomando como base o atendimento exclusivo SUS, assim como os indicadores de desempenho assistencial.

4.6.5. Os serviços devem observar as Políticas Nacional e Estadual de Referência de Média Complexidade, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde – MS e pela SES/GO e tem como objetivo principal o apoio às necessidades da Atenção Primária.

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

4.6.7. As Linhas de Cuidado devem abranger a definição de ações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, itinerários, parâmetros de atenção e recursos necessários a sua estruturação. A implantação da linha de cuidado em determinado sistema deve ter como base a relevância epidemiológica de riscos e agravos e a prioridade de atenção definida por políticas setoriais.

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

5. DEFINIÇÃO DO PERFIL E DOS SERVIÇOS

5.1. **Recursos Humanos**

5.1.1. Gerencial

5.1.1.1. A unidade deve ter, pelo menos, um gestor que tenha conhecimento técnico- administrativo amplo, que permita uma gestão eficaz e eficiente. Ressalta-se que a unidade deve ter em seu quadro de pessoal todos os Responsáveis Técnicos (RT) exigidos pelas legislações vigentes.

5.1.2. Equipe Assistencial

5.1.2.1. Equipe Multiprofissional e Equipe Médica Especializada: O objetivo da Policlínica é oferecer qualidade e eficácia na assistência por meio de titulação apropriada do profissional, abordagem integral do processo saúde- doença, tempo médio de consulta adequado, atuação multiprofissional e interdisciplinar, ênfase nas ações educativas e no autocuidado, projeto terapêutico individualizado, estratificação do risco do paciente, considerando o usuário como protagonista do plano de cuidado.

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

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

5.1.2.4. As especialidades profissionais poderão sofrer mudanças, tanto do tipo de especialidade ofertada, quanto no quantitativo das mesmas, dependendo da avaliação técnica, que será realizada levando-se em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se ainda que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente, ou sempre que se fizer necessário, e que o **PARCEIRO PRIVADO**, responsável pela administração da unidade, terá 45 dias para realizar a modificação solicitada, a partir da notificação oficial da SES-GO, com relação às especialidades ofertadas. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais propostas pelo termo de colaboração, ocorrendo somente um ajuste de especialidades.

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

5.1.2.6. Os atendimentos realizados pelo Serviço Social deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais da equipe multiprofissional, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde – SES/GO.

5.1.2.7. Os serviços/equipes que requerem profissionais de especialidades específicos e/ou exclusivos, para fins de habilitação junto ao Ministério da Saúde, devem estar inclusos no quadro de recursos humanos fixo da unidade.

5.2. **Proposta de Serviços**

5.2.1. Para a Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis, serão consideradas as seguintes linhas de serviços: Atendimento Ambulatorial (primeira consulta, interconsulta, consultas subsequentes (retornos), processos terapêuticos realizados por equipe multiprofissional):

a) Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS – Unidades Básicas de Saúde para atendimento a uma determinada especialidade médica e/ou acompanhamento com equipe multiprofissional.

b) Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

c) Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde, quanto às subsequentes das interconsultas.

5.2.2. Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média duração, tais como sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., a partir do 2º atendimento deverão ser registrados como processos terapêuticos realizados (sessões) com a equipe multiprofissional.

5.3. **Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais**

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

5.4. **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT**

5.4.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT contemplará os pacientes atendidos na Policlínica e também será disponibilizado para a Rede de Saúde, ou seja, atenderá pacientes que foram atendidos em outras unidades da rede e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo devidamente referenciados pela Regulação Estadual. Com isto, a unidade visa atender todos os municípios que integram a Macrorregião de abrangência da Policlínica.

SADT mínimo a ser ofertado/realizado na unidade:

Audiometria	Densitometria Óssea	Eletroneuromiografia	Holter	Punção Aspirativa por Agulha Grossa	Tomografia Computadorizada
Biópsias Gerais	Doppler Vascular	Endoscopia	Mamografia	Punção Aspirativa por Agulha Grossa	Ultrassonografia
Cistoscopia	Ecocardiografia	Emissões otoacústicas	Mapa	Radiologia	Urodinâmica
Colonoscopia	Eletrocardiografia	Espirometria	Nasofibroscopia	Teste Ergométrico	Videolaringoscopia
Colposcopia	Eletroencefalografia	Exames oftalmológicos*	Patologia clínica		-
* tonometria, teste ortóptico, campimetria, mapeamento de retina, biometria ultrassônica, teste do olhinho, fundo de olho dentre outros.					

5.4.2. Destaca-se que todo o escopo de SADT da Policlínica deverá ser disponibilizado durante o atendimento do paciente na Policlínica e deverá ser realizado imediatamente após sua prescrição e/ou assim que possível, levando em consideração que alguns exames necessitam de preparo prévio para sua execução.

5.4.3. Os tipos de exames aqui descritos poderão sofrer mudanças, dependendo da avaliação dos mesmos, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da região de saúde. Pontua-se ainda que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente ou quando se fizer necessário e que o **PARCEIRO PRIVADO**, responsável pela administração da unidade, terá 45 (quarenta e cinco) dias para realizar a modificação solicitada com relação aos exames ofertados. Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de exames não ultrapassará o limite de exames totais propostos no Termo de Colaboração, e ocorrerá somente um ajuste de tipos de exames.

5.4.4. Caso haja necessidade de aquisição de novos equipamentos e/ou novas tecnologias para implantação de exames, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar à SES/GO, no prazo máximo de 01 (um) mês (após a solicitação de inclusão do exame), incluindo as adequações na estrutura física, caso necessário, o cronograma de implantação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento e custeio, a qual será analisada. Caso a solicitação seja somente de equipamento e/ou adequação estrutural, esta será realizada a título de investimento, obedecendo as normas da SES-GO. Contudo, se houver acréscimo no custeio geral do SADT do Termo de Colaboração, este deverá ser homologado através do Termo Aditivo ao ajuste. Ressalta-se que os projetos devem seguir as portarias e RDCs vigentes e específicas para cada serviço.

6. SERVIÇOS / PROGRAMAS ESPECIAIS

6.1. **Práticas Integrativas e Complementares - PIC nas Policlínicas**

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

Práticas Integrativas e Complementares ofertadas no SUS			
Apiterapia	Cromoterapia	Yoga	Quiropraxia
Aromaterapia	Dança Circular	Meditação	Reflexoterapia
Arteterapia	Geoterapia	Musicoterapia	Reiki
Ayurveda	Hipnoterapia	Naturopatia	Shantala
Biodança	Homeopatia	Osteopatia	Terapia Comunitária Integrativa
Bioenergética	Imposição de Mãos	Ozonioterapia	Terapia de Florais
Constelação Familiar	Medicina Antroposófica	Plantas Medicinais/Fitoterapia	Termalismo Social/Crenoterapia
Yoga/Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura			

6.1.2. A Policlínica deverá ofertar, minimamente, dois tipos de PIC (das 29 práticas reconhecidas pelo Ministério da Saúde) na carteira de serviços disponíveis, conforme disponibilizado em https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/praticas-integrativas-e-complementares-pics-1. Ressalta-se que os profissionais da equipe multiprofissional e/ou médica deverão apresentar formação ou especialização específica na área em que forem atuar. As PIC são especialmente indicadas no tratamento complementar e integrativo da dor, das doenças crônicas não transmissíveis e outras condições, assim como, especialmente, na promoção da saúde. Deverão ser lançadas de forma individualizada, como procedimento, nos sistemas da SES-GO.

a) Para identificação do código do procedimento para registro da realização de PICS na unidade, deve-se consultar a Portaria nº 1988/2018: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwOTZC2Mb/content/id/57493373/do1-2018-12-31-portaria-n-1-988-de-20-de-dezembro-de-2018-57493196.

6.2. **Telessaúde**

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

outras formas adequadas.

6.2.2. Diante disto, a Policlínica Estadual deverá ofertar dentro do serviço de Telessaúde, a teleconsulta, telemonitoramento dos pacientes crônicos, telematriciamento da equipe da Atenção Primária, teleconsultoria, telediagnósticos e tele-educação, dentre outros serviços que a telessaúde permite. A unidade deve possuir todo aporte tecnológico para a realização desta atividade, bem como ter equipe técnica capacitada para utilização dessa tecnologia.

6.2.3. Ressalta-se que as vagas ofertadas para o serviço de telessaúde inicialmente serão para integração dos Profissionais da Policlínica com a Atenção Primária. O serviço será preferencialmente para apoio Matricial das equipes de atenção Primária, para a referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado do paciente atendido na Policlínica.

6.2.4. As vagas para o serviço de telessaúde serão ofertadas pela Policlínica para todas as equipes de atenção Primária da Macrorregião de abrangência da Policlínica. As vagas serão ofertadas e agendadas pela Unidade conforme escala pré estabelecida entre a equipe Técnica da Regulação Estadual SES e o **PARCEIRO PRIVADO** e será revista e reorganizada conforme necessidade da demanda. Ressalta-se ainda que o registro do teleatendimento deve ser realizado no prontuário do paciente (no Sistema de Gestão Hospitalar) e compartilhado com a equipe de Atenção Primária.

6.2.5. As consultas realizadas neste serviço serão computadas junto com as consultas médicas e multiprofissionais, a depender do profissional que a realizará.

6.2.5.1. As consultas de telessaúde serão admitidas para interconsulta e retorno.

6.3. **Serviço Especializado do Processo Transexualizador Na Modalidade Ambulatorial**

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

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

b) Médico psiquiatra;

c) Psicólogo;

d) Enfermeiro;

e) Assistente social;

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

6.3.2. Para o acompanhamento no ambulatório especializado do processo transexualizador é necessário que a **PARCEIRA PRIVADA** garanta os seguintes exames laboratoriais e de imagem:

EXAMES DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR			
Mulheres Trans / Travestis		**Homens Trans / Transmasculinos**	
Laboratorial	Imagem	Laboratorial	Imagem
Hemograma	USG Abdome	Hemograma	USG Abdome
Glicemia de Jejum	USG Pélvico por dia Abdominal	Glicemia de Jejum	USG Pélvico por dia Abdominal
Colesterol Total e Frações	USG Mama	Colesterol Total e Frações	USG Mama
CR / Ur	-	CR / Ur	Mamografia
Potássio (K+)	-	Potássio (K+)	-
TGO / TGP	-	TGO / TGP	-
Testosterona Total	-	Testosterona Total	-
Estradiol	-	Estradiol	-
Prolactina	-	Prolactina	-
Hormônio Luteinizante (LH)	-	Hormônio Luteinizante (LH)	-
Hepatites A, B e C	-	Hepatites A, B e C	-
HIV e Sífilis	-	HIV e Sífilis	-
PSA	-	-	-

6.3.3. Dentre as necessidades para implemento do serviço especializado do processo transexualizador, modalidade ambulatorial, segue a relação dos fármacos utilizados no acompanhamento clínico para hormonização cruzada, bloqueio e reposição hormonal, a serem assegurados ao usuário:

HORMÔNIOS E BLOQUEADORES HORMONAIS	
MtF : Masculino para Feminino	FtM: Feminino para Masculino
Acetato de Ciproterona 50 mg	Undecilato de Testosterona 250 mg/ml**
Espironolactona (comprimido de 25 ou 100 mg)	Testosterona em gel (a 1% ou 5%)
Estradiol 2 mg	Deposteron 200 mg/2ml
Diane 35 (acetato ciproteriba 2mg e etinilestradiol 0.035)	Durateston 250 mg/1ml
Perlutan (150mg/1m algestona e 10mg/ml enantato estadiol)	-
Estrogênios conjugados	-
Primogyna 2 mg	-

** O Undecilato de Testosterona 250 mg/ml será fornecido e custeado por meio de ressarcimento, após comprovação da efetiva execução por meio de relatórios médicos e/ou dados extraídos do Sistema Oficial de prontuários da unidade/Sistema de Gestão Hospitalar. O fornecimento será informado para o setor de monitoramento da SES-GO, em separado. A Gerência de Atenção às Populações Específicas validará as informações referentes ao hormônio em questão e similares, quando necessário.

6.3.4. As pessoas que demandam esse tipo de assistência serão encaminhadas pela Atenção Primária via regulação conforme as diretrizes do Protocolo Clínico Estadual de Regulação do Acesso Ambulatorial da Regulação Estadual, responsável pela gestão das listas de espera por serviços ambulatoriais especializados, por meio de critérios de prioridade de atendimento e fluxos já estabelecidos pela SES-GO.

6.3.5. O matriciamento da equipe mínima do processo transexualizador modalidade ambulatorial implementada na Policlínica será realizado pela equipe assistente do Ambulatório especializado no processo transexualizador do Hospital Dr. Alberto Rassi/HGG que possui o expertise técnica.

6.3.6. A dispensação dos fármacos estabelecidos para o protocolo de hormonização cruzada, bloqueio e reposição hormonal inseridos no acompanhamento clínico, estarão atreladas a periodicidade da prescrição médica que pode variar de acordo com as condições clínicas de cada pessoa.

6.4. **Serviço De Assistência Especializada – SAE (GRUPO 12)**

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

6.4.1.1. Prestar atendimento médico, de enfermagem, psicológico, social e assistência farmacêutica ao paciente com HIV/Aids e Hepatites Virais;

6.4.1.2. Adequar ou facilitar o acesso a outras especialidades médicas como oftalmologia, dermatologia, ginecologia/obstetrícia, psiquiatria, proctologia, urologia, neurologia, endoscopia, broncoscopia, odontologia dentre outras;

6.4.1.3. Realizar coleta de amostras para exames laboratoriais que poderão ser processados em laboratório local ou referenciados ao laboratório de referência;

6.4.1.4. Dispensar os medicamentos padronizados pelo Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, conforme solicitações médicas,

obedecendo os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, à logística de insumos, por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e à otimização de recursos;

6.4.1.5. Orientar sobre normas de biossegurança os pacientes e seus familiares;

6.4.1.6. Oferecer aconselhamento sobre IST/HIV/AIDS aos pacientes e seus familiares;

6.4.1.7. Prestar assistência aos acidentados com exposição ao material biológico, vítimas de violência sexual e exposição pós-sexual;

6.4.1.8. Constituir em referência para multiplicação de conhecimentos em IST/HIV/AIDS, sobretudo para a rede básica de saúde.

6.4.1.9. Para fins de habilitação no Ministério da Saúde a unidade deverá manter uma equipe específica para a Equipe Básica SAE (GRUPO 12) com: médico infectologista; farmacêutico; enfermeiro; assistente social; psicólogo; cirurgião – dentista (clínico geral) e técnico de enfermagem.

6.4.1.10. Compete a Equipe Técnica da Gerência da Assistência Farmacêutica (GERAF/SPAIS/SES) a distribuição dos medicamentos do SAE para as Policlínicas, o assessoramento e a supervisão das ações do Programa de dispensação de medicamentos do SAE executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e disponibilização do acesso ao sistema do Ministério da Saúde para registro das movimentações desses medicamentos.

6.4.1.11. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** receber, armazenar e dispensar os medicamentos sob sua responsabilidade conforme legislação sanitária vigente e as Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação de Medicamentos, assim como contratação de mão-de-obra qualificada para realização e forma a garantir a realização da consulta farmaacêutica de acordo com os critérios de seleção pré estabelecidos. Ao verificar necessidade de aumento no quantitativo de profissionais para atender a demanda descrita acima, a área técnica da SES informará o **PARCEIRO PRIVADO**.

6.4.1.12. Ressalta-se que haverá Protocolo e Fluxo de atendimento da Farmácia referente à dispensação dos medicamentos do SAE e estes serão atualizados de acordo a necessidade e as normas vigentes. A dispensação dos medicamentos do SAE deverá ser realizado pela unidade (Policlínica) e ser registrado no prontuário eletrônico do paciente.

6.4.1.13. A Equipe Técnica da Gerência da Assistência Farmacêutica (GERAF/SPAIS/SES) será a responsável por elaborar e organizar o Protocolo e Fluxo de Atendimento referente à dispensação dos medicamentos do SAE e disponibilizá-lo para o **PARCEIRO PRIVADO**.

6.4.1.14. Ressalta-se que poderão ocorrer mudanças e/ou adequações no Protocolo e Fluxo de atendimento o que será informado para o **PARCEIRO PRIVADO.**

6.4.1.15. O SAE será implantado gradativamente nas Policlínicas com o apoio, supervisão e orientação das equipes técnicas da SES-GO.

6.5. **Centro Especializado em Odontologia (CEO II)**

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

6.5.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar à SES/GO; no prazo de 01 (um) mês após a assinatura do ajuste, o projeto para implantação dos serviços de Odontologia ou a proposta para continuidade da implantação deste serviço, incluindo as adequações na estrutura física, caso necessário, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento, que será analisada e homologada por meio de investimento. Ressalta-se que os projetos devem seguir as portarias e RDCs vigentes e específicas para cada serviço.

6.5.3. Após aprovação dos projetos pela SES/GO ou após autorizada a continuidade do projeto, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

6.5.3.1. Em caso de projetos que já se encontrem em andamento, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá dar continuidade ao mesmo, visando a implantação do serviço.

6.5.4. O CEO Tipo II deve possuir **quatro** consultórios odontológicos, ofertando serviço Especializado de Odontologia e realizar, **no mínimo**, as seguintes atividades: Periodontia; Cirurgia Oral Menor dos Tecidos Moles e Duros; Endodontia; Atendimento a Pessoas com Deficiência e Diagnóstico Bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.

6.5.4.1. Enquanto o serviço não estiver efetivamente implantado, o recurso financeiro específico para essa linha de pactuação não será repassado.

6.5.4.2. O serviço somente será iniciado após a disponibilização do número necessário de consultórios/cadeiras, assim como do mínimo de especialidades, com anuência da SES-GO.

6.5.4.3. As condições especiais de saúde poderão ser atendidas no CEO II, desde que haja uma justificativa e/ou indicação clínica para o atendimento especializado.

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

6.6.1. A insuficiência renal crônica é uma doença progressiva e irreversível dos rins. É causada por uma lesão provocada habitualmente por anos de agressão contínua aos rins, como nos casos de pacientes com Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial ou Glomerulonefrites.

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

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

6.6.4. Para tal atendimento, o funcionamento deverá ser de segunda a sábado, em turnos terapêuticos de 4 horas respeitando o intervalo mínimo de 1 hora entre as sessões, podendo chegar ao máximo de 3 (três) turnos diários, desde que previamente autorizado pela SES-GO formalmente.

6.6.5. O tratamento se dará por equipe multiprofissional exclusiva composta por: 1 (um) médico nefrologista RT e 1 (um) médico nefrologista plantonista, 1 (um) Enfermeiro RT e 1 (um) enfermeiro para 35 (trinta e cinco) pacientes por turno, 1 (um) técnico de enfermagem para 4 (quatro) pacientes.

6.6.6. A terapia deverá ser complementada por equipe multiprofissional nas especialidades: 1 (um) assistente social, 1 (um) nutricionista, 1 (um) psicólogo e 1 (um) fisioterapeuta. A assistência ofertada será composta por tratamentos por Hemodiálise – HD e Diálise Peritoneal – DP, Tratamento Convencional Pré-Dialítico e Tratamento Não-Dialítico.

Diálise Peritoneal	É uma técnica fisiológica que utiliza a membrana peritoneal (membrana que envolve os órgãos abdominais), atua como um filtro do sangue, removendo excesso de água e toxinas do corpo. Realizada pelo próprio doente ou por um familiar.
Hemodiálise	Opção de tratamento que realiza a filtragem das substâncias do sangue através de uma máquina, ou seja, o procedimento funciona como um rim artificial.
Tratamento Conservador	Consiste em todas as medidas clínicas (remédios, modificações na dieta e estilo de vida) que podem ser utilizadas para retardar a piora da função renal, reduzir os sintomas e prevenir complicações ligadas à doença renal crônica, objetivando o retardo da progressão ou a estabilização da doença.

6.6.7. A Equipe Técnica da SPAIS/SES participará em conjunto com a equipe técnica do **PARCEIRO PRIVADO** para elaborar e organizar o protocolo da Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal) para que a mesma ofereça o melhor serviço de saúde para a população da Região de Saúde.

6.6.8. O serviço de TRS, também deverá fornecer ao usuário renal crônico sob seus cuidados:

I - Atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade, bem como o matriciamento dos mesmos, nos casos de internação hospitalar;

II - O aporte nutricional, durante a permanência do usuário na policlínica, mediante avaliação do nutricionista;

III - Os exames laboratoriais e/ou de imagem, conforme disposto nas diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC;

IV - A viabilização dos acessos (fístula arteriovenosa, permicath, próteses) necessários à realização da hemodiálise, bem como o implante de cateter para diálise peritoneal, de acordo a necessidade do usuário, seguindo o fluxo pré estabelecido pela SES;

V - O monitoramento do uso dos medicamentos complementares às terapias renais será de responsabilidade do serviço de TRS e equipe multiprofissional.

6.6.9. Cabe à Policlínica a atenção aos pacientes ambulatoriais que estão em estágio de risco de lesões renais leves, moderados e pré dialíticos. Em consonância às legislações vigentes e a linha do Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica estabelecida pelo Ministério da Saúde.

6.7. **Transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual**

6.7.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar 2 (dois) veículos automotores, sendo 1 (um) deles tipo ônibus e 1 (um) tipo VAN. O ônibus deve conter: versão rodoviária, elevador rodoviário (DPM – Dispositivo Móvel de Poltrona), rede wifi disponível, no mínimo 28 (vinte e oito) poltronas e a Van deverá ter no mínimo 15 lugares. Todos os veículos devem ser equipados com ar-condicionado e itens de segurança obrigatórios exigidos pela legislação vigente. Os veículos circularão pelas cidades da macrorregião Sudeste e levarão os pacientes até a Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis para as Sessões de Tratamento em Hemodiálise, conforme rota pré-estabelecida em Protocolo disponibilizado pela SES.

6.7.2. Os roteiros dos veículos deverão ser planejados conforme a demanda da região de saúde, e devem seguir as orientações da Equipe Técnica da SES (SPAIS e SUREG, em conjunto), a qual será a responsável por elaborar e organizar o protocolo e rota de utilização dos micro-ônibus/VAN e disponibilizá-los para o **PARCEIRO PRIVADO**.

6.8. **Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**

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

6.8.2. Compete ao **CENTRO ESTADUAL DE MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO – Juarez Barbosa** a distribuição dos medicamentos para as Policlínicas, o assessoramento e a supervisão das ações do Programa de dispensação de medicamentos do CEAF executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e disponibilizar o sistema próprio para registro das movimentações dos medicamentos.

6.8.3. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** receber, armazenar e dispensar os medicamentos sob sua responsabilidade conforme legislação sanitária vigente e as Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação de Medicamentos, assim como contratação de mão-de-obra qualificada para realização do serviço proporcional ao número de processos que serão atendidos na Policlínica e que garanta a realização da consulta farmacêutica. Em caso de aumento da demanda, a mesma será informada previamente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

6.8.4. Ressalta-se que haverá Protocolo e Fluxo de atendimento da Farmácia referente à dispensação dos medicamentos do CEAF e estes serão atualizados de acordo a necessidade e as normas vigentes. O agendamento do atendimento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica deverá ser realizado pela unidade (Policlínica), sendo registrado no prontuário do paciente.

6.8.5. A Equipe Técnica da SPAIS/SES será a responsável por elaborar e organizar o Protocolo e Fluxo de Atendimento referente à dispensação dos medicamentos do CEAF, e disponibilização para o **PARCEIRO PRIVADO**.

6.8.6. Ressalta-se que poderão ocorrer mudanças e/ou adequações no Protocolo e Fluxo de atendimento, o que será informado para o **PARCEIRO PRIVADO** e disponibilizado em sítio eletrônico da SES-GO.

6.8.7. Serão contabilizados como atendimentos mensais o número de pacientes com processo de medicamentos do CEAF atendidos no mês.

6.9. **Situações de Urgência/Emergência**

6.9.1. As Policlínicas Estaduais realizam apenas o atendimento especializado ambulatorial, sendo os atendimentos de urgência e emergência prestados em outros pontos da rede de saúde como as Unidades Básicas e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

6.9.2. Porém, os profissionais devem estar preparados para lidar com as eventuais situações de urgência/emergência que ocorram nas Policlínicas. Nestes casos, conforme a gravidade, deve ser acionado o SAMU para suporte e transferência. Todas as medidas de estabilização clínica/hemodinâmica necessária devem ser realizadas até a remoção do paciente. Os profissionais devem registrar no sistema de informação estes atendimentos com o maior detalhamento possível.

6.9.3. Todas as policlínicas devem manter um carrinho de emergência, com elenco de medicamentos e quantitativos definidos pela legislação vigente e protocolos de Suporte de Vida Básico e Avançado, em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), sendo que o controle de estoque deve ser realizado periodicamente em ação conjunta da equipe de farmácia e enfermagem.

6.9.4. Para os casos de pacientes que apresentarem intercorrências durante as sessões de hemodiálise, a equipe da Policlínica prestará o primeiro atendimento e estabilização do quadro clínico e contará com o apoio do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás- Dr Albanir Faleiros Maschado- HERSO como unidade retaguarda para os casos graves, devendo inserir a solicitação de transferência no sistema da Regulação Estadual, com teste COVID e demais exames necessários em anexo à ficha de solicitação, para que seja providenciado pela mesa reguladora da urgência a autorização para o encaminhamento em tempo hábil.

6.10. **Projetos especiais e novas especialidades de atendimento**

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

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

6.10.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO, Portaria SES/GO n°. 2.116, de 7 de dezembro de 2021, ou outra norma vigente que venha modificá-la ou substituí-la.

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

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

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

6.10.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do termo de colaboração, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no Anexo I.

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

7. DA COMUNICAÇÃO

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

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

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

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

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

7.6. As logomarcas dos **PARCEIROS PRIVADOS** podem constar em documentos internos mas, jamais, em fachadas, placas ou letreiros, bem como nos materiais externos, salvo em mídia específica sobre o **PARCEIRO PRIVADO**;

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

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

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

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

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

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

a) Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal;

b) Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime diário/mensal;

c) Relatório de Custos, em regime mensal;

d) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outro.

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

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

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

9. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS - GERENCIAMENTO E ATENDIMENTO DA POLICLÍNICA

9.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

9.1.1. Aderir e alimentar o(s) sistema(s) de informação a ser(em) disponibilizado(s) pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, regulação, controle, avaliação e fiscalização de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

9.1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros dos procedimentos da Tabela SUS realizados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, garantindo que todos os procedimentos lançados no sistema de gestão hospitalar sejam registrados de forma integral nos sistemas ministeriais;

9.1.3. Os procedimentos da Tabela SUS devem ser registrados e faturados em concordância com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS;

9.1.4. Atualizar, periodicamente ou sempre que necessário, a listagem de profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento, sua respectiva carga horária, instalações físicas, serviços especializados e suas respectivas classificações, leitos e equipamentos, procedendo aos devidos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, garantindo que todos os procedimentos lançados no sistema de gestão hospitalar sejam registrados de forma integral nos sistemas ministeriais;

9.1.5. Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

9.1.6. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital;

9.1.7. É vedado às organizações da sociedade civil o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites, eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás;

9.1.8. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no estabelecimento de saúde, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no estabelecimento, observando, inclusive as Resoluções e Instruções vigentes do Conselho Federal de Medicina;

9.1.9. Zelar pela integridade, acondicionamento adequado e guarda dos prontuários dos pacientes assistidos no respectivo estabelecimento de saúde, ainda que produzidos fora da sua gestão, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

9.1.10. No caso de troca de gestão da unidade, se responsabilizar pela condução da entrega dos prontuários e documentação referente aos atendimentos do paciente, seja assistencial ou para fins de faturamento, ao

substituto que ocupará a sua função e herdará os arquivos, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

9.1.11. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes as glosas aplicadas ao **PARCEIRO PÚBLICO**, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde referentes a produção hospitalar/ambulatorial (SIA/SIH) e dados referentes ao Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mediante notificação prévia do mesmo;

9.1.12. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

9.1.13. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Termo de Colaboração;

9.1.14. Consolidar a imagem do **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE** como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

9.1.15. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Termo de Colaboração, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente ajuste, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

9.1.16. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, nome da mãe, data de nascimento, Registro Civil (RG) e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

9.1.17. Em relação aos direitos dos usuários, o **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a:

9.1.17.1. Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e responsabilizar-se pelos arquivos, considerando os prazos previstos em lei, inclusive dos prontuários produzidos anteriores a sua gestão;

9.1.17.2. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

9.1.17.3. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade;

9.1.17.4. Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Termo de Colaboração;

9.1.17.5. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

9.1.17.6. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

9.1.17.7. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;

9.1.17.8. Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e nos demais casos previstos em legislações específicas;

9.1.17.9. Garantir atendimento indiferenciado aos usuários;

9.1.17.10. Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; Garantir o pleno acesso da Ouvidoria do SUS aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

9.1.18. 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 (trinta) dias;

9.1.19. Implantar ou Manter um Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, diretamente ligado à Ouvidoria do SUS da unidade, responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS;

9.1.20. Ouvidoria e SAU são serviços complementares de atendimento ao usuário e seus atendimentos devem ser registrados no sistema oficial de ouvidoria do SUS, conforme a natureza de atendimento, qual seja: manifestação de ouvidoria ou disseminação de informação;

9.1.21. Executar anualmente uma auditoria independente, para que a mesma ateste a confiabilidade da Pesquisa de Satisfação aplicada pela unidade através do Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria. Após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada;

9.1.22. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei Estadual nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, e em conformidade com a legislação federal e estadual correlata;

9.1.23. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores do estabelecimento de saúde de forma global e segmentada por vínculo (estatutário, se for o caso, e celetista);

9.1.24. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

9.1.25. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, substituição de sistema informatizado (software), nem na estrutura física do **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE,** sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;

9.1.26. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Termo de Colaboração;

9.1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, um Núcleo Interno de Agendamento – NIA, conforme orientações e diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde.

9.1.28. O NIA deverá possuir Protocolos com definição dos processos de trabalho realizados na unidade;

9.1.29. O NIA deverá estar localizado em área de fácil acesso dentro da unidade de saúde e possuir estrutura física mínima de: sala, computadores, impressora, acesso à internet compatível com as necessidades dos sistemas de regulação utilizados e linha telefônica;

9.1.30. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas, Comitês, Equipes, Núcleos e Serviços:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

b) Comissão de Ética Médica;

c) Comissão de Ética Multiprofissional;

d) Comissão de Controle de Infecção Relacionadas a Assistência à Saúde (CCIRAS);

e) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

f) Comissão de Farmácia e Terapêutica;

g) Comissão de Proteção Radiológica;

h) Comissão de Biossegurança;

i) Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

j) Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);

k) Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

l) Comitê de Compliance;

m) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

n) Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT).

9.1.31. Quando o "ANEXO II - Ensino e Pesquisa" indicar a existência de Residência Médica e/ou Residência Multiprofissional, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá possuir e manter em pleno funcionamento a Comissão de Residência Médica (COREME) e/ou a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) ; além das estabelecidas no Item 9.1.30.

9.1.32. Em se tratando de estabelecimento de saúde novo ou de nova gestão, o **PARCEIRO PRIVADO** terá até 60 (sessenta) dias do início da vigência do Ajuste para constituir as comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;

9.1.33. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se responsabilizar pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória, quando existentes, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

9.1.34. Estabelecer, implementar e disponibilizar "*on line*" e na plataforma SIGUS da SES-GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 509/ANVISA, de 27 de maio de 2021, e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

9.1.35. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área;

9.1.36. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde, bem como, implementar e disponibilizar "on line" e na plataforma SIGUS da SES-GO, o Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 509/ANVISA, de 27 de maio de 2021, NBR 5410, NBR 13534, NBR 15943 e as demais resoluções;

9.1.37. Proporcionar condições de infraestrutura predial e controle de qualidade do ar em ambientes climatizados. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá implantar e manter durante a vigência desta Parceria, Plano de Manutenção, Operação e Controle Predial – PMOCP e Plano de Manutenção, Operação e Controle – PMOC com programação das manutenções preventiva, rotineira e corretiva, de forma a operacionalizar e supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários com profissional que tenha competência legal para garantia de segurança dos sistemas e da edificação conforme especificações contidas na NBR 13971/97, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674 da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e exigências do Ministro de Estado da Saúde e ANVISA, por meio da Portaria nº 3.523/GM/MS, de 28 de agosto de 1998, Resolução-Re nº 09/ANVISA, de 16 de janeiro de 2003 e as demais resoluções;

9.1.38. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, manter durante a vigência deste termo de colaboração um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a unidade de saúde conforme a Resolução RDC 509/ANVISA, de 27 de maio de 2021, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

9.1.39. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

9.1.40. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da RDC nº 611/ANVISA, de 09 de março de 2022, bem como a NBR ISO Promover manutenção preventiva para equipamentos e instalações relacionados com infraestrutura como: grupo gerador de emergência, quadro de distribuição de energia, sistema elétrico e luminotécnico, Sistema de Proteção Contra Descarga Atmosférica (SPDA) e aterramento, sistema de ar condicionado, caixas d'água, sistema hidráulico, telefonia, rede lógica, entre outros;

9.1.41. Prover programa de manutenção preventiva para sistemas de proteção e combate a incêndios e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC);

9.1.42. A unidade desenvolverá uma Política de Gestão de Pessoas, assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE. A gestão da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, respeitará a Legislação Ambiental, incluindo a posse de toda a documentação exigida.

9.1.43. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência do estabelecimento de saúde, conforme o seu perfil, deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

a) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

b) Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

c) Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, dispõe sobre o estágio de estudantes e alterações;

d) Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

e) Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, dispõe sobre o acesso a informações e a aplicação da Lei federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, no âmbito do Estado de Goiás, institui o serviço de informação ao cidadão e dá outras providências;

f) Norma Regulamentadora MTE nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;

g) Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, Ministério da Saúde, 2017, ou publicação que venha a substituí-lo;

h) Nota Técnica n.º 1/2022/SCRS/SES, que trata do Dimensionamento de recursos humanos atuando exclusivamente no Núcleo Interno de Regulação das unidades de saúde sob gestão e regulação estadual;

i) Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), que define critérios e parâmetros de caráter qualitativo, ou programa/publicação que venha a substituí-lo;

j) PNEPS - Política de Educação Permanente - define critérios e parâmetros para formação e o desenvolvimento de profissionais e trabalhadores do SUS;

k) Portaria nº 342/SES/GO, de 24 de fevereiro de 2022, que institui o Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), no âmbito da SES/GO, para fins de monitoramento, avaliação e fiscalização dos ajustes firmados com entidades conveniadas e do terceiro setor, e suas alterações posteriores;

l) Portaria nº 3.418/GM/MS, de 31 de agosto de 2022, altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (varíola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;

m) Portaria nº 1.619/SES/GO, de 11 de setembro de 2020, que dispõe sobre a Estruturação e Atribuições dos Núcleos Internos de Regulação - NIR das Unidades da Rede Própria e das Unidades Conveniadas/Contratadas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e dá outras providências; e alterações que vierem a ocorrer;

n) Portaria nº 1.046/SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade;

o) Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, especificadamente no que se refere ao Anexo I, do Anexo XXI, Capítulo I – Da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexual, Travestis e Transexuais, que: "redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)";

p) Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

q) Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem Portaria nº 204/GM/MS, de 17 de fevereiro de 2016 (revogada), definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;

r) Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo VI (Origem Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012-revogada), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; Anexo III (Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE); Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo;

s) Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; com ênfase nos Anexos XXIV (Política Nacional de Atenção Hospitalar); XXXI (Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade) e XXXII (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica); Anexo XXV - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC);

t) Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, Título IV - do planejamento;

u) Portaria nº 702/GM/MS, de 21 de março de 2018 - Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC;

v) Portaria nº 1.988/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2018 - Atualiza os procedimentos e serviço especializado de Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Procedimentos Medicamentos Órteses Próteses e Materiais Especiais do SUS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

w) Portaria nº 3.415/GM/MS, de 22 de outubro de 2018 – Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria nº 1.675/GM/MS, de 7 de junho de 2018, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica – DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

x) Portaria Conjunta nº 1/GM/MS, de 16 de janeiro de 2013, que altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento;

y) Portaria nº 3.588/GM/MS, de 21 de dezembro de 2017 - Altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências

z) Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo IV - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

aa) Portaria 202/SAS/MS, de 19 de junho de 2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nas Unidades Assistenciais do Sistema Único de Saúde;

ab) RDC nº 611/ANVISA, de 09 de março de 2022, que estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas;

ac) Resolução nº 672/CFF, de 18 de setembro de 2019 – Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito dos serviços de diálise;

ad) RDC nº 222/ANVISA, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências;

ae) RDC nº 34/ANVISA, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue;

af) RDC nº 36/ANVISA, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

ag) RDC nº 15/ANVISA, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências;

ah) RDC nº 51/ANVISA, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);

ai) RDC nº 50/ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada;

aj) Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;

ak) Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico;

al) Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.

am) Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020.

an) Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998 que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

ao) RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009 que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

ap) RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007 que dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano em farmácias.

aq) Resolução CFF nº 585/2013 que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências;

ar) Resolução CFF Nº 619/2015 que dá nova redação aos artigos 1º e 2º da Resolução CFF nº 449/2006, que dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica;

as) RDC nº 430, de 8 de outubro de 2020 que dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos.

at) RDC nº 509, de 27 de maio de 2021 que dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde.

au) RDC nº 45/2003 que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde;

av) RDC nº 80/2006 que dispõe sobre o fracionamento de medicamentos em farmácias e drogarias;

aw) Lei nº 13.021/2014 que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

ax) Lei nº 5.991/1973 que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências;

ay) Decreto nº 5.296/04, de 2 de dezembro de 2004, estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência.

9.1.44. Atender toda a legislação e normativas vigentes, e considerar que o rol apresentado neste item é exemplificativo.

9.1.45. Desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação, respeitando e atendendo as normativas estabelecidas pela SES-GO quanto ao assunto;

9.1.46. Implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos termos de elaboração firmados, de acordo com Portaria n. 1046/SES/GO, de 03 de dezembro de 2019;

9.1.46.1. O Prontuário Único do Paciente será obrigatório, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todos devidamente escritos de forma clara e precisa, datados e assinados pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam);

9.1.46.2. Fazer uso de um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) conforme a Portaria acima mencionada;

9.1.46.3. Utilizar todos os módulos do SGH, inerentes a gestão da unidade proposta, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos termos de colaboração firmados;

9.1.46.4. Garantir, em tempo hábil, que todos os documentos do prontuário eletrônico do paciente estejam assinados digitalmente.

9.1.47. Será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista;

9.1.48. Deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais;

9.1.49. A Policlínica Estadual deverá possuir um Responsável Técnico (RT) médico, com registro no respectivo conselho de classe. O médico designado como Responsável Técnico da Unidade somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

9.1.50. Fazer uso de um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) conforme a Portaria 1046 de Dezembro/2019;

9.1.51. Utilizar todos os módulos do SGH, inerentes a gestão da unidade proposta, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos termos de colaboração firmados, conforme definido na Portaria n. 1046/SES/GO, de 03 de dezembro de 2019;

9.1.52. Garantir, em tempo hábil, que todos os documentos do prontuário eletrônico do paciente estejam assinados digitalmente;

9.1.53. Compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de imaginologia tendo como identificador único o CPF do paciente. Todos as imagens e laudos deverão ser enviadas para o sistema PACS/RIS da SES-GO, nos padrões definidos pela SES-GO;

9.1.54. O SGH (por meio do PEP) do **PARCEIRO PRIVADO** deverá ler estes exames (imagens e laudos) do sistema de PACS/RIS da SES-GO. Não há a necessidade de integrar o sistema PACS/RIS do **PARCEIRO PRIVADO** diretamente com o SGH (PEP). Os exames (imagens e laudos) anteriores (legado), caso ainda não tenham sido transferidos, também deverão ser enviados para o sistema da SES-GO visando que todo o histórico desses exames fique armazenado no sistema da SES-GO;

9.1.55. Comprometer-se a estabelecer um serviço de exames laboratoriais (SADT) que seja integrado ao SGH (PEP) e armazene no SGH todos os resultados (dados estruturados) e laudos devidamente assinados digitalmente;

9.1.56. Garantir a confiabilidade dos dados que serão integrados ao Sistema de Regulação em Saúde utilizado pela Regulação Estadual, para os processos regulatórios ambulatoriais, de urgência e emergência e internação, e processos de controle e avaliação referentes aos dados de processamento de informações (faturamento);

9.1.57. Arcar com a responsabilidade de manter a sustentação do sistema. A governança do projeto Saúde Digital, definido na Portaria n. 1046/SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, é de responsabilidade da SES-GO, portanto, o Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) contratado para atender a este projeto, deverá permitir que a SES tenha os seguintes privilégios: definir regras de negócio, permitir acesso total ao banco de dados, gerenciar as permissões de acessos, acompanhar os chamados abertos pelas unidades de saúde, priorizar a resolução dos chamados abertos, cobrar as soluções diretamente da empresa mantenedora do sistema, definir as novas funcionalidades e integrações a serem incorporadas, coordenar a homologação de novas funcionalidades;

9.1.58. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS;

9.1.59. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

9.1.60. Assegurar o cumprimento e atendimento **e registros de informações assistenciais e de faturamento** a todos os procedimentos requeridos pela SES-GO, que estejam previstos na Tabela SIGTAP/SUS vigente e alterações futuras, desde que em concordância com o perfil do estabelecimento de saúde;

9.1.61. Atender as normativas federais para recebimento de recursos dessa natureza, conforme orientações próprias contidas em Portarias Ministeriais e em concordância com orientações e normativas da SES-GO.

9.1.62. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes aos bloqueios judiciais aplicados ao **PARCEIRO PUBLICO**, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos de respostas das demandas judiciais e/ou administrativas, mediante notificação prévia do mesmo.

10. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS PACTUADOS

10.1. Tendo em vista que a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis funcionará com o perfil descrito sob Termo de Colaboração, cabe a SES/GO definir o perfil assistencial da unidade, planejar metas assistenciais e de qualidade, monitorar e avaliar os indicadores de desempenho e econômico financeiros definidos no Termo de Colaboração;

10.2. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia;

10.3. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais;

10.4. As equipes médica e multidisciplinar deverão ser disponibilizadas em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrados nos Conselhos de Classe pertinentes, ensejando que a unidade realize a atividade assistencial quantificada no termo de colaboração;

10.5. O Serviço de Admissão/Recepção do **PARCEIRO PRIVADO** solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES-GO;

10.6. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados por meio também de sistemas de informação de regulação, controle e processamento definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;

10.7. O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a encaminhar as remessas de faturamento ambulatorial e o faturamento hospitalar à Secretaria de Estado da Saúde conforme cronograma anual estabelecido e disponibilizado previamente pela Coordenação Estadual de Processamento de Informações/Gerência de Controle e Avaliação/Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação para os e-mails: sia.sesgo@gmail.com; aih.sesgo@gmail.com, impreterivelmente;

10.8. A unidade deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas abordarão todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos .

II - METAS DE PRODUÇÃO

11. ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR

11.1. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

11.1.1. **Consulta Médicas Especializadas**

11.1.2. **Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)**

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

11.1.2.2. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará e ofertará a agenda à Regulação Estadual, conforme carta de serviços definida pela SES-GO. No entanto, para efeito de acompanhamento de metas, serão consideradas as consultas efetivamente realizadas/executadas;

11.1.2.3. As consultas ambulatoriais compreendem:

a) Primeira consulta;

b) Interconsulta;

c) Consultas subsequentes (retornos).

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

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

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

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

11.1.2.8. Os atendimentos referentes a processos terapêuticos, embora contabilizem como consultas subsequentes, possuem natureza de sessão e, portanto, deverão ser informados de forma separada via Sistema de Monitoramento para efeito de acompanhamento;

11.1.2.9. A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constantemente pela Regulação Estadual. Assim, sempre que necessário, o **PARCEIRO PÚBLICO** solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou tipos de consultas, o que deverá ser cumprido pelo **PARCEIRO PRIVADO** em até 45 dias;

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

11.1.3. **Dispensação de medicamentos para pacientes do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**

11.1.3.1. A dispensação de medicamento do CEAF poderá ocorrer de duas formas: para o representante do município devidamente autorizado pelo secretário de saúde do município e para o próprio paciente ou seu representante legal.

11.1.3.2. Nos casos em que a dispensação dos medicamentos for feita ao próprio paciente, é imprescindível que a mesma seja realizada pelo farmacêutico, que neste momento, além da dispensação, realizará consulta

farmacêutica para avaliação da terapia prescrita e realizará o acompanhamento farmacoterapêutico nos casos necessários. Tais consultas poderão ser contabilizadas dentro das metas da equipe multi.

11.1.4. **Práticas Integrativas e Complementares – PIC;**

11.1.5. **Serviço Especializado do Processo Transexualizador Na Modalidade Ambulatorial;**

11.1.6. **Serviço De Assistência Especializada – SAE – GRUPO 12;**

11.1.7. **Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais;**

11.1.8. **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT: exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico;**

11.1.8.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo envolve o conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, que será disponibilizado à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos referenciados pela Regulação Estadual;

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

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

11.1.9. **Centro Especializado em Odontologia (CEO II);**

11.1.10. **Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal);**

11.1.11. **Transporte de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual** (para efeito de acompanhamento).

11.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários da respectiva **Policlínica;**

11.3. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

11.4. Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

11.5. Na medida em que os indicadores forem homologados, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

11.6. Nada obsta, entretanto, que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios;

11.7. São consideradas como Metas de Produção, determinantes ao pagamento da parte assistencial/fixa, os seguintes critérios:

11.8. **Consultas Médicas especializadas:**

11.8.1. Especialidades Médicas a serem oferecidas no Ambulatório: quantidade mínima de consultas a serem ofertadas mensalmente, divididas por tipos de consultas:

Especialidades Médicas a serem oferecidas no Ambulatório da **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis**
Anestesiologia*
Cirurgia Vascular
Cardiologia
Clínico Geral – linha do cuidado
Dermatologia
Endocrinologia
Gastroenterologia
Ginecologia
Obstetrícia (pré-natal de alto risco)
Hematologia
Infectologia
Mastologia
Nefrologia
Neurologia
Pediatria
Oftalmologia
Ortopedia/Traumatologia
Otorrinolaringologia
Pneumologia
Proctologia
Psiquiatria
Reumatologia
Urologia
* para acompanhamento de exames específicos; realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais que tenham a devida indicação; e consultas especializadas.

11.8.2. Do total de consultas mensais disponibilizadas e executadas por especialidade, o estabelecimento de saúde deverá adotar os seguintes critérios:

a) 30% do total de consultas ofertadas serão destinadas à realização de primeira consulta;

b) 30% do total de consultas ofertadas serão destinadas a realização de Interconsulta;

c) 40% do total de consultas ofertadas serão destinadas à realização de consultas subsequentes (retornos);

* Todas deverão ser informadas por meio dos sistemas eletrônicos de monitoramento da SES-GO.

Consultas Médicas	**Meta Mensal**
Total	2.626

11.8.3. A Policlínica deverá atender todas as faixas etárias. Logo, o atendimento ocorrerá conforme necessidade e demanda identificada na região; ou na macrorregião ou ainda em todo o Estado de Goiás, a partir do encaminhamento pela Regulação Estadual.

11.8.4. As vagas ofertadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão preenchidas conforme a demanda identificada na região ou conforme a necessidade da macrorregião ou mesmo em todo o Estado de Goiás, a partir da Regulação Estadual.

11.8.5. Considerando que o profissional CLÍNICO GERAL – linha do cuidado, dentro da policlínica, tem como atribuição primordial ser o organizador central da Avaliação Global Interdisciplinar e o ordenador do Projeto Terapêutico Singular (PTS), não será ofertada vaga de primeira consulta (vaga externa para regulação) e o acesso a esse profissional será exclusivamente por interconsulta, para realização da Avaliação Global Interdisciplinar, com foco principal nas Linhas de Cuidado Prioritárias.

11.9. **Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos):**

11.9.1. Categorias profissionais mínimas para comporem as equipes da unidade, a serem estabelecidas em conjunto com a SES-GO. O profissional fonoaudiólogo é obrigatório para a realização de exames específicos da categoria.

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

11.9.2. As **consultas realizadas pela Enfermagem** poderão configurar consultas ambulatoriais se atenderem ao Decreto Lei nº 94.406, 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas da consulta:

a) análise dos dados contidos no prontuário;

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

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

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

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

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

Consulta da Equipe Multiprofissional*	Meta Mensal
Total	3.106
*Excetuando consultas odontológicas que possuem metas específicas.	

11.9.3. Segue a quantidade geral de oferta da equipe multiprofissional, dividido por tipo de consulta. Não será ofertada vaga de primeira consulta (vaga externa para regulação) para profissionais da equipe multiprofissional.

Procedimento	Interconsulta	Retorno/Sessões	Meta total no mês
Consulta equipe multiprofissional	932	2.174	3.106

11.9.4. **Serviço de Telessaúde**

11.9.4.1. A produção do serviço de Telessaúde está relacionada à equipe que ofertar o atendimento: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Ressalta-se que as vagas ofertadas para o serviço de Telessaúde também serão para integração dos Profissionais da Policlínica com a Atenção Primária.

11.10. **Consultas Farmacêuticas para pacientes que recebem medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):**

11.10.1. Os **atendimentos realizados pelo farmacêutico** serão configurados como consultas ambulatoriais, incluindo orientações sobre aplicação de auto injetáveis, em concordância com o item 12.4.7 do presente instrumento e será monitorado pela área técnica específica da SES-GO.

Consultas Farmacêuticas	Meta Mensal
Total	≥ 5% dos processos atendidos no mês

11.11. **Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):**

Percentual de dispensação de medicamentos em relação aos processos cadastrados	Meta Mensal
Total	≥ 50% dos processos cadastrados na unidades

11.12. **Práticas Integrativas e Complementares – PIC**

11.12.1. A produção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) está relacionada à equipe que ofertar estas terapias: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Ressalta-se que as vagas ofertadas para as PIC serão somente interconsulta e consutlas subsequentes.

11.13. **Serviço de Assistência Especializada - SAE - GRUPO 12**

11.13.1. Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

11.13.2. Porém, para fins de habilitação junto ao Ministério da Saúde, deverá ser considerada uma equipe específica para a Equipe Básica SAE (GRUPO 12) com: médico infectologista; enfermeiro; assistente social; psicólogo; cirurgião – dentista (clínico geral) e técnico de enfermagem.

11.14. **Serviço Especializado do Processo Transexualizador Na Modalidade Ambulatorial**

11.14.1. Os atendimentos dos profissionais do serviço especializado do processo transexualizador estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional, porém fica estabelecida uma produção mínima da equipe conforme o quadro abaixo:

Produção mínima da equipe especializada do processo transexualizador*		
Médica	Multiprofissional	Total
15 consultas	35 consultas	50 consultas
Essa produção deverá ser informada separadamente para efeito de acompanhamento, já que comporá a meta geral de consultas.		

11.14.2. Para fins de habilitação junto ao Ministério da Saúde, deverá ser considerada uma equipe específica para compor a Equipe Mínima do processo transexualizador modalidade ambulatorial com: médico (clínico geral, ou endocrinologista, ou ginecologista e/ou urologista), médico psiquiatra; psicólogo; enfermeiro e assistente social.

11.15. **Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais**

Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	Meta Mensal
Total	74

11.16. **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT**

11.16.1. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT mínimos a serem realizados:

SADT Externo	Meta Mensal (interno e externo)
Análises Clínicas	Deve atender a necessidade interna da unidade*
Audiometria	10
Cistoscopia	10
Colonoscopia	42
Colposcopia	13
Densitometria Óssea	63
Doppler Vascular	68
Ecocardiografia	20
Eletrocardiografia	63
Eletroencefalografia	10
Eletroneuromiografia	10
Emissões Otoacústica	10
Endoscopia	67
Espirometria	10
Exames Oftalmológicos[1]	Serão vinculados à consulta oftalmológica conforme indicação do especialista.
Holter	60
Mamografia[2]	174
MAPA	43
Nasofibroscopia	10
Patologia Clínica[3]	O quantitativo deve atender a necessidade interna na unidade.
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): tireóide e mama	10
Punção aspirativa por agulha grossa	10
Radiologia	373
Teste Ergométrico	32
Tomografia	513
Ultrassonografia [4]	238
Urodinâmica	10
Videolaringoscopia	10
[1] 02.11.06.010-0 – FUNDOSCOPIA: avaliação do fundo de olho, realizada com ou sem dilatação pupilar / 02.11.06.015-1 - POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL: avaliação da máxima acuidade sob orifício estenopeico (projeção ou retro-iluminada) / 02.11.06.025-9 – TONOMETRIA: aferição da pressão intra-ocular / 02.11.06.027-5 - TRIAGEM OFTALMOLÓGICA: consiste na identificação precoce de baixa acuidade visual ou sinais e sintomas oculares / 02.11.06.023-2 - TESTE ORTÓPTICO: avaliação completa da motilidade ocular, (binocular) com laudo.	
[2] Laudos de mamografia, com resultado bi rads 0: o resultado do exame deverá ser entregue a paciente, obrigatoriamente, pelo médico, seja para agendamento de retorno ou interconsulta.	
[3] Ácido úrico, Anti-HBC, Anti HBS, Anti-HCV, Antibiograma, Beta HCG, bilirrubinas, Biopsias, cálcio Total, CEA, Chagas IGG, Chagas IGM, Coagulograma, Colesterol LDL, colesterol HDL, Colesterol Total, Contagem de Plaquetas, Creatinina-Fosfoquinase, Creatinina, Curva Glicêmica, CK-MB, Dehidrogenase lactica (DHL), Dengue IGG, Dengue IGM, EAS, Eletroforese de proteínas, EPF (parasitológico), Fator Reumatóide, Fator RH, Ferritina, Ferro, Fosfatose Alcalina, Fósforo, FSH, Glutamil-Transferase (Gama-GT), Glicemia em Jejum, HBSAG Austrália, Hemoglobina Glicada, Hemograma, Hepatite-C (HCV), HIV, LH, Lipase, Magnésio, Papanicolau (colpocitologia), Potássio, Proteínas Totais e Frações, PSA Total e Livre, Sangue Oculto nas Fezes, Sódio, Tempo de Protrombina – TAP-O, T4 Livre, TGO, TGP, Tipagem ABO, Triglicerídeos, Troponina, TSH, TTPA, Ureia, Urocultura, VDRL, Velocidade de Hemossedimentação – VHS, Vitamina B12, Vitamina D25 e Proteína C Reativa (PCR).	
[4] Abdômen superior; Abdômen total; Aparelho urinário; Articulação; Bolsa escrotal; Próstata (via transretal); Próstata por via abdominal; Tireoide; Doppler de fluxo obstétrico; Mamária bilateral; Obstétrica; Obstétrica com doppler colorido e pulsado; Pélvica (ginecológica); Transfontanela; Transvaginal	

a) Exames Oftalmológicos – Serão vinculados à consulta oftalmológica conforme indicação do especialista;

b) Biópsias Gerais – devem ter quantitativo correspondente as pequenas cirurgias e exames que necessitam do mesmo;

c) Patologia Clínica – o quantitativo deve atender a necessidade interna na unidade;

d) Ultrassonografia – Os tipos de ultrassonografia serão definidos previamente, levando em conta a necessidade da região de saúde e sua demanda reprimida;

e) Análises Clínicas - para efeito de precificação das análises clínicas, considerou-se a média praticada na unidade nos últimos 12 (doze) meses. Contudo, o quantitativo deve atender a necessidade interna na unidade.

11.16.2. Os exames para apoio diagnóstico e terapêuticos aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pela NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

11.16.2.1. Os exames de ECG, MAPA e Holter serão realizados todos os dias, inclusive aos sábados, quando a unidade tiver este horário de funcionamento.

11.16.3. Os exames realizados deverão ser informados separadamente, ou seja, quais são demanda interna e quais compõem a execução do SADT Externo.

11.16.4. Os exames poderão ser entregues a representante legal devidamente constituído para esta finalidade, respeitando-se a legislação vigente.

11.17. **Centro Especializado em Odontologia (CEO II)**

11.17.1. Após a implantação e funcionamento do serviço de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO Tipo II), deverão ser ofertadas no mínimo as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a pessoas com deficiência ou condições especiais conforme o item 11.16.2. A produção mínima mensal deverá ser realizada conforme tabelas abaixo e será verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), **de acordo com as Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e 6/GM/MS, ambas de 28 de setembro de 2017**.

Consultas odontológicas	Meta Mensal
Primeira Consulta	240
Consultas Subsequente	360
Total	600

11.17.2. As condições especiais de saúde poderão ser atendidas no CEO II, desde que haja uma justificativa e/ou indicação clínica para o atendimento especializado.

11.17.3. Os procedimentos mínimos a serem realizados por especialidade concordarão com a Portaria nº 2.898, de 21 de setembro de 2010, que atualiza o Anexo da Portaria nº 600/GMMS, de 23 de março de 2006, ou outra legislação que venha substituí-la, que passou a vigorar da seguinte forma:

a) O monitoramento de produção consiste na análise de produção mínima mensal apresentada, a ser realizada no CEO tipo 2, verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS ou por intermédio do Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde/Sistema de Gestão Hospitalar (SIGUS/SGH), conforme segue:

Especificação	Quantitativo mensal	Observação
Procedimentos básicos	110	Códigos SIGTAP dos procedimentos básicos para pessoas com deficiência ou condições especiais[1]
Periodontia	90	Códigos SIGTAP referente à Periodontia[2]
Endodontia	60	Códigos SIGTAP referente à Endodontia
Cirurgia Oral	90	Códigos SIGTAP referente à Cirurgia Oral
[1] Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 - restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 - restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 - restauração de dente permanente posterior		
[2] Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 - obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096, retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.		

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

11.18.1. O serviço de Terapias Renais Substitutiva – TRS deverá assistir aos Doentes Renais Crônicos nos estágios 4 e 5 – Pré-dialítico, e os que necessitam de Hemodiálise e Diálise Peritoneal, além de prover os exames laboratoriais, exames de imagem, e demais aportes necessários as respectivas terapias. Conforme descrito na Portaria nº 1.675/GM/MS, de 7 de junho de 2018 e Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – RDC no Sistema Único de Saúde. Seguindo minimamente a programação de produção descrita no quadro abaixo.

Terapia Renal Substitutiva	
Sessões Hemodiálise: considerando 2 turnos e 3 sessões semanais por pacientes	480
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal: considerando 9 dias de treinamento para cada paciente	6 pacientes (cada com 9 dias de treinamento) - Totalizando 36 sessões
A unidade conta com 18 cadeiras mais 1 cadeira de reserva.	

11.19. **Transporte de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual**

11.19.1. Para fins de precificação deve ser considerado a locação/comodato de unidades de transporte conforme especificação no item 6.6. Transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual e a média mensal de distância percorrida pelos mesmos.

Transporte	Media Mensal de distância percorrida
Ônibus I	12.000 Km
VAN	12.000 Km
Total	24.000 Km

11.19.2. Detalhamento das especificações referentes à Produção da Policlínica:

a) Todas as primeiras consultas e/ou SADT ofertado para pacientes externos, assim como as vagas para a Clínica de Serviços Dialíticos serão referenciados integralmente pela Regulação Estadual.

b) O quantitativo de especialidades (médicas e multiprofissionais), tipos de consultas (primeira/retorno/interconsulta) e tipos de exames, poderão sofrer mudanças de quantitativo, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se, ainda, que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente ou quando se fizer necessário, e que o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 45 (quarenta e cinco) dias para realizar a modificação solicitada com relação as especialidades e exames ofertados. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de consultas e exames não ultrapassará o limite de consultas e exames totais propostas no termo de colaboração, ocorrendo somente um ajuste da carteira de serviço.

c) Os serviços/equipes que requerem profissionais de especialidades específicas para fins de habilitação no Ministério da Saúde, deverão estar inclusos no quadro de recursos humanos fixo da unidade.

d) As consultas realizadas pelo Serviço Social deverão ser registradas em separado, e não configuram consultas ambulatoriais da equipe multiprofissional, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde – SES/GO.

III - INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/ DESEMPENHO

12. INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/ DESEMPENHO

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos 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.

12.2. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

12.3. Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

12.4. Na medida em que os indicadores forem homologados, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

12.4.1. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro-Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
1 - Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	100%
2 - Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertadas	100%
3 - Percentual de Exames de Imagem com resultado liberado em até 72 horas	≥ 70%
4 - Taxa de acuracidade de estoque dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	≥ 99%
5 - Percentual de consultas farmacêuticas em relação ao número de processos do CEAF atendidos no mês	≥ 5%
6 - Taxa de perda financeira por vencimento	≤ 0,5%

12.4.2. **Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas**

12.4.2.1. **Conceituação:** Nº de consultas Ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade de policlínica por um dado período (mês).

12.4.2.2. **Método do Cálculo:** Número de consultas ofertadas dividido pelo número de consultas propostas nas metas da unidade de Policlínica.

12.4.3. **Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertados**

12.4.3.1. **Conceituação:** Nº de SADT Ofertado em relação ao número de exames propostos nas metas da unidade de policlínica por um dado período (mês).

12.4.3.2. **Método do Cálculo:** Número de exames (SADT) ofertados dividido pelo número de exames propostos nas metas da unidade de Policlínica multiplicado por 100.

12.4.4. **Percentual de exames de imagem com resultado liberado em até 72 horas**

12.4.4.1. **Conceituação:** Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 72 horas (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

12.4.4.2. **Método do Cálculo:** Número de exames de imagem liberados em até 72 horas divididos pelo total de exames de imagem realizados no período multiplicado por 100.

12.4.5. **Taxa de Acuracidade de Estoque**

12.4.5.1. **Conceituação:** Esse indicador tem por objetivo monitorar a exatidão do estoque de medicamentos hospitalar geridos pela Farmácia. A avaliação da acuracidade indica se o estoque e as compras estão coerentes com a realidade da instituição e se há falhas durante o processo de controle de estoque.

12.4.5.2. **Método do Cálculo:** [Número total de itens contabilizados (estoque físico/estoque sistema) em conformidade / Número total de itens padronizados cadastrados no sistema] x 100

12.4.6. **Percentual de consultas farmacêuticas em relação ao número de processos do CEAF atendidos no mês**

12.4.6.1. **Conceituação:** Proporção de consultas farmacêuticas realizadas para os pacientes do CEAF em relação ao número de processos atendidos.

12.4.6.2. **Método do Cálculo:** Quantitativo de consultas realizadas/ pelo total de processos atendidos no período x100

12.4.7. **Taxa de perda financeira por vencimento**

12.4.7.1. **Conceituação:** O indicador tem a finalidade de monitorar a perda de medicamentos por expiração do prazo de validade em todas as Unidades de Saúde da rede estadual, aprimorando e implantando ferramentas e processos de trabalho que permitam reduzir a perda de medicamentos.

12.4.7.2. **Método do Cálculo:** [Valor financeiro da perda de medicamentos padronizados por validade expirada (R$)/ valor financeiro de medicamentos inventariado no período (R$)] x 100.

13. ENSINO E PESQUISA

13.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

13.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

13.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

13.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

13.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

13.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio e pesquisa científica, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

13.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

13.8. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OSC, no momento da pactuação.

13.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com o **PARCEIRO PRIVADO**.

13.10. Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) promove o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, em consonância com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, integrante da Política Nacional de Saúde formulada no âmbito do SUS, estabelecendo, orientando, assessorando e monitorando a realização de pesquisa científica na SES-GO.

13.11. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SESG.

13.11.1. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por acompanhar o cumprimento da Portaria nº 1.265/2023 – SES-GO, ou outro ato normativo que venha modificar e/ou substituir, e não deverá permitir a realização de pesquisa científica na Unidade que não esteja cadastrada no fluxo de monitoramento de pesquisas e autorizada pela SES-GO.

13.11.2. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir a citação da SES-GO como afiliação institucional dos autores na realização de pesquisa, nas publicações científicas, apresentações em eventos dos trabalhos e em todo e qualquer tipo de divulgação das pesquisas científicas executadas nas Unidades de Saúde e/ou Administrativas da SES-GO.

13.11.3. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir o encaminhamento pelo pesquisador à SESG de trabalho científico resultante de Pesquisa científica em dados públicos, Pesquisas de revisão da literatura e Relatos de experiência produzidos em Unidade da SES-GO.

13.11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir que a proposta de aplicação ou incorporação dos resultados das pesquisas realizadas dentro das unidades da SES-GO sejam apresentadas à SES-GO pelos pesquisadores.

13.12. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

13.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que a Unidade esteja vinculada a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional, dentre os operacionais da SES-GO e credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, ou outra que vier a substituir.

13.13.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que o número do CNPJ referente a Unidade da SES-GO seja cadastrado como Instituição na Plataforma Brasil e junto à CONEP, para assegurar que as pesquisas se vinculem à SES-GO.

13.13.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar oficialmente à SES-GO em qual CEP institucional e CNPJ a Unidade está credenciada, junto à CONEP.

13.13.3. Existindo CEP institucional na Unidade SES-GO, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter instalações adequadas e os recursos humanos necessários para a operacionalização do mesmo, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013.

13.14. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto à SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para alteração de vínculo de sua Unidade com o CEP institucional credenciado à CONEP. Após, avaliação de viabilidade, a SESG fará a devida orientação pertinente para adequações junto aos CEP's e à CONEP, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o CEP que deixará a função e aquele que a assumirá.

13.15. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto a SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para credenciar CEP institucional quando a Unidade pretenda se habilitar como Hospital-Ensino junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação, respeitando as normativas vigentes, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013 ou outra que vier a substituir.

13.16. O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá alterar o vínculo de sua Unidade SES-GO com o CEP institucional credenciado, redistribuindo a Unidade, objetivando a melhoria na qualidade do atendimento às demandas de ensino e pesquisa, e adequação às normativas vigentes. Tal alteração será promovida pela SESG, após análise de viabilidade técnica, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, e posterior comunicação oficial ao **PARCEIRO PRIVADO**.

13.17. Caso haja mudança de **PARCEIRO PRIVADO**, este, deverá garantir durante a transição, de forma oficial e justificada, a continuidade da apreciação dos protocolos de pesquisas e das atividades inerentes ao bom funcionamento do CEP institucional credenciado de sua Unidade.

13.17.1. O **PARCEIRO PRIVADO**, deve informar a SES-GO e à CONEP, de forma oficial e justificada, a impossibilidade de atuação do CEP institucional credenciado durante o período de transição, conforme estabelecem as normas regulamentares do CNS/CONEP.

13.17.2. No caso de substituição parcial ou total dos membros (Coordenadores, Secretária e Pareceristas) do CEP institucional credenciado da Unidade, deve ser informado de forma oficial e justificada, previamente à SES-GO e à CONEP, para que seja garantida a continuidade das avaliações éticas aos protocolos de pesquisa em andamento. E que somente retornará as atividades após a análise documental da CONEP e SES-GO.

13.17.3. Durante o período em que o CEP institucional estiver com as atividades suspensas, os protocolos de pesquisas devem ser cadastrados sob o CNPJ da SES-GO e encaminhados ao CEP CENTRAL da SES-GO.

13.18. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

13.19. A seleção de preceptores, tutores e coordenadores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição. Esses profissionais deverão ser integrados à rotina e atividade da unidade hospitalar.

13.20. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normativas referentes aos Programas.

13.20.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deve assegurar em seus contratos de prestação de serviço e/ou trabalho as atividades de ensino, pesquisa e preceptoria que são realizadas na unidade hospitalar.

13.21. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, compatíveis com os valores praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.

13.22. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

13.23. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

13.24. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.

13.25. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

13.26. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, quando devidamente implantadas, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

14. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

14.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

14.2. O Termo de Colaboração que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

14.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com o **PARCEIRO PRIVADO**.

14.4. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRMS/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

14.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

14.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

14.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

14.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

14.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro previamente conveniado ou contratado exclusivamente para essa finalidade com experiência na aplicação de prova e acompanhado pela SESG por meio da Assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residências Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

14.9.1. A SESG/SES-GO em parceria com o grupo técnico será responsável por avaliar os requisitos técnicos da entidade que deseja firmar parceria ou contrato para a execução do processo seletivo;

14.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014.

14.10.1. O valor a que se refere o item 14.10 será acompanhado pela Gerência de Gestão de Pessoas da Superintendência de Gestão Integrada, conforme descrito no Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

14.10.2. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, podendo ser variável conforme alteração legal do vencimento inicial do cargo ocupacional, bem como em virtude de remanejamento definido pela SES/GO, em concordância com o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

14.11. O profissional contratado pelo regime celetista para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus à gratificação conforme descrito no anterior, em razão da equidade.

14.12. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO atualmente tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em Portaria Interministerial (MEC/MS).

14.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar, obrigatoriamente, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU, quando os programas estiverem efetivamente implantados.

14.14. Novos programas de residência serão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde. As implantações ocorrerão em parceria com a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, por meio de suas Comissões, contemplando a elaboração conjunta do Projeto Pedagógico.

14.14.1. Os supervisores dos novos programas serão de responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** conjuntamente com a COREME da respectiva unidade.

14.15. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar atividades de educação permanente voltadas para qualificação dos coordenadores dos Programas de Residência Médica e coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS), supervisores, tutores e preceptores.

14.15.1. Os temas deverão ser definidos em conjunto com a COREME e COREMU local da Unidade de Saúde.

15. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

15.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

15.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

15.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento de acordo com Resolução CNRM nº 16/2022 de 30 de setembro de 2022, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

15.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

15.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Portaria 469/2020/SES-GO E Resolução CNRM nº 16/2022 de 30 de setembro de 2022).

15.5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter e, quando necessário, realizar contratação adicional de preceptores para que as atividades da residência possam ser realizadas de acordo com as normas da CNRM, mantendo-se a relação preceptor/residente.

15.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

15.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES-GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

15.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm

15.8. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES-GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

15.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica, o número de vagas quando autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

15.10. O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade do ensino, da pesquisa e da gestão oferecidos pela Instituição, garantindo os recursos necessários ao desenvolvimento dos PRM's e das atribuições da COREME.

15.11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de campo de prática entre as residências médicas de outras Unidades da SES-GO, caso necessário, para complementação da prática pedagógica, conforme solicitação da COREME.

15.12. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM's, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

16. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

16.1. A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES-GO e gerenciadas pela SESG.

16.2. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS) deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

16.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES-GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS e PRMS/SES-GO).

16.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

16.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

16.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade de Saúde, responsável pela manutenção e desenvolvimento do funcionamento dos programas composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

16.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

16.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, o Coordenador do PRAPS/PRMS, sendo um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde. Sendo sua atuação exclusiva às atividades da coordenação.

16.9. O Tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/PRMS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS/PRMS.

16.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS/PRMS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhá-lo.

16.10.1. Todos os profissionais em exercício no estabelecimento de saúde devem ter conhecimento de que o mesmo desenvolve atividades de ensino. E, portanto, devem cooperar com o processo de aprendizagem dos residentes.

16.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS/PRMS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis. Na ausência de profissionais efetivos na unidade ou que atendam aos requisitos para o cargo, a unidade assistencial deverá conduzir seleção interna ou processo seletivo para o cargo de coordenador.

16.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção, preferencialmente, entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

16.13. A seleção de Preceptores , Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

16.14. A seleção de preceptores e tutores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e, preferencialmente, como profissional em exercício na instituição.

16.15. Nos PRAPS e PRMS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária presencial, exclusiva ao cargo, de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS/PRMS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

16.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES-GO.

16.16.1. Os Profissionais no cargo de Tutoria com carga horária superior a 30 (trinta) horas semanais deverão exercer suas atividades, exclusivamente, na COREMU Local.

16.17. Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, obrigatoriamente, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o parágrafo 1º do artigo 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.

16.18. O estabelecimento de saúde poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.

16.18.1. Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.

16.19. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas quando autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

16.20. As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score (NPS)* remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES-GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

16.21. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES-GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

17. DOS RECURSOS FINANCEIROS

17.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES-GO.

17.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

17.3. Ocorrendo a situação descrita no item anterior, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES-GO responsável pelo

acompanhamento dos respectivos Termo de Colaboração, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

17.4. Quando da implantação e execução dos Programas de Residência, a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás apresentará a estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. Quando houver repasse das bolsas diretamente ao residente médico ou residente multiprofissional, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Termo de Colaboração, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

17.5. O quantitativo de bolsas custeadas pela SES-GO e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada pela SESG.

17.6. Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, incluídos no custeio mensal da unidade hospitalar.

17.6.1. Para a alimentação deverá ser garantido, de acordo com a carga horária, 02 (duas) pequenas refeições e 01 (uma) grande refeição.

17.7. Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso apresentadas, a SESG, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

18. ESTÁGIOS CURRICULARES

18.1. 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.

18.2. Os estágios no âmbito da SES-GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008 e Portaria nº 1.096/2023 – SES/GO, de 22 de maio 2023 ou outras que venham substituí-las.

18.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES-GO, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.

18.4. A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada exclusivamente pela SESG, de acordo com a legislação vigente e ocorrerá conforme Edital de Chamada Pública, a ser publicado pela SES-GO, com o intuito de classificar as Instituições de Ensino que possuam curso da área da saúde, previamente cadastradas.

18.5. O quantitativo de vagas ofertadas será definido pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG conjuntamente com as Unidades Administrativas e/ou Assistenciais de Saúde da SES-GO, levando-se em consideração a capacidade instalada de cada local.

18.6. O número máximo de vagas de estágio considerará o quadro de pessoal assistencial das entidades concedentes de estágio, que deve atender a proporção de até 20% de estagiários para número superior a 25 (vinte e cinco) trabalhadores.

18.7. Os alunos serão encaminhados para as Unidades Assistenciais de Saúde por meio da Coordenação de Estágio (CEST) da SESG, após preenchimento da ficha de inscrição e assinatura do termo de compromisso, no qual deverá constar o número de apólice de seguro.

18.8. A Diretoria de Ensino e Pesquisa ou equivalente, da unidade administrativa ou de saúde, ficará responsável pela distribuição interna dos estagiários, em conjunto com a SESG/SES-GO, após o resultado final do Chamamento Público.

18.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Estágio, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

19. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

19.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá propor Plano Anual de Educação Permanente em Saúde da Unidade de Saúde (PAEPS/US) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAEPS/US deve ser validado e aprovado pela SESG.

19.2. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará o PAEPS/US à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Termo de Colaboração ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

19.3. A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, quadrimestralmente, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

19.3.1. Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, bimestralmente.

19.4. O PARCEIRO PRIVADO deverá encaminhar as informações solicitadas pelo PARCEIRO PÚBLICO referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

ANEXO Nº III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2023 - SES/GGP-03087

Este anexo objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas que trata de seleção de Organização da Sociedade Civil em saúde para celebração de Termo de Colaboração para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde atinente à **POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS**, e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. É composto por duas partes (I) Especificações Técnicas, que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e (II) Quadro de Servidores cedidos.

20. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

20.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

20.1.1. Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais;

20.1.2. Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), na área médica e de enfermagem com registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Goiás. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS;

20.1.3. Disponibilizar de equipe médica e multiprofissional em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços composta por profissionais das especialidades exigidas, habilitados com título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, e outras instruções normativas, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Instrumento.

20.1.4. Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e aos serviços a serem prestados;

20.1.5. Assegurar o desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo às Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE;

20.1.6. Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda às condições mínimas necessárias ao descanso dos colaboradores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão;

20.1.7. Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado e, sempre que solicitado, disponibilizá-lo para leitura e migração do banco de dados;

20.1.8. Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

20.1.9. Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade;

20.1.10. Atentar-se que, em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte (II) Quadro de Servidores cedidos, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO;

20.1.11. Estar ciente de que o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido instrumento, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias;

20.1.12. Ter ciência de que para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do Instrumento;

20.1.13. Considerar que a dedução de que trata o item 20.1.11 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à remuneração do servidor substituído (salário e encargos legais), no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

20.1.14. Atentar-se para o fato de que o **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos. (Ofício circular definindo procedimentos e documentos comprobatórios, ex.: contrato, cópia RPA, frequência);

20.1.15. Utilizar os valores de mercado da região ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 3 (três) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados, não podendo ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual, independente da forma de contratação;

20.1.16. Comprovar e responder mensalmente pelo pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora pactuados, sendo-lhe defeso invocar a existência do Instrumento de ajuste para eximir-se destas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

20.1.17. Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica;

20.1.18. Assegurar a execução da Avaliação Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e da Avaliação de Desempenho Individual a serem realizadas pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente;

20.1.19. Aderir e alimentar o sistema de informação disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados de modo a permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**;

20.1.20. Alimentar periodicamente o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (ESocial), especialmente, os códigos S-2210, S-2220 e S-2240;

20.1.21. Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT;

20.2. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá indicar o retorno ao **PARCEIRO PÚBLICO** de servidor cedido em exercício na Unidade sob seu gerenciamento desde que motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido, mediante anuência do **PARCEIRO PÚBLICO**;

20.3. Conforme interesse e fundamentação da administração Pública poderá, excepcionalmente, ceder servidor público para o **PARCEIRO PRIVADO** que deverá integrá-lo ao serviço da Unidade;

20.4. O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento;

20.5. Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos.

com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos e fluxos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos;

20.6. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horários, desde que não haja conflito de interesses;

20.7. É vedada a contratação pelo **PARCEIRO PRIVADO** de colaborador, em cargo de confiança ou em comissão, que possua vínculo de matrimônio, união estável ou parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, com os seguintes agentes públicos: Governador do Estado, Vice-Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, para quaisquer serviços relativos ao Instrumento de Ajuste;

20.8. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder à contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade;

20.9. Poderá o **PARCEIRO PRIVADO** atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade cabendo ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos – RHNet promovendo a dedução dos repasses mensais ao **PARCEIRO PRIVADO**, mediante regulamentação da SES-GO;

20.10. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar o evento, no prazo de 10 (dez) dias contados do mesmo, para providências cabíveis ao caso;

20.11. Responsabilizar-se pela criação e manutenção de um núcleo de assistência aos trabalhadores que tiverem sofrido assédio comprovado, conforme determinado em normativa própria da SES-GO.

21. QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários Cedidos à POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS - outubro/2023.	
Cargos	Total de Servidores cedidos **
Não constam servidores cedidos à Unidade*	0
	Fonte: Sistema RHNet - Ref: outubro/2023.
As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos de benefícios. ***** Cálculo baseado nos valores dos últimos 12 (doze) meses.***	

Anexo nº IV - ESTIMATIVA DE CUSTEIO - SES/GEC - 21282

Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis

22. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - UNIDADE QUIRINÓPOLIS

22.1. Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a estimativa do custeio operacional da **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis** para o período de **06 (seis) meses**.

22.2. Para o cálculo **estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I - Especificações Técnicas e Descritivo de Serviços da Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS) elaborado em conjunto com a Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação (SUREG) assim como o histórico de informações obtido a partir do Sistema de Gestão Hospitalar (SGH), do *Key Performance Indicators for Heath* - KPIH e, ainda, de visita técnica realizada na unidade de saúde.

22.3. Visando o acompanhamento e avaliação do Termo de Colaboração e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar via SIGUS/SGH ou outra forma requerida pela SES-GO, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE DE SAÚDE.**

22.4. As informações acima mencionadas também serão avaliadas por meio dos registros nas Autorização de Internação Hospitalar - AIH, dos registros nos Sistemas de Informações Ambulatoriais - SIA e Sistema de Informações Hospitalares - SIH, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

22.5. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos estabelecidos por esta. Nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

22.6. A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

23. LINHAS DE PACTUAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

23.1. A estimativa dos custos operacionais da **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis** foi segmentada conforme possíveis linhas de pactuação. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS), no Anexo I, elaborado em conjunto com a Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação (SUREG). Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, recorreu-se também às comparações com outras unidades do Estado de Goiás, com o perfil assistencial semelhante ao que se pretende neste ajuste, como forma de orientação.

23.2. Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu, seguiu-se os seguintes critérios:

a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;

b) Série histórica de produção média da UNIDADE DE SAÚDE, extraída do Sistema Key Performance Indicators for Health (KPIH) da própria unidade e de outras unidades semelhantes, além da série histórica extraída da Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC), que já tem acompanhado parte dos dados validados pelo Sistema Integrado de Gestão de Unidades de Saúde (SIGUS). Ressalta-se a prática de uso da série histórica, 12 meses, e não do último mês de referência, tendo em vista a sazonalidade da saúde e até mesmo dos perfis de encaminhamentos para a instituição;

c) Tempo Médio de Permanência, por clínica/perfil e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade de saúde e de outras unidades semelhantes, em comparação ao apresentado pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS);

d) Tipos de atendimentos disponíveis na unidade e serviços especiais;

e) Visitas técnicas para aprofundamento do conhecimento do perfil de execução de ações e serviços da unidade;

f) Legislação relacionada ao perfil de atendimento;

g) *Benchmarck* extraído do sistema KPIH nos últimos 12 meses, neste caso, referente ao período de novembro/2022 a outubro/2023; e,

h) Índice de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico externo conforme demanda apresentada, em reuniões técnicas, pela Regulação Estadual, conforme as redes e políticas de atenção à saúde apresentadas pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS).

24. MÉTODO DE CÁLCULO

24.1. **Metodologia**

24.1.1. Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que é a metodologia adotada pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), do Ministério da Saúde. Essa metodologia foi escolhida por ser de fácil aplicação e por ser a mais utilizada entre as instituições vinculadas ao SUS. Outro fator importante é que a sua apuração é possível a partir da segmentação da instituição em centros de custos.

24.1.2. O Custeio por Absorção consiste no custeio integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) registrados aos produtos/serviços finais (Manual Técnico de Custos, PNGC, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

24.1.3. Para o cálculo das linhas de pactuações/centro de custos, foi utilizado o relatório Painel Comparativo de Custos, retirado do sistema Key Performance Indicators for Health - KPIH, nos últimos 12 meses, neste caso, referente ao período de **novembro/2022 a outubro/2023**, conforme comprovante (SEI nº 61720996).

24.1.4. As unidades de saúde, com o mesmo perfil desta Policlínica, pertencentes à base de dados da Planisa, utilizam-se justamente da metodologia de custeio por absorção, com padronização no processo de coleta, apuração e periodicidade mensal, gerando assim, relatórios contendo 3 (três) valores por centro de custos/linha de pactuação, sendo:

I - Percentil 25 (P25), que se refere a posição 25% da amostra de valores, ordenados do menor para o maior valor;

II - Percentil 50 (P50), que se refere a posição 50% da amostra de valores, ordenados do menor para o maior valor;

III - Percentil 75 (P75), que se refere a posição 75% da amostra de valores, ordenados do menor para o maior valor;

24.1.5. O Percentil adotado foi o **P50**, que constitui a **mediana** do custo unitário para a mesma distribuição de frequência entre os P25, P50 e P75, atualmente indicada para o gerenciamento e desenvolvimento das ações e serviços nas unidades de saúde ambulatoriais do Estado de Goiás, sendo realizada também a comparação com o próprio custo interno da Unidade para embasar a escolha do Percentil utilizado. O percentil sugerido é mais econômico que o P75 e atende a finalidade de se buscar a compatibilização dos custos com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que, buscou-se uma referência que pode representar menos despesas, se adequando a realidade da Unidade de Saúde, não importando assim em sobrepreço e tampouco deixando-a inexequível.

24.1.6. A Unidade de Saúde possui perfil de atendimento ambulatorial em várias especialidades, de média e alta complexidades, com realização de exames, sessões de hemodiálise e pequenos procedimentos cirúrgicos, com profissionais especializados e qualificados. A Policlínica de Quirinópolis encontra-se a uma distância de 515 km de Goiânia/GO e 310 Km de Brasília/DF.

24.1.7. Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foram consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

I. Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo e predominância de pacientes e certificação de qualidade.

II. Conhecimento das informações quantitativas conforme modelagem assistencial.

24.1.8. O cálculo, buscou ponderar todo o contexto desta unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização. Objetiva-se que a unidade de saúde seja cada vez mais produtiva e eficiente. Desta feita, embora a série histórica tenha sido utilizada como balizadora da análise, a mesma não foi determinante para o estabelecimento das metas e estimativas de produção.

24.1.9. Para a execução dos cálculos, trabalhou-se com o arredondamento na numeração decimal, conforme ABNT 5891.

24.1.10. A Unidade de Saúde deverá disponibilizar 2 (dois) veículos automotores, sendo 1 (um) tipo ônibus e 1 (um) tipo VAN. O ônibus deve conter no mínimo 28 (vinte e oito) poltronas, equipados com ar-condicionado e elevador de acessibilidade. A Van deverá ter no mínimo 15 lugares. Os veículos circularão pelas cidades da Macrorregião Sudoeste e levarão gratuitamente os pacientes até a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, para as Sessões de Tratamento em Hemodiálise, percorrendo uma média de 12.000km por veículo/mês, conforme Anexo I.

24.2. **Memória de Cálculo**

24.2.1. O custeio das **Consultas Médicas e Não Médicas/multiprofissionais** foi estimado multiplicando o número de consultas projetadas pelo seu respectivo custo unitário, limitando-se ao total de consultas médicas e não médicas estabelecidas no Anexo I.

24.2.2. Para a projeção das **Consultas médicas e não médicas/multiprofissionais**, foi extraída do sistema KPIH, no período de novembro/2022 a outubro/2023, a produção média da unidade de saúde, após, realizada a proporção por linhas de especialidade, de acordo com a Meta estabelecida no Anexo I, de **2.626** consultas médicas e **3.106** consultas não médicas/multiprofissionais por mês.

24.2.3. É importante esclarecer que a meta estabelecida no Anexo I foi definida com um limite de 2.626 consultas médicas e 3.106 consultas não médicas/multiprofissionais por mês. A desagregação dos números de consultas por especialidades apresentada neste Anexo IV foi realizada exclusivamente para propósitos de estimativa de custos, refletindo a proporção de consultas de cada especialidade em relação ao total de consultas realizadas pela policlínica. Essa abordagem visa calcular os quantitativos de consultas, conforme ilustrado na figura abaixo:

POLICLÍNICA: QUIRINÓPOLIS			
DESCRIÇÃO		**CRITÉRIO**	**QUANTIDADE**
1. SERVIÇOS AMBULATORIAIS (c/HM e c/ Mat/Med)			
1.1 Consultas médicas			
1.1.1 Anestesiologia		Consultas	88
1.1.2 Angiologia		Consultas	51
1.1.3 Cardiologia		Consultas	260
1.1.4 Dermatologia		Consultas	77
1.1.5 Endocrinologia		Consultas	179
1.1.6 Gastroenterologia		Consultas	94
1.1.7 Ginecologia		Consultas	191
1.1.8 Hematologia		Consultas	32
1.1.9 Infectologia		Consultas	32
1.1.10 Mastologia		Consultas	46
1.1.11 Médico Clínico Geral		Consultas	162
1.1.12 Nefrologia		Consultas	71
1.1.13 Neurologia		Consultas	173
1.1.14 Obstetrícia (Pré-natal de alto risco)		Consultas	32
1.1.15 Oftalmologia		Consultas	360
1.1.16 Ortopedia/Traumatologia		Consultas	329
1.1.17 Otorrinolaringologia		Consultas	81
1.1.18 Pediatria		Consultas	32
1.1.19 Pneumologia		Consultas	32
1.1.20 Proctologista		Consultas	32
1.1.21 Psiquiatria		Consultas	40
1.1.22 Reumatologia		Consultas	128
1.1.23 Urologia		Consultas	104
	TOTAL	Consultas	**2.626**
1.2 Consultas não médicas			
1.2.1 Assistente Social		Consultas	400
1.2.2 Enfermagem		Consultas	572
1.2.3 Farmacêutica		Consultas	319
1.2.4 Fisioterapia		Consultas	1.014
1.2.5 Fonoaudiologia		Consultas	33
1.2.6 Nutricionista		Consultas	413
1.2.7 Psicólogo		Consultas	355
	TOTAL	Consultas	**3.106**

24.2.4. O custeio dos serviços: **Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, Consultas/procedimentos Odontológicos, Sessões de Hemodiálise e Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal** foi estimado multiplicando o número de consultas/procedimentos projetados no Anexo I pelo seu custo unitário, e demonstrado nos quadros abaixo:

Serviço	Quantitativo (Meta)
Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	74

Consultas odontológicas	Meta Mensal
Primeira Consulta	240
Consultas Subsequente	360
Total	600

Especialidades odontológicas mínimas	Meta Mensal
Procedimentos Básicos	110
Periodontia	90
Endodontia	60
Cirurgia Oral	90

Terapia Renal Substitutiva	Meta Mensal
Sessões Hemodiálise	480 sessões
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal	36

24.2.5. O custeio do "**Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)**" foi estimado multiplicando o número de exames pelo seu custo unitário, conforme metas estimadas no Anexo I, de acordo com a necessidade locorregional, demonstrado na figura abaixo:

POLICLÍNICA: QUIRINÓPOLIS			
DESCRIÇÃO		**CRITÉRIO**	**QUANTIDADE**
2. SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med)			
2.1 Análises Clínicas		Exame	3.780
2.2 Anatomia patológica		Exame	37
2.3 Audiometria		Exame	10
2.4 Cistoscopia		Exame	10
2.5 Colonoscopia		Exame	42
2.6 Colposcopia		Exame	13
2.7 Densitometria Óssea		Exame	63
2.8 Doppler Vascular		Exame	68
2.9 Ecocardiografia		Exame	20
2.10 Eletrocardiografia		Exame	63
2.11 Eletroencefalografia		Exame	10
2.12 Eletroneuromiografia		Exame	10
2.13 Emissões Otoacústicas		Exame	10
2.14 Endoscopia		Exame	67
2.15 Espirometria		Exame	10
2.16 Holter		Exame	60
2.17 Mamografia		Exame	174
2.18 MAPA		Exame	43
2.19 Nasofibroscopia		Exame	10
2.20 Punção aspirativa PAAF		Exame	10
2.21 Punção aspirativa por agulha grossa		Exame	10
2.22 Radiologia		Exame	373
2.23 Teste ergométrico		Exame	32
2.24 Tomografia		Exame	513
2.25 Ultrassonografia		Exame	238
2.26 Urodinâmica		Exame	10
2.27 Videolaringoscopia		Exame	10
	TOTAL	Exame	**5.696**

24.2.6. O quantitativo de Análises Clínicas foi estimado com base na média da produção realizada pela Unidade de Saúde, extraído do Relatório de Produção do Sistema KPIH, referente ao período de novembro de 2022 a outubro de 2023, acrescido de 10% (dez por cento).

24.2.7. A quantidade de exames de Anatomia patológica foram estimadas em 50% (cinquenta por cento) das Cirurgias menores ambulatoriais.

24.2.8. O valor estimado para locação de 1 (um) ônibus, com motorista e combustível, para o transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, com percurso médio estimado de 12.000km por ônibus/mês, foi estimado pelo menor preço encontrado na cotação por quilômetros rodados, na pesquisa realizada junto aos Sites Banco de Preços e Cotação Zênite, conforme comprovantes (SEI nº 61720996).

24.2.9. O valor estimado para locação de 1 (uma) VAN, com motorista e combustível, para o transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, com percurso médio estimado de 12.000km por mês, foi estimado pela média dos preços encontrados na cotação por quilômetros rodados, na pesquisa realizada junto ao Site Banco de Preços, conforme comprovante (SEI nº 61720996).

25. VALOR MENSAL ESTIMADO

25.1. Considerando a metodologia de custeio por absorção utilizada, os serviços ofertados, verificados *in loco* e os cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização da **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis** é de **R$ 2.066.154,49 (dois milhões, sessenta e seis mil cento e cinquenta e quatro reais e quarenta e nove centavos)** no percentil ***P50***.

25.2. O montante total estimado a ser repassado para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis** para o período de **06 (seis) meses** é de **R$ 12.396.926,94 (doze milhões, trezentos e noventa e seis mil novecentos e vinte e seis reais e noventa e quatro centavos)**.

25.3. Para melhor elucidação dos valores encontrados, apresenta-se a tabela abaixo. Destaca-se que se trabalhou com o arredondamento na numeração decimal, conforme ABNT 5891:

POLICLÍNICA: QUIRINÓPOLIS			Percentil adotado - P50					
DESCRIÇÃO	CRITÉRIO	QUANTIDADE	Custo unitário P25	Custo unitário P50	Custo unitário P75	Custo total P25	Custo total P50	Custo total P75
1. SERVIÇOS AMBULATORIAIS (c/HM e c/ Mat/Med)								
1.1 Consultas médicas								
1.1.1 Anestesiologia	Consultas	68	109,18	122,45	148,70	9.607,84	10.775,60	13.085,60
1.1.2 Angiologia	Consultas	51	288,89	392,42	400,99	14.733,39	20.013,42	20.450,49
1.1.3 Cardiologia	Consultas	260	85,08	104,93	149,31	22.120,80	27.281,80	38.820,60
1.1.4 Dermatologia	Consultas	77	88,83	104,92	145,89	6.839,91	8.078,84	11.233,53
1.1.5 Endocrinologia	Consultas	179	92,97	126,11	151,99	16.641,63	22.579,69	27.206,21
1.1.6 Gastroenterologia	Consultas	94	94,56	116,05	152,75	8.888,64	10.908,70	14.358,50
1.1.7 Ginecologia	Consultas	191	123,89	148,63	232,97	23.662,99	28.388,33	44.497,27
1.1.8 Hematologia	Consultas	32	105,90	121,41	175,17	3.388,80	3.885,12	5.605,44
1.1.9 Infectologia	Consultas	32	246,02	287,58	787,85	7.840,64	9.202,56	23.595,20
1.1.10 Mastologia	Consultas	46	81,10	109,60	149,98	3.730,60	5.041,60	6.899,08
1.1.11 Médico Clínico Geral	Consultas	162	96,29	287,89	297,48	15.598,98	46.638,18	48.191,76
1.1.12 Nefrologia	Consultas	71	94,93	180,59	178,51	6.740,03	9.271,89	12.674,21
1.1.13 Neurologia	Consultas	173	109,49	135,70	167,83	18.941,77	23.476,10	29.034,59
1.1.14 Obstetrícia (Pré-natal de alto risco)	Consultas	32	129,89	148,63	232,97	3.964,48	4.756,16	7.455,04
1.1.15 Oftalmologia	Consultas	960	90,52	113,19	136,77	82.587,20	80.748,80	49.257,20
1.1.16 Ortopedia/Traumatologia	Consultas	329	78,19	101,97	124,57	25.724,51	33.548,13	40.983,53
1.1.17 Otorrinolaringologia	Consultas	81	88,23	108,69	138,14	7.146,63	8.803,89	11.189,34
1.1.18 Pediatria	Consultas	32	217,78	259,09	411,85	6.967,36	8.290,88	13.179,20
1.1.19 Pneumologia	Consultas	32	99,72	129,03	163,05	3.063,04	4.128,96	5.217,60
1.1.20 Proctologista	Consultas	32	94,16	117,41	166,03	3.013,12	3.757,12	5.312,96
1.1.21 Psiquiatria	Consultas	40	149,66	235,56	297,21	5.986,40	13.022,40	15.888,40
1.1.22 Reumatologia	Consultas	128	107,26	181,90	158,64	13.729,28	16.883,20	20.305,92
1.1.23 Urologia	Consultas	104	82,52	99,43	114,29	8.582,08	10.340,72	11.886,16
TOTAL	Consultas	2.626				269.500,12	365.815,69	476.307,83
1.2 Consultas não médicas								
1.2.1 Assistente Social	Consultas	400	70,66	80,62	119,15	28.264,00	32.248,00	47.660,00
1.2.2 Enfermagem	Consultas	572	70,59	82,83	109,45	40.377,48	47.378,76	62.605,40
1.2.3 Farmacêutica	Consultas	819	96,25	121,99	140,48	30.703,75	38.914,81	44.813,12
1.2.4 Fisioterapia	Consultas	1.014	42,85	55,98	68,59	43.449,90	56.155,32	69.550,26
1.2.5 Fonoaudiologia	Consultas	93	70,90	94,84	157,81	2.339,70	3.129,72	5.207,73
1.2.6 Nutricionista	Consultas	413	48,84	60,92	113,56	20.170,92	25.159,96	46.900,28
1.2.7 Psicólogo	Consultas	355	71,74	87,48	117,93	25.467,70	31.055,40	41.865,15
TOTAL	Consultas	3.306				190.773,45	234.041,97	318.601,94
1.3 Procedimentos Cirúrgicos ambulatoriais	Procedimento	74	238,29	428,87	536,76	17.633,46	31.736,38	39.720,24
1.4 Consultas/procedimentos (odontológicos)								
1.4.1 Consultas odontológicas	Consultas	600	107,68	127,74	211,81	64.608,00	76.644,00	127.086,00
1.4.2 Procedimentos básicos	Procedimento	110	107,68	127,74	211,81	11.844,80	14.051,40	23.299,10
1.4.3 Periodontia	Procedimento	90	107,68	127,74	211,81	9.691,20	11.496,60	19.062,90
1.4.4 Endodontia	Procedimento	60	107,68	127,74	211,81	6.460,80	7.664,40	12.708,60
1.4.5 Cirurgia oral menor	Procedimento	90	107,68	127,74	211,81	9.691,20	11.496,60	19.062,90
						102.296,00	121.353,00	201.219,50
2. SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med)								
2.1 Análises Clínicas	Exame	3.780	8,74	12,35	20,47	33.112,80	46.683,00	77.376,60
2.2 Anatomia patológica	Exame	37	55,95	79,05	128,17	2.070,15	2.924,85	4.742,29
2.3 Audiometria	Exame	10	27,96	35,32	52,62	279,60	353,20	526,20
2.4 Cistoscopia	Exame	10	329,58	324,61	570,42	3.235,80	3.246,10	5.704,20
2.5 Colonoscopia	Exame	42	606,12	690,94	986,71	25.453,04	29.019,48	41.441,82
2.6 Colposcopia	Exame	13	184,56	214,86	249,25	2.399,28	2.793,18	3.240,25
2.7 Densitometria Óssea	Exame	63	69,01	100,88	174,76	4.347,63	6.355,44	11.009,88
2.8 Doppler Vascular	Exame	68	106,45	152,75	199,89	7.238,60	10.387,00	13.592,52
2.9 Ecocardiografia	Exame	20	124,78	156,46	211,81	2.495,60	3.129,20	4.236,20
2.10 Eletrocardiografia	Exame	63	42,18	60,19	77,41	2.657,34	3.791,97	4.876,83
2.11 Eletroencefalografia	Exame	10	128,19	183,94	207,20	1.281,90	1.839,40	2.072,00
2.12 Eletroneuromiografia	Exame	10	175,11	215,91	333,42	1.751,10	2.159,10	3.334,20
2.13 Ecmadias Osteoarticas	Exame	10	27,96	35,32	52,62	279,60	353,20	526,20
2.14 Endoscopia	Exame	67	345,93	468,48	618,06	23.180,66	31.388,16	41.410,02
2.15 Espirometria	Exame	10	60,00	73,34	79,80	600,00	733,40	798,00
2.16 Holter	Exame	60	112,34	139,58	165,63	6.740,40	8.374,80	9.937,80
2.17 Mamografia	Exame	174	88,43	116,29	163,20	15.385,08	20.234,46	28.396,80
2.18 MAPA	Exame	43	93,88	130,01	212,47	4.036,84	5.590,43	9.136,21
2.19 Nasofibroscopia	Exame	10	95,12	148,45	238,70	951,20	1.484,50	2.387,00
2.20 Função aspirativa PAAF	Exame	10	214,10	285,22	387,34	2.141,00	2.852,20	3.873,40
2.21 Função aspirativa por agulha grossa	Exame	10	214,10	285,22	387,34	2.141,00	2.852,20	3.873,40
2.22 Radiologia	Exame	373	51,99	64,75	111,90	19.388,47	24.151,75	41.589,50
2.23 Teste ergométrico	Exame	32	165,45	210,34	287,31	5.294,40	6.730,88	9.193,92
2.24 Tomografia	Exame	513	124,67	211,57	253,89	63.955,71	108.535,41	130.245,57
2.25 Ultrassonografia	Exame	238	75,28	100,12	130,97	17.916,64	23.828,56	31.170,86
2.26 Urodinâmica	Exame	10	304,92	493,02	671,01	3.049,20	4.930,20	6.710,10
2.27 Videolaringoscopia	Exame	10	95,12	148,45	238,70	951,20	1.484,50	2.387,00
TOTAL	Exame	5.696				252.076,24	356.206,57	493.778,77
3. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (c/HM e c/ Mat/Med)								
3.1 Hemodiálise	Sessão	480	1.279,48	1.623,18	1.666,39	614.150,40	779.126,40	799.867,20
3.2 Pct de treinamento de diálise peritonial	Cpt	36	1.279,48	1.623,18	1.666,39	46.061,28	58.434,48	59.990,04
						660.211,68	837.560,88	859.857,24
4. TRANSPORTE DE PACIENTES								
4.1 Locação de 1 (um) ônibus (min. 28 lugares)	Km	12.000	5,90	5,90	5,90	70.800,00	70.800,00	70.800,00
4.2 Locação de 1 (um a) VAN (min. 15 lugares)	Km	12.000	3,72	3,72	3,72	44.640,00	44.640,00	44.640,00
						115.440,00	115.440,00	115.440,00
CUSTEIO MENSAL ESTIMADO						**1.607.930,95**	**2.066.154,49**	**2.504.925,53**
CUSTEIO ESTIMADO 6 (SEIS) MESES						**9.647.585,70**	**12.396.926,94**	**15.029.553,17**

1 - Utilizado o relatório do Painel Comparativo de Custos/KPIH no período de 10/2022 a 09/2023 da Policlínica de POSSE, base KPIH, para precificação das linhas de contratação.

2 - Exames de Biópsias Gerais não foram precificados por ser um procedimento que deverá ser realizado no ato da consulta/procedimento, estando assim embutidos nos valores das consultas/procedimentos.

3 – Para precificação da Locação de ônibus, foi utilizado o menor preço encontrado na pesquisa, sendo PE nº 12023, UASG nº 180033, Ministério da Defesa 17/07/2023.

4 – Para precificação de VAN, foi utilizado a média dos valores encontrados na Pesquisa junto ao site Banco de Preços.

5 -Utilizado o relatório do Painel Comparativo de Custos/KPIH no período de 10/2022 a 09/2023 do HUGO, base KPIH, para precificação da consulta Odontológica.

26. CERTIFICAÇÃO DE QUE OS VALORES CALCULADOS ESTÃO ADSTRITOS AO CUMPRIMENTO DOS RESULTADOS ESPERADOS

26.1. Informa-se que a composição do custeio baseou-se no Anexo Técnico I, sendo compilado e demonstrado por esta Gerência de Custos neste Anexo Técnico IV.

26.2. O mencionado Anexo Técnico I foi exarado pelas Superintendências de Políticas e Atenção Integral à Saúde - SPAIS e de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG, que conforme suas expertises técnicas, definiram as linhas assistenciais mais adequadas para a unidade de saúde, levando-se em consideração o seu perfil assistencial e a região abrangida.

26.3. Em momento subsequente, esta Gerência de Custos realizou a Estimativa de Custeio Operacional da unidade, que levou em conta os serviços indicados pelas referidas Superintendências, sua produção média e capacidade instalada, tal procedimento se deu no bojo deste Anexo IV, que explica, de forma detalhada, todas as peculiaridades envolvidas na sistemática da precificação, tais quais a utilização do percentil, memória de cálculo e valores mensais estimados.

26.4. Considerando ainda a Natureza de Fomento do Termo de Colaboração, que pressupõe repasses prévios por parte da Administração, buscou-se calcular um valor realista que não permita falta de recursos na unidade e consequente desassistência, e também a evitar repasses descomedidos. Contudo, há de se ponderar que os gastos das unidades sofrem variações ao longo do tempo e de acordo com a decorrência do aumento ou diminuição das demandas.

26.5. Ressalta-se também que, ao longo da execução do termo de colaboração, há a possibilidade de se adequar o repasse às necessidades da unidade, para correção de alguma distorção superveniente. Esta situação é natural ao se considerar a natureza de fomento dos termos de colaboração.

26.6. Assim, **certificamos** que os valores calculados estão adstritos ao cumprimento dos resultados esperados, e que não há excesso que implique em desperdício ao erário, ou escassez que comprometa a gestão da unidade pública, bem como o montante pecuniário estimado foi calculado obedecendo às necessidades de custeio dos serviços a serem prestados na **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis**.

Referência Bibliográfica:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia. Ed. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006.

Avila MAG, Fusco SFB, Gonçalves IR, Caldeira SM, Padovani CR, Yoo HHB. Tempo de limpeza e preparo de sala: relação com o porte cirúrgico e perspectivas profissionais. Rev Gaúcha Enferm. 2014 jun;35(2):131-139. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42525.

Anexo nº V - SISTEMA DE REPASSE - SES/GEC - 21282

Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis

27. REGRAS E CRONOGRAMA DE REPASSE

27.1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

27.1.1. A atividade assistencial será pactuada conforme Anexo I - Especificações Técnicas **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis**, da Superintendência de Políticas e Atenção à Saúde – SPAIS elaborado em conjunto com a Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG.

27.1.2. Para o funcionamento da **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade Quirinópolis** foram considerados as seguintes linhas de serviços, para definição da produção estimada:

a) Atendimento Ambulatorial Médicas e Não Médicas (primeira consulta, interconsulta, consultas subsequentes (retornos), processos terapêuticos realizados por equipe multiprofissional);

b) Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais;

c) Consultas/Procedimentos Odontológicos;

d) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT: contemplará os pacientes atendidos na Policlínica e também será disponibilizado para a Rede de Saúde; e,

e) Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal).

27.1.3. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

27.1.4. Além das atividades de rotina, a Policlínica poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO I - Descritivo de Serviços.

28. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

28.0.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da **SES/GO, Portaria nº 426/2021** ou outra norma vigente.

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

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

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

28.0.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do termo de colaboração, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização da Policlínica pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no ANEXO I.

29. SISTEMA DE REPASSE

29.1. Considerando a metodologia de custeio por absorção utilizada, os serviços ofertados, verificados *in loco* e os cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização da **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis** é de **R$ 2.066.154,49 (dois milhões, sessenta e seis mil cento e cinquenta e quatro reais e quarenta e nove centavos)** no percentil ***P50.***

29.2. Do valor mensal, a parte fixa de 90% (noventa por cento) corresponde ao valor de **R$ 1.859.539,04 (um milhão, oitocentos e cinquenta e nove mil quinhentos e trinta e nove reais e quatro centavos)** e, para o período de **6 meses**, o valor de **R$ 11.157.234,24 (onze milhões, cento e cinquenta e sete mil duzentos e trinta e quatro reais e vinte e quatro centavos).**

29.3. Do valor mensal, a **parte variável de 10% (dez por cento)** corresponde ao valor **R$ 206.615,45 (duzentos e seis mil seiscentos e quinze reais e quarenta e cinco centavos)** e, para o período de **6 meses**, corresponde ao valor de **R$ 1.239.692,70 (um milhão, duzentos e trinta e nove mil seiscentos e noventa e dois reais e setenta centavos),** sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo.

29.4. Os repasses mensais poderão ser objeto de desconto caso não atinjam as metas estabelecidas para os indicadores de produção (modalidade de pactuação das atividades assistenciais) e Indicadores de Desempenho, assim, os percentuais de repasse serão de acordo com a tabela abaixo:

TABELA I - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO - 90% DO TERMO DE COLABORAÇÃO		
MODALIDADE DE PACTUALIZAÇÃO - METAS DE PRODUÇÃO		PORCENTAGEM (%)
1	Consultas médicas na atenção especializada	18,96
2	Consultas não médicas/multiprofissionais na atenção especializada	12,00
3	Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	1,63
4	Consultas/Procedimento Odontológicos	6,22
5	Clínica de Serviços Dialíticos	42,93
6	Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico - SADT	18,26
Total		**100%**

29.5. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 27.1.2 já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio descrita no Anexo IV.

29.6. Os pagamentos mensais dar-se-ão em conformidade com todo o disposto nos anexos IV e V.

29.7. Em todos os casos, a avaliação dos indicadores de desempenho será realizada trimestralmente, ou antes, mensalmente, diante da necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

29.8. A Secretaria de Estado da Saúde procederá também à análise dos dados ainda não homologados via SIGUS, assim como dos relatórios gerenciais, enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no .

29.9. O Sistema Integrado das Unidades de Saúde – SIGUS disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pela Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

29.10. A cada 06 (seis) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Termo de Colaboração, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

29.10.1. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

29.11. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, em andamento nas comissões, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos. E deverão ser enviadas **até o dia 10 (dez) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

29.12. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, ou antes, mensalmente, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, podendo gerar um ajuste financeiro a menor no mês ou meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador.

29.13. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados no mês ou meses subsequentes à análise dos indicadores**.

29.14. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o **PARCEIRO PRIVADO** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados, que estejam previstos neste ajuste;

29.15. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores de quantitativos e de desempenho.

29.16. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas**, a Organização da Sociedade Civil receberá prazo de 05 (cinco) dias corridos para defesa e contraditório.

29.16.1. Na medida em que os indicadores estiverem todos homologados no SIGUS, a OSC terá o prazo de 02 (dois) dois dias úteis do mês subsequente para apresentar defesa e contraditório.

29.17. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSC, a Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão - COMACG remeterá o parecer para anuência da gestão superior (Superintendência/Subsecretaria) e convalidação do Gestor da Pasta.

29.18. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios gerenciais de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao período avaliado.

29.19. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Termo de Colaboração, acordada entre as partes nas respectivas reuniões de Monitoramento e Avaliação.

29.20. A análise deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Termo de Colaboração em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

29.21. **Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa,** o nome do **PARCEIRO PRIVADO**, o número de inscrição o CNPJ/ME, o número do Termo de Colaboração, a denominação da unidade hospitalar administrada, a descrição do serviço prestado, os componentes deste serviço, o período de execução dos serviços e o número de horas aplicadas ao Termo, quando couber.

29.22. O **PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente**, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

29.23. Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

30. CRITÉRIOS DE REPASSE

30.1. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL - 90% DO TERMO DE COLABORAÇÃO

30.1.1. Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, mensalmente, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

30.1.2. A avaliação e análise das atividades pactuadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na *Tabela II - Repasse da atividade realizada conforme percentual de volume pactuado*, para o gerenciamento da **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis**

30.1.3. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II a seguir apresentada:

TABELA II – REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME PACTUADO, PARA O GERENCIAMENTO DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - UNIDADE QUIRINÓPOLIS

MODALIDADE DE PACTUAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Atendimento Ambulatorial Médicos Peso 18,96%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual das internações
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual das internações
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado as internações
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado as internações
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinados as internações
Atendimento Ambulatorial Não Médicos Peso 12,00%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do peso percentual das cirurgias
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado as cirurgias
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado as cirurgias
Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais Peso 1,63%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual dos procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual dos procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do peso percentual dos procedimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado aos procedimentos
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado aos procedimentos
Consultas/Procedimentos Odontológicos Peso 6,22%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
SADT Peso 18,26%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual dos exames/procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual dos exames procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
Serviços Dialíticos Peso 42,93%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual do serviço de hemodiálise
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual do serviço de hemodiálise
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do peso percentual do serviço de hemodiálise
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do peso percentual do serviço de hemodiálise
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do peso percentual do serviço de hemodiálise

30.2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO - 10% DO TERMO DE COLABORAÇÃO

30.2.1. Os valores percentuais apontados no Anexo Técnico I – **Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago.

30.2.2. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados no mês ou nos meses subsequentes ao período de avaliação, que ocorrerá **em regime trimestral ou antes, mensal, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

30.2.3. Cada indicador de Desempenho acima descrito terá avaliada a sua performance calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$PCM = \frac{VA \times 100}{VM}$$

Onde:

PCM= Percentual de Cumprimento da Meta;

VA= Valor Atingido;

VM= Valor da Meta.

30.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

PCM= (1 – [(VA- VM) / VM]) x 100

30.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela III a seguir.

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	10
80,00% até 89,99%	9
70,00% até 79,99%	8
60,00% até 69,99%	7
50,00% até 59,99%	6
< 50%	0

30.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir:

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

30.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

TABELA IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100%
9 a 9,9 pontos	100%
8 a 8,9 pontos	90%
7 a 7,9 pontos	80%
6 a 6,9 pontos	70%
5 a 5,9 pontos	60%
Menor que 5 pontos	ZERO

30.6.1. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSC. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO** o **lançamento dos dados** em seu site eletrônico, para análise por meio de *link (gerado pela OSC)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO.

30.6.2. A Organização da Sociedade Civil deverá atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2009, às Leis de Acesso à Informação Federal nº 12.527/11 e Estadual nº 18.025/13, à Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás e à Instrução Normativa nº 1/2019 da Controladoria-Geral do Estado de Goiás.

30.6.3. Poderão ser aplicadas penalidades ao **PARCEIRO PRIVADO** em caso de reincidência no descumprimento das solicitações quanto ao portal da transparência e em concordância com regulamentação definida pela SES-GO.

30.7. É esse, portanto, o sistema de repasse para a presente unidade definido pela SES/GO.

Ressalta-se que cada área técnica foi responsável pela elaboração de parte deste documento, conforme expertise e área de atuação, subscrevendo em comum o documento apenas para efeitos práticos. Neste sentido, o Anexo I - Especificações Técnicas foi elaborado pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde / Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, o Anexo II - Ensino e Pesquisa pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos, foi elaborado pela Gerência de Gestão de Pessoas / Superintendência de Gestão Integrada e os Anexos IV – Estimativa de Custeio e V – Sistema de Repasse, pela Gerência de Custos / Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios.

Documento assinado eletronicamente por **ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO, Usuário Externo**, em 25/07/2024, às 19:39, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR, Secretário (a) de Estado**, em 25/07/2024, às 19:59, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **62857181** e o código CRC **C3033CE5**.

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

O documento pertencente a este item está disposto na página seguinte.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DECLARAÇÃO DE INDEFERIMENTO DO PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CEBAS

Ref.: Chamamento Público nº 09/2024

Pela presente DECLARAÇÃO, o INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS – IPGSE, sociedade civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0001-51, com sede na Rua Avelino de Faria, nº 200 – Setor Central – Rio Verde, Estado de Goiás, 75.901-140, vem, por meio de seu Diretor Presidente, **ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO**, informar que o processo administrativo de requerimento de Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS, protocolado no Ministério da Saúde em 01/07/2022, sob o Processo Administrativo SEI nº 25000.093616/2022-61, foi INDEFERIDO.

Tal indeferimento foi formalizado por meio da Portaria SAES/MS nº 1.656, de 14 de maio de 2024, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 17 de maio de 2024.

Ademais, esclarecemos que este indeferimento ocorre nos termos do artigo 9º do Decreto nº 11.791/2023, que regula os procedimentos e critérios para a concessão e renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS.

Por fim, informamos que o IPGSE tem interesse em solicitar o CEBAS novamente em um momento oportuno e breve, conforme as normas pertinentes.

Rio Verde (GO), 03 de outubro de 2024.

Tabelionato

ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO
Diretor Presidente
INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS – IPGSE

Marilia Gabrielle Araújo Cunha
Escrevente Notarial
Registro Civil Tabelionato de Notas Rio Verde - GO

CARTÓRIO TEIXEIRA
OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE-GO
EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL
Av. Universitária Quadra 06, Lote 20 - Jardim Presidente - CEP: 75.909-415 - Rio Verde - Goiás - Tel.: (64) 3720-1003 / (64) 294-1188 - 2050 (Rio)

01022410075643824300964 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por Semelhança a assinatura de INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTAO DE SERVICOS ESPECIALIZADOS IPGSE representado por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO. Dou fe.
*GAF*FAY7KLXC9-2418889-13* Emolumentos: R$6,67 Fundos Estaduais: R$1,42 ISS: R$0,33
Rio Verde, 09 de outubro de 2024.
Em Testº da Verdade
Kamylla Oliveira Viana-Escrevente notarial

001398

3.1.6 Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC Proponente

Os documentos pertencentes a este item estão dispostos nas páginas seguintes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

certificado

Certificado: N°1149-007-1054 | Validade: 09/2025

ACREDITADO

ONA

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS

CNPJ: 18.176.322/0002-32

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Instituto Qualisa de Gestão - IQG, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2022, Norma de Serviços Hospitalares sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO

São Paulo, 28 de Setembro de 2023

CARTÓRIO TEIXEIRA
OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE-GO
EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL
Av. Universitária, Quadra 08, Lote 20 - Jardim Presidente - CEP: 75.908-935 - Rio Verde - Goiás - Fone: (64) 99202-7503 / 3214 2916-1968 / 3050-8007

01022409210111524330008 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

Autentico a presente fotocópia por conferir com o original que me foi apresentado. Dou fé. *RKGS*GIY0L09-48256E-85* Emolumentos: R$16,67, Fundes Estaduais: R$3,54, ISS: R$0,83

Rio Verde, 24 de setembro de 2024.

Em Testemunho da Verdade
Vitória Rodrigues Santiago Escrevente coord. notarial

Registro Civil e Tabelionato de Notas de Rio Verde
Evandro Antunes Teixeira

Organização Nacional De Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

ONA Organização Nacional de Acreditação

IQG INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO

ISQua Institutional Member 2023-2024 | IEEA Accredited Organisation 2021-2025 | IEEA | ISQuaEEA Accredited Standards 2023-2027

Entidades Fundadoras e Associadas

abramge | CNSaúde | FBH | FenaSaúde | CMB | SBAC | Unimed

001400

São Paulo, 28 de Setembro de 2023

DECLARAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO

A Organização Nacional de Acreditação – ONA, CNPJ: 03.243.617/0001-26 sito na Rua Bela Cintra, 986, 10º andar, conjunto 101, na cidade de São Paulo, Brasil, declara para fins de certificação que o Hospital Estadual De Santa Helena De Goiás, inscrito no CNPJ: 18.176.322/0002-32, foi certificado como ACREDITADO , com validade até 28/09/2025.

Fabio Gastal
Presidente

3.2 Estrutura da Gestão

3.2.1 Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo.

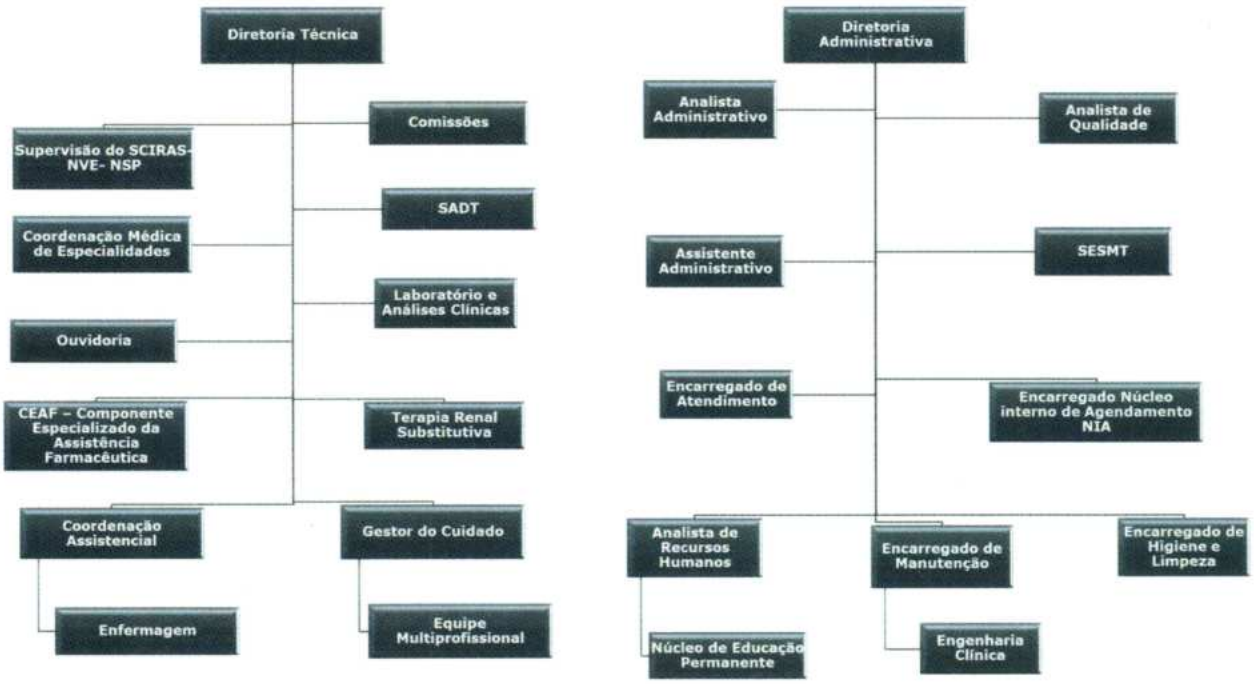


Figura 161 – Organograma da Policlinica de Quirinópolis.

DIRETOR ADMINISTRATIVO CBO: 1231-05

Requisito: Possuir formação em Nível Superior Completo. Pós-graduação em Administração Hospitalar, Gestão de Serviços da Saúde ou afins, com registro profissional regular para o exercício da profissão.

Experiência: mínima de 01 (um) ano em unidade de saúde.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

HABILIDADES NECESSÁRIAS

Competências individuais do cargo: Gestão eficiente do tempo, habilidade em lidar com as emoções, cultivo de relações humanizadas, compreensão abrangente de sistemas, orientação para alcançar resultados, direcionador de soluções, dedicação ao atendimento ao cliente interno e externo, capacidade de decisão em situações de pressão, princípios éticos e integridade, liderança na gestão de equipes, proficiência em gerenciamento de crises e conflitos, conhecimentos em informática.

Competências Essenciais: Relacionamento interpessoal e trabalho em equipe, atendimento humanizado, foco no cliente.

Unidade de lotação: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

ATRIBUIÇÕES:

Executar as resoluções abrangentes nas instalações da Policlínica, dentro da esfera de competência; formular planos estratégicos; organizar, liderar, coordenar e supervisionar as operações da unidade; gerenciar a Policlínica garantindo a regularidade de seu funcionamento de acordo com obrigações contratuais e regulamentos, incluindo o cumprimento das diretrizes das unidades administrativas, procedimentos de gestão e instruções de operação; rever minuciosamente os dados fornecidos pelos setores para a composição dos relatórios financeiros mensais, a fim de garantir sua precisão, conforme exigências contratuais e padrões institucionais; manter registros e licenças atualizados para as atividades sujeitas a tais requisitos; participar das reuniões de prestação de contas com a Direção Financeira e Presidência o IPGSE; apresentar os indicadores contratuais junto a Secretaria do Estado de Saúde de Goiás; manter comunicação frequente com os líderes das atividades administrativas e avaliar regularmente o desempenho, buscando a máxima precisão e alinhamento de metas e resultados; garantir a segurança e bem-estar físico e mental dos colaboradores e profissionais, tomando as medidas necessárias; convocar e presidir reuniões mensais com subordinados diretos, documentando as decisões tomadas; garantir que todas as unidades administrativas possuam um conjunto de procedimentos operacionais padrão (POP's); manter as informações informativas das atividades administrativas atualizadas usando as ferramentas apropriadas; fomentar, orientar, supervisionar e estimular atividades de educação e pesquisa; definir e avaliar atividades administrativas para atender às necessidades dos usuários, identificando, qualificando e distribuindo conforme as equipes e horários definidos pela instituição; manter sistemas de avaliação contínua por meio de instrumentos específicos para medir o desempenho da equipe

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

administrativa e a qualidade dos serviços prestados; participar e colaborar em comissões pertinentes à administração; planejar e orientar o uso adequado dos espaços físicos relacionados à administração, oferecendo opiniões sobre modificações necessárias; incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos que contribuam para o desenvolvimento profissional; propor medidas visando a coesão e equilíbrio da equipe administrativa; participar, junto ao Diretor Técnico, das reuniões com Líderes dos setores assistenciais; preparar a correspondência relacionada às áreas sob sua supervisão; manter o regimento dos serviços administrativos atualizado; adotar um comportamento ético e profissional rigoroso; cumprir e fazer cumprir as políticas internas da instituição; realizar outras atividades inerentes ao cargo.

DIRETOR TÉCNICO CBO: 1312-05

Requisito: Possuir formação em Nível Superior Completo em Medicina. Pós-graduação em Administração Hospitalar, Gestão de Serviços da Saúde, com registro profissional regular para o exercício da profissão.

Experiência: Mínima de 2 (dois) anos.

HABILIDADES NECESSÁRIAS

Competências individuais do cargo: Gestão eficiente do tempo, habilidade em lidar com as emoções, cultivo de relações humanizadas, compreensão abrangente de sistemas, orientação para alcançar resultados, direcionador de soluções, dedicação ao atendimento ao cliente interno e externo, capacidade de decisão em situações de pressão, princípios éticos e integridade, liderança na gestão de equipes, proficiência em gerenciamento de crises e conflitos, conhecimentos em informática.

Competências Essenciais: Relacionamento interpessoal e trabalho em equipe, atendimento humanizado, foco no cliente.

Unidade de lotação: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ATRIBUIÇÕES:

Estruturar os serviços assistenciais de acordo com as particularidades da unidade, elaborando e garantindo a observância do regulamento do serviço de assistência; adotar e aplicar a política de gestão estipulada pelo IPGSE em conjunto com a SES/GO; assegurar a conformidade e execução das leis trabalhistas, regulamentos externos, códigos e diretrizes internas; cultivar um padrão de comportamento ético rigoroso e supervisionar a conduta ética dos profissionais em geral; velar pela preservação dos edifícios, instalações, equipamentos, mobiliário, maquinário, instrumentos e buscar a melhor utilização possível dos recursos; comunicar aos colaboradores e demais profissionais o organograma, missão, visão e valores; gerir as atividades do Corpo Clínico da Policlínica, garantindo a regularidade de seu funcionamento, conforme obrigações contratuais e regulamentos vigentes, incluindo os regimentos das unidades assistenciais, unidades administrativas, unidades de apoio, procedimentos de gestão e instruções de trabalho; conceber, planejar, organizar, liderar, orientar, delegar e monitorar os setores sob sua supervisão; instituir uma avaliação contínua dos serviços sob sua responsabilidade, propondo ações para aperfeiçoar constantemente a assistência humanizada e de qualidade ao usuário; contribuir na elaboração do planejamento estratégico de médio e longo prazo; adotar todas as medidas necessárias para garantir a segurança, saúde física e mental dos colaboradores e profissionais; manter em dia os registros e licenças dos serviços sujeitos a regulamentação; manter comunicação regular com os responsáveis pelas áreas sob sua direção e outras diretorias; analisar e gerar relatórios mensais, mantendo informações atualizadas da Policlínica para embasar decisões; participar ou liderar comissões sempre que pertinentes à administração ou assuntos correlatos; convocar, liderar e conduzir reuniões conforme necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais, documentando as decisões em atas para orientar a qualidade da assistência, necessidades dos serviços e programas de melhoria contínua; participar do processo de seleção de médicos, quando necessário; supervisionar o desenvolvimento dos colaboradores em suas áreas de atuação, alinhado à política de gestão de pessoas e ao enfoque de competências; emitir pareceres e informações para expedientes e processos relacionados à medicina; desempenhar atividades designadas pelo Diretor Administrativo; estabelecer e buscar recursos humanos necessários para a prestação de atendimento Médico em diversas Especialidades, buscando cuidado integral ao usuário; manter registros abrangentes para cada médico, contendo pelo menos: credenciamento do Corpo Clínico, cópias autenticadas da documentação conforme regulamento, registros de incidentes, e comprovantes de pagamento das anuidades ao CRM Regional; supervisionar, elaborar e divulgar escalas de plantão das equipes médicas, garantindo sua observância; assessorar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético para várias

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

atividades do Corpo Clínico Médico; desempenhar todas as outras responsabilidades inerentes ao cargo ocupado.

COMISSÕES E NÚCLEOS

Comissão de Ética Médica;

Comissão de Ética Multiprofissional;

Comissão de Biossegurança;

Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (CCIRAS);

Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);

Comissão Interna de Prevenção de Acidente (CIPA);

Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

Comissão de Farmácia Terapêutica;

Comissão de Proteção Radiológica;

Comitê de Compliance;

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT);

Comissão Interna de Qualidade;

Comissão de Humanização;

Comissão de Eventos;

Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3.2.2 Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência.

Os documentos pertencentes a este item estão dispostos nas páginas seguintes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

AUTENTICAÇÃO

FACULDADE METROPOLITANA

CERTIFICADO

A FAMEESP - Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo, Instituição de Ensino Superior credenciada pela Portaria MEC nº 1.956, de 07 de novembro de 2019, certifica para os devidos fins que,

LUIZ EDUARDO VERAS E SILVA

portador(a) do RG 770180 SSP/TO, concluiu o Curso de Especialização em "MBA em Gestão Hospitalar" - Pós-Graduação "Lato-Sensu", de acordo com a Resolução CNE/CES Nº. 1 de 06 de Abril de 2018, com duração de 600 horas.

Ribeirão Preto, 03 de Maio de 2021

Antonio Marcos Neves Esteca
Secretário Acadêmico

Elder Borges da Silva
Diretor Geral



AUTENTICAÇÃO

Curso de Especialização em "MBA em Gestão Hospitalar"

Histórico Escolar				
Disciplinas	**CH**	**Nota**	**Professor**	**Titulação**
INTRODUÇÃO À GESTÃO HOSPITALAR E SAÚDE	50 Horas	6.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
CONCEITO DE HOSPITAL	50 Horas	8.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
ADMINISTRADOR HOSPITALAR	50 Horas	6.0	Julia Cintra Terra	Especialista
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL HOSPITALAR E LEGISLAÇÕES	50 Horas	6.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	50 Horas	10.0	Juliana Leonardo de Oliveira Bergamini	Mestra
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	50 Horas	8.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE IMAGEM, UNIDADES FECHADAS, BANCO DE SANGUE E AMBULATÓRIO, EMERGÊNCIA E PRONTO-SOCORRO	50 Horas	6.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
PROCESSO GERENCIAL, ÁREAS PRODUTIVAS, CENTROS DE RESULTADOS E PROCESSO ASSISTENCIAL	50 Horas	10.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE I	50 Horas	8.0	Julia Cintra Terra	Especialista
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE II	50 Horas	6.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE III	50 Horas	6.0	Juliana Leonardo de Oliveira Bergamini	Mestra
HOTELARIA, HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO	50 Horas	8.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
Carga Horária Total	**600 Horas**			

Declaramos que a FAMEESP cumpriu todas as disposições da presente resolução CNE/CES nº, 1, de 06 de Abril de 2018. O curso foi realizado no período de **04 de November de 2020** a **03 de May de 2021**



Autenticidade do Certificado:

462860bcec29fa5f95e96c37f57a785c

Para verificar a autenticidade desse certificado acesse: estudesemfronteiras.com. Ou utilize o QRCode ao lado.

FAMEESP - Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo credenciada pela Portaria EAD MEC nº 1.956 de 07 de novembro de 2019. Certificado registrado sob nº 106824, no livro 1, página 2125. Por delegação de competência do Ministério da Educação nos termos da resolução CNE/CES nº 1 de 06 de Abril de 2018.

Ribeirão Preto - SP, 03 de Maio de 2021



AUTENTICAÇÃO



IDBRA732543631273254363191<<<8
9006197M3402085BRA<<<<<<<<<<<8
EDUARDO<VERAS<E<SILVA<<LUIZ<<<

AUTENTICAÇÃO



Raulliene Christina P. Franco
Escrevente
2º Notas, Protestos RTDPJ

1410

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com titulação de especialista em gestão hospitalar.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório

Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024

2º OFÍCIO

Luiz Eduardo Veras e Silva
RG: 770.180 | SPP/TO
CPF: 732.543.631-91

1411



Faculdade Delta

Auxiliando na Conquista do Futuro!

CNPJ/MF: 07.653.555/0001-81 | RECREDENCIAMENTO PORTARIA-MEC Nº 432, DE 28 DE ABRIL DE 2020.
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Av. São Carlos, 911 - Jd. Planalto. Goiânia-GO
www.faculdadedelta.edu.br



Certificado

O Diretor Acadêmico da Faculdade Delta certifica que

KARLA BEZERRA MARSURA MARQUES

concluiu o Curso

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR E SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE

promovido pela Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu, realizado nos termos da Resolução nº 1/2018, 06/04/18, do CNE-CES/MEC, no período de MAI/2021 A AGO/2021 *com carga horaria de* 360 *horas.*

Goiânia, 20 de AGOSTO de 2021

Dr. LEOMAR ALVES DE SOUZA
Diretor Acadêmico

Karla Bezerra Marsura Marques
Aluno(a)
CPF: 893.899.721-91

ALMESINDA M. DE OLIVEIRA FERNANDES
Coordenação de Pós-Graduação

001412

001713

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR E SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA CURRICULAR - PERÍODO: MAIO/2021 A AGOSTO/2021

SEM/ANO	DISCIPLINA	H/A	FREQ	MF	RESULTADO	DOCENTE RESPONSÁVEL	QUALIFICAÇÃO
2º/2021	AUDITORIA HOSPITALAR E PLANOS DE SAÚDE	20	100%	9,5	APROVADO	DANIELLE PERDIGÃO OLIVEIRA E RIBEIRO	MESTRE
2º/2021	ACREDITAÇÃO QUALIDADE E CERTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	20	100%	10	APROVADO	CRISTINA ALVES BERNARDES	MESTRE
1º/2021	COMUNICAÇÃO E ATENDIMENTO AO CLIENTE	15	100%	10	APROVADO	FERNANDA COSTA NUNES	DOUTORA
2º/2021	CORRESPONDÊNCIA E INTEGRAÇÃO ENTRE OS REQUISITOS DA ACREDITAÇÃO ONA E CERTIFICAÇÃO ISO 9001	20	100%	10	APROVADO	CRISTINA ALVES BERNARDES	MESTRE
1º/2021	DINÂMICA DAS RELAÇÕES HUMANAS COMUNICAÇÃO E TRABALHO EM EQUIPE	15	100%	10	APROVADO	FERNANDA COSTA NUNES	DOUTORA
2º/2021	EPIDEMIOLOGIA GERENCIAL E BIOESTATÍSTICA	20	100%	10	APROVADO	XISTO SENA PASSOS	DOUTOR
1º/2021	FINANÇAS APLICADAS Á SÁUDE AVALIÇÃO E CONTROLE	15	100%	9,0	APROVADO	DEBORA FLORES RODRIGUES	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE CUSTOS EM SAÚDE	15	100%	9,0	APROVADO	DEBORA FLORES RODRIGUES	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE PROJETOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE	15	100%	9,0	APROVADO	DEBORA FLORES RODRIGUES	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA DO PACIENTE	15	100%	7,0	APROVADO	JANINE ALVES SANTOS	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE SEVIÇOS EM SAÚDE	20	100%	10	APROVADO	XISTO SENA PASSOS	DOUTOR
1º/2021	INTRODUÇÃO E GESTÃO HOSPITALAR	10	100%	10	APROVADO	HAILANE NAYARA MARTINS	ESPECIALISTA
2º/2021	INDICADORES HOSPITALARES E FERRAMENTAS PARA QUALIDADE: LINHA DE CUIDADO ASSISTENCIAL	20	100%	10	APROVADO	CRISTINA ALVES BERNARDES	MESTRE
1º/2021	MARKETING NA SAÚDE E HOTELARIA HOSPITALAR	15	100%	7,0	APROVADO	DANIELA ULIANA REIGADO	ESPECIALISTA
1º/2021	PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE	15	100%	10	APROVADO	HAILANE NAYARA MARTINS	ESPECIALISTA
1º/2021	POLÍTICAS DE SAÚDE E LEGISLAÇÃO	15	100%	9,0	APROVADO	CHEILA MARINA DE LIMA	ESPECIALISTA
2º/2021	REDAÇÃO CIENTÍFICA E METODOLOGIA	20	100%	9,5	APROVADO	LUDIMILA CRISTINA SOUZA SILVA	DOUTORA
1º/2021	RELACIONAMENTO INTERPESSOAL TERAPÊUTICO E BIOÉTICA	15	100%	10	APROVADO	FERNANDA COSTA NUNES	DOUTORA
2º/2021	SISTEMA DE INFORMAÇÃO: PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	20	100%	9,0	APROVADO	LUIZ VINICIUS DE ALCANTARA SOUSA	DOUTOR
2º/2021	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	40	100%	9,5	APROVADO	LUDIMILA CRISTINA SOUZA SILVA	DOUTORA
	Carga horária total	360					

Título do Trabalho de Conclusão:
VISITA TÉCNICA NO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN EM AGOSTO DE 2021: CULTURA DE SEGURANÇA

FACULDADE DELTA

Certificado registrado sob nº 196 Fls. 067 do livro 02

Goiânia, 23 de Agosto de 2021

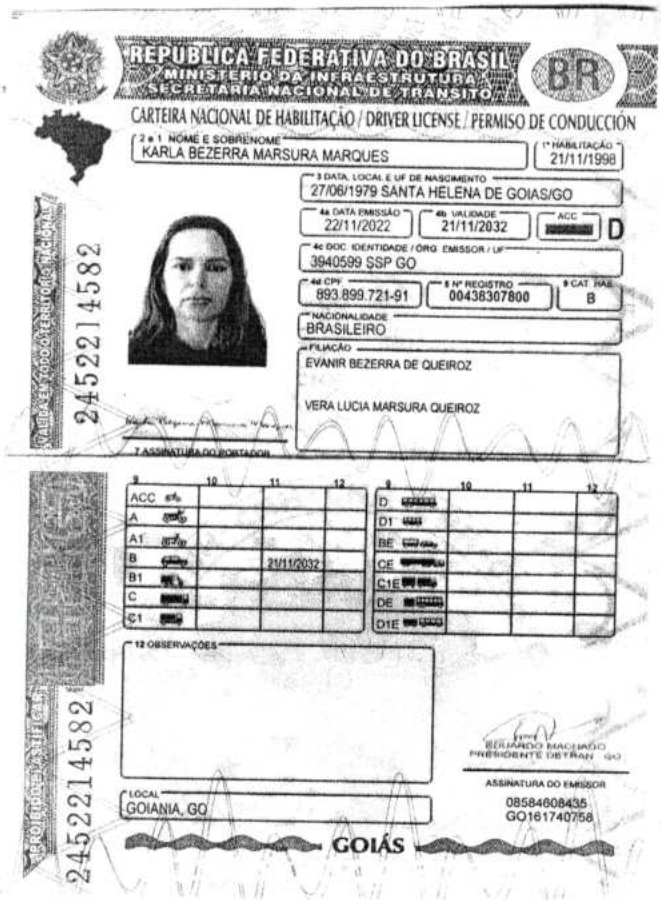
SECRETÁRIA

OBSERVAÇÕES:

A média mínima de aproveitamento é sete (7,0) e a frequência exigida por disciplina é de 75%.

Este curso de Especialização Lato Sensu observa o disposto na Resolução nº 1 de junho de 2007, do Conselho Regional de Educação/Câmara de Educação Superior.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIAS
025718AA041539
Selo 03342409243003424330013
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do documento original. Dou fé. Santa Helena de Goias, 30 de setembro de 2024 - 14:23:22h.
Em Test da Verdade
Juliana Ferreira Candida
(Escrevente-Sub Oficial)
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE NOTAS
JULIANA FERREIRA CÂNDIDA
ESCREVENTE - SUB OFICIAL
CPF 851.338.761-49
QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

BR

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2 e 1. NOME E SOBRENOME
KARLA BEZERRA MARSURA MARQUES

1ª HABILITAÇÃO
21/11/1998

3. DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO
27/06/1979 SANTA HELENA DE GOIAS/GO

4a. DATA EMISSÃO
22/11/2022

4b. VALIDADE
21/11/2032

ACC

D

4c. DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
3940599 SSP GO

4d. CPF
893.899.721-91

5. Nº REGISTRO
00438307800

9. CAT. HAB.
B

NACIONALIDADE
BRASILEIRO

FILIAÇÃO
EVANIR BEZERRA DE QUEIROZ
VERA LUCIA MARSURA QUEIROZ

7. ASSINATURA DO PORTADOR

2452214582

	9	10	11	12
ACC				
A				
A1				
B			21/11/2032	
B1				
C				
C1				

	9	10	11	12
D				
D1				
BE				
CE				
C1E				
DE				
D1E				

12 OBSERVAÇÕES

EDUARDO MACHADO
PRESIDENTE DETRAN GO

ASSINATURA DO EMISSOR
08584608435
GO161740758

LOCAL
GOIANIA, GO

GOIÁS

2452214582



2 e 1. Nome e Sobrenome / Name and Surname / Nombre y Apellidos – Primeira Habilitação / First Driver License / Primera Licencia de Conducir – 3. Data e Local de Nascimento / Date and Place of Birth DD/MM/YYYY / Fecha y Lugar de Nacimiento – 4a. Data de Emissão / Issuing Date DD/MM/YYYY / Fecha de Emisión – 4b. Data de Validade / Expiration Date DD/MM/YYYY / Valido Hasta – ACC – 4c. Documento Identidade - Órgão emissor / Identity Document - Issuing Authority / Documento de Identificación - Autoridad Expedidora – 4d. CPF – 5. Número de registro da CNH / Driver License Number / Número de Permiso de Conducir – 9. Categoria de Veículos da Carteira de Habilitação / Driver license Class / Categoría de Permisos de Conducir – Nacionalidade / Nationality / Nacionalidad – Filiação / Filiation / Filiación – 12. Observações / Observations / Observaciones - Local / Place / Lugar

I<BRA004383078<001<<<<<<<<<<<
7906271F3211212BRA<<<<<<<<<<<6
KARLA<<BEZERRA<MARSURA<MARQUES

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DE GOIAS

025718AA041546

Selo 03342409243003424300014

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do documento original. Dou fe. Santa Helena de Goias, 30 de setembro de 2024 - 16:42:51h.

Em Test[illegible] da Verdade

Juliana Ferreira Candida

Juliana Ferreira Candida
(Escrevente)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
E TABELIONATO DE NOTAS
JULIANA FERREIRA CÂNDIDA
ESCREVENTE - SUB OFICIAL
CPF 851 338 761 49
SANTA HELENA DE GOIÁS GO

"QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO"

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
E TABELIONATO DE NOTAS
EM BRANCO
SANTA HELENA DE GOIÁS - GO

001414

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com titulação de especialista em administração hospitalar.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório



Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024

Karla Bezerra Marsura Marques

KARLA BEZERRA MARSURA MARQUES
RG: 3940599 | SSP/GO
CPF: 893.899.721-91

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Faculdade Delta

Auxiliando na Conquista do Futuro!

CNPJ/MF. 07.653.555/0001-81 | RECREDENCIAMENTO PORTARIA-MEC Nº 432, DE 28 DE ABRIL DE 2020.
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Av. São Carlos, 911 - Jd. Planalto, Goiânia-GO
www.faculdadedelta.edu.br

REGISTRO 2º OFÍCIO
3641-1664
SANTA HELENA DE GOIÁS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS 026567AA113338
2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás - GO
Fones: (64) 3641-1664 / 3641-3784
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original. Dou Fé.
Santa Helena de Goiás-GO, 03 de Outubro de 2024 às 13:41.
Daniela Maciel de Oliveira
Escrevente Autorizada
Emol.: R$4,99, Fundoc: R$1,06, ISS: R$0,25, Total: R$6,30.
Selo: 00512410013150224330034
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/buscas
'QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO'

Certificado

O Diretor Acadêmico da Faculdade Delta certifica que

TIAGO ANTUNES CAIXETA

concluiu o Curso

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR E SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE

promovido pela Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu, realizado nos termos da Resolução nº 1/2018, 06/04/18, do CNE-CES/MEC, no período de MAI/2021 A AGO/2021 *com carga horaria de* 360 *horas.*

Goiânia, 20 de AGOSTO de 2021

Dr. LEOMAR ALVES DE SOUZA
Diretor Acadêmico

Aluno(a)
CPF: 007.734.021-36

ALMESINDA M. DE OLIVEIRA FERNANDES
Coordenação de Pós-Graduação

001/16

001417

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR E SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA CURRICULAR - PERÍODO: MAIO/2021 A AGOSTO/2021

SEM/ANO	DISCIPLINA	H/A	FREQ	MF	RESULTADO	DOCENTE RESPONSÁVEL	QUALIFICAÇÃO
2º/2021	AUDITORIA HOSPITALAR E PLANOS DE SAÚDE	20	100%	8,0	APROVADO	DANIELLE PERDIGÃO OLIVEIRA E RIBEIRO	MESTRE
2º/2021	ACREDITAÇÃO QUALIDADE E CERTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	20	100%	10	APROVADO	CRISTINA ALVES BERNARDES	MESTRE
1º/2021	COMUNICAÇÃO E ATENDIMENTO AO CLIENTE	15	100%	8,0	APROVADO	FERNANDA COSTA NUNES	DOUTORA
2º/2021	CORRESPONDÊNCIA E INTEGRAÇÃO ENTRE OS REQUISITOS DA ACREDITAÇÃO ONA E CERTIFICAÇÃO ISO 9001	20	100%	10	APROVADO	CRISTINA ALVES BERNARDES	MESTRE
1º/2021	DINÂMICA DAS RELAÇÕES HUMANAS COMUNICAÇÃO E TRABALHO EM EQUIPE	15	100%	8,0	APROVADO	FERNANDA COSTA NUNES	DOUTORA
2º/2021	EPIDEMIOLOGIA GERENCIAL E BIOESTATÍSTICA	20	100%	10	APROVADO	XISTO SENA PASSOS	DOUTOR
1º/2021	FINANÇAS APLICADAS Á SÁUDE AVALIÇÃO E CONTROLE	15	100%	9,0	APROVADO	DEBORA FLORES RODRIGUES	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE CUSTOS EM SAÚDE	15	100%	9,0	APROVADO	DEBORA FLORES RODRIGUES	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE PROJETOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE	15	100%	9,0	APROVADO	DEBORA FLORES RODRIGUES	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA DO PACIENTE	15	100%	10	APROVADO	JANINE ALVES SANTOS	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE SEVIÇOS EM SAÚDE	20	100%	10	APROVADO	XISTO SENA PASSOS	DOUTOR
1º/2021	INTRODUÇÃO E GESTÃO HOSPITALAR	10	100%	10	APROVADO	HAILANE NAYARA MARTINS	ESPECIALISTA
2º/2021	INDICADORES HOSPITALARES E FERRAMENTAS PARA QUALIDADE: LINHA DE CUIDADO ASSISTENCIAL	20	100%	10	APROVADO	CRISTINA ALVES BERNARDES	MESTRE
1º/2021	MARKETING NA SAÚDE E HOTELARIA HOSPITALAR	15	100%	7,0	APROVADO	DANIELA ULIANA REIGADO	ESPECIALISTA
1º/2021	PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE	15	100%	10	APROVADO	HAILANE NAYARA MARTINS	ESPECIALISTA
1º/2021	POLÍTICAS DE SAÚDE E LEGISLAÇÃO	15	100%	9,0	APROVADO	CHEILA MARINA DE LIMA	ESPECIALISTA
2º/2021	REDAÇÃO CIENTÍFICA E METODOLOGIA	20	100%	9,8	APROVADO	LUDIMILA CRISTINA SOUZA SILVA	DOUTORA
1º/2021	RELACIONAMENTO INTERPESSOAL TERAPÊUTICO E BIOÉTICA	15	100%	8,0	APROVADO	FERNANDA COSTA NUNES	DOUTORA
2º/2021	SISTEMA DE INFORMAÇÃO: PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	20	100%	9,8	APROVADO	LUIZ VINICIUS DE ALCANTARA SOUSA	DOUTOR
2º/2021	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	40	100%	9,0	APROVADO	LUDIMILA CRISTINA SOUZA SILVA	DOUTORA
	Carga horária total	360					

Título do Trabalho de Conclusão:
REGULAÇÃO DO ACESSO CONSULTAS ESPECIALIZADAS

FACULDADE DELTA

Certificado registrado sob nº 203 Fls. 068 do livro 022

Goiânia, 23 de Agosto de 2021

SECRETÁRIA

OBSERVAÇÕES:

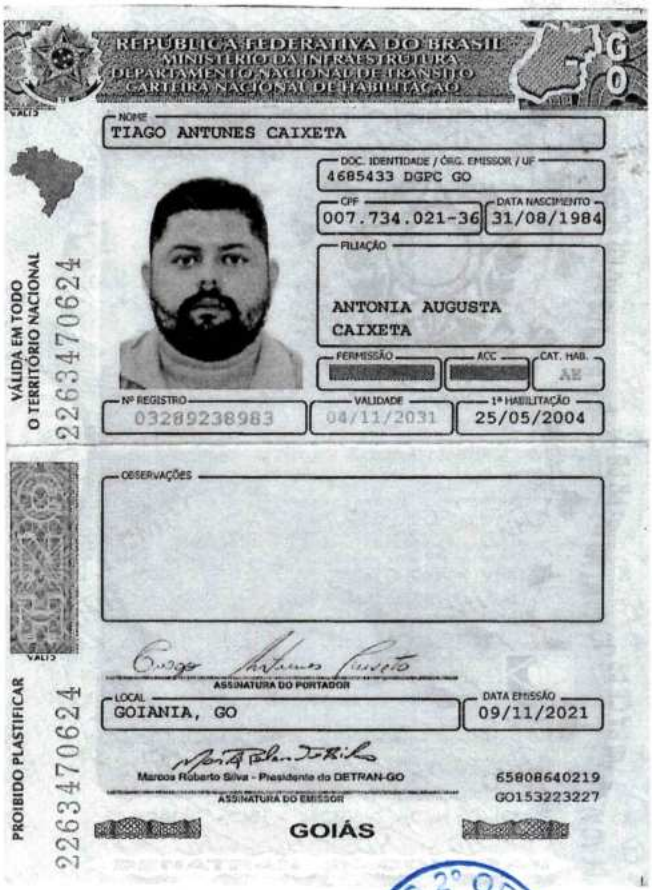
A média mínima de aproveitamento é sete (7,0) e a frequência exigida por disciplina é de 75%.

Este curso de Especialização Lato Sensu observa o disposto na Resolução nº 1 de junho de 2007, do Conselho Regional de Educação/Câmara de Educação Superior.

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

CARTÓRIO 2º OFÍCIO 664 SANTA HELENA DE GOIÁS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS 026567AA113339
2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás - GO
Fones: (64) 3641-1664 / 3641-3784
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original. Dou Fé.
Santa Helena de Goiás-GO, 08 de Outubro de 2024 às 13:41
Daniela Maciel de Oliveira
Escrevente Autorizada
Emol.: R$4,99, Fundos: R$1,06, ISS: R$0,25, Total: R$6,30.
Selo: 00512410013150224330035
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/buscas
'QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO'



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

GO

NOME
TIAGO ANTUNES CAIXETA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
4685433 DGPC GO

CPF
007.734.021-36

DATA NASCIMENTO
31/08/1984

FILIAÇÃO
ANTONIA AUGUSTA
CAIXETA

PERMISSÃO | ACC | CAT. HAB.
AE

Nº REGISTRO
03289238983

VALIDADE
04/11/2031

1ª HABILITAÇÃO
25/05/2004

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
02634706 24

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GOIANIA, GO

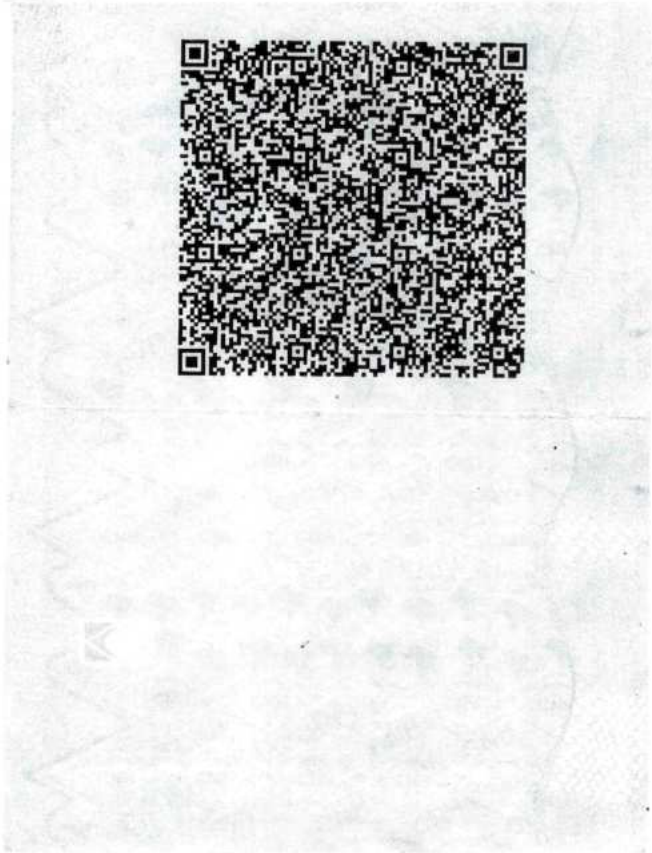
DATA EMISSÃO
09/11/2021

Marcos Roberto Silva - Presidente do DETRAN-GO
ASSINATURA DO EMISSOR

65808640219
GO153223227

GOIÁS

PROIBIDO PLASTIFICAR
02634706 24





CARTÓRIO 2º OFÍCIO
SANTA HELENA DE GOIÁS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS
026567AA113337

2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás - GO
Fones: (64) 3641-1664 / 3641-3784

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original. Dou Fé.
Santa Helena de Goiás-GO, 03 de Outubro de 2024 às 13:41.

Daniela Maciel de Oliveira
Escrevente Autorizada

Emol.: R$4,99, Fundos: R$1,06, ISS: R$0,25, Total: R$6,30.
Selo: 00512410013150224330033
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/buscas

"QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO"

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

001418

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com titulação de especialista em administração hospitalar.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório



Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024

TIAGO ANTUNES CAIXETA
RG: 4.685.433 | DGPC/GO
CPF: 007.734.021-36

Faculdade Delta

Auxiliando na Conquista do Futuro!

CNPJ/MF: 07.653.555/0001-81 | RECREDENCIAMENTO PORTARIA-MEC Nº 432, DE 28 DE ABRIL DE 2020.
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Av. São Carlos, 911 - Jd. Planalto. Goiânia-GO
www.faculdadedelta.edu.br

SANTA HELENA DE GOIÁS
CPF 851 338 761 49
ESCREVENTE - SUB OFICIAL
JULIANA FERREIRA CÂNDIDA
E TABELIONATO DE NOTAS
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL



Certificado

O Diretor Acadêmico da Faculdade Delta certifica que

LOIANNY SEVERO SOARES DE ALMEIDA

concluiu o Curso

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR E SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE

promovido pela Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu, realizado nos termos da Resolução nº 1/2018, 06/04/18, do CNE-CES/MEC, no período de MAI/2021 A AGO/2021 *com carga horaria de* 360 *horas.*

Goiânia, 20 de AGOSTO de 2021

Dr. LEOMAR ALVES DE SOUZA
Diretor Acadêmico

Aluno(a)
CPF: 018.001.581-81

ALMESINDA M. DE OLIVEIRA FERNANDES
Coordenação de Pós-Graduação

001420

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR E SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA CURRICULAR - PERÍODO: MAIO/2021 A AGOSTO/2021

SEM/ANO	DISCIPLINA	H/A	FREQ	MF	RESULTADO	DOCENTE RESPONSÁVEL	QUALIFICAÇÃO
2º/2021	AUDITORIA HOSPITALAR E PLANOS DE SAÚDE	20	100%	9,5	APROVADO	DANIELLE PERDIGÃO OLIVEIRA E RIBEIRO	MESTRE
2º/2021	ACREDITAÇÃO QUALIDADE E CERTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	20	100%	10	APROVADO	CRISTINA ALVES BERNARDES	MESTRE
1º/2021	COMUNICAÇÃO E ATENDIMENTO AO CLIENTE	15	100%	7,0	APROVADO	FERNANDA COSTA NUNES	DOUTORA
2º/2021	CORRESPONDÊNCIA E INTEGRAÇÃO ENTRE OS REQUISITOS DA ACREDITAÇÃO ONA E CERTIFICAÇÃO ISO 9001	20	100%	10	APROVADO	CRISTINA ALVES BERNARDES	MESTRE
1º/2021	DINÂMICA DAS RELAÇÕES HUMANAS COMUNICAÇÃO E TRABALHO EM EQUIPE	15	100%	7,0	APROVADO	FERNANDA COSTA NUNES	DOUTORA
2º/2021	EPIDEMIOLOGIA GERENCIAL E BIOESTATÍSTICA	20	100%	9,0	APROVADO	XISTO SENA PASSOS	DOUTOR
1º/2021	FINANÇAS APLICADAS Á SÁUDE AVALIÇÃO E CONTROLE	15	100%	9,0	APROVADO	DEBORA FLORES RODRIGUES	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE CUSTOS EM SAÚDE	15	100%	9,0	APROVADO	DEBORA FLORES RODRIGUES	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE PROJETOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE	15	100%	9,0	APROVADO	DEBORA FLORES RODRIGUES	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA DO PACIENTE	15	100%	8,0	APROVADO	JANINE ALVES SANTOS	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE SEVIÇOS EM SAÚDE	20	100%	9,0	APROVADO	XISTO SENA PASSOS	DOUTOR
1º/2021	INTRODUÇÃO E GESTÃO HOSPITALAR	10	100%	10	APROVADO	HAILANE NAYARA MARTINS	ESPECIALISTA
2º/2021	INDICADORES HOSPITALARES E FERRAMENTAS PARA QUALIDADE: LINHA DE CUIDADO ASSISTENCIAL	20	100%	10	APROVADO	CRISTINA ALVES BERNARDES	MESTRE
1º/2021	MARKETING NA SAÚDE E HOTELARIA HOSPITALAR	15	100%	7,0	APROVADO	DANIELA ULIANA REIGADO	ESPECIALISTA
1º/2021	PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE	15	100%	10	APROVADO	HAILANE NAYARA MARTINS	ESPECIALISTA
1º/2021	POLÍTICAS DE SAÚDE E LEGISLAÇÃO	15	100%	9,0	APROVADO	CHEILA MARINA DE LIMA	ESPECIALISTA
2º/2021	REDAÇÃO CIENTÍFICA E METODOLOGIA	20	100%	9,0	APROVADO	LUDIMILA CRISTINA SOUZA SILVA	DOUTORA
1º/2021	RELACIONAMENTO INTERPESSOAL TERAPÊUTICO E BIOÉTICA	15	100%	7,0	APROVADO	FERNANDA COSTA NUNES	DOUTORA
2º/2021	SISTEMA DE INFORMAÇÃO: PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	20	100%	9,0	APROVADO	LUIZ VINICIUS DE ALCANTARA SOUSA	DOUTOR
2º/2021	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	40	100%	9,5	APROVADO	LUDIMILA CRISTINA SOUZA SILVA	DOUTORA
	Carga horária total	360					

Título do Trabalho de Conclusão:
VISITA TÉCNICA NO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN EM AGOSTO DE 2021: CULTURA DE SEGURANÇA

FACULDADE DELTA

Certificado registrado sob nº 198 Fls. 067 do livro 032

Goiânia, 23 de Agosto de 2021

SECRETÁRIA

OBSERVAÇÕES:

A média mínima de aproveitamento é sete (7,0) e a frequência exigida por disciplina é de 75%.

Este curso de Especialização Lato Sensu observa o disposto na Resolução nº 1 de junho de 2007, do Conselho Regional de Educação/Câmara de Educação Superior.



001421



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

GO

NOME
LOIANNY SEVERO SOARES DE ALMEIDA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
42811202X SSP SP

CPF
018.001.581-81

DATA NASCIMENTO
02/07/1985

FILIAÇÃO
BENEDITO SOARES DE OLIVEIRA
LENAIR SEVERO DUTRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
04846800095

VALIDADE
18/11/2024

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2009

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1962311652

OBSERVAÇÕES
A

Loianny Severo Soares de Almeida
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GOIANIA, GO

DATA EMISSÃO
25/11/2019

Marcos Roberto Silva - Presidente do DETRAN-GO
ASSINATURA DO EMISSOR

72684845925
GO139997784

GOIÁS

*PROIBIDO PLASTIFICAR
1962311652

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS

025718AA041530

Selo 03342409743003424330011

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do documento original. Dou fé. Santa Helena de Goiás, 30 de setembro de 2024 - 13:08:43h.

Em Test[illegible] da Verdade

Juliana Ferreira Cândida
(Escrevente)

*QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
E TABELIONATO DE NOTAS
JULIANA FERREIRA CÂNDIDA
ESCREVENTE - SUB OFICIAL
CPF 851 338 761 49
SANTA HELENA DE GOIÁS GO

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
E TABELIONATO DE NOTAS
EM BRANCO
SANTA HELENA DE GOIÁS - GO

001422

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com titulação de especialista em administração hospitalar.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório



Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024

Loianny S S. de Almeida

LOIANNY SEVERO SOARES ALMEIDA
RG: 42.811.202 - X | SSP/SP
CPF: 018.001.581-81

Certificado

FACULDADE FACUMINAS DE PÓS-GRADUAÇÃO

Portaria de credenciamento nº 148, de 08 de março de 2022.

O Diretor Geral em exercício da **FACULDADE FACUMINAS**, no uso de suas atribuições legais, confere o título de Especialista a

Romero Leão Giovannetti

nacionalidade **brasileira**, portador(a) do RG nº **23608** e do CPF nº **890.972.201-06**, tendo em vista a conclusão do curso de **Pós-graduação Lato Sensu** em **GESTÃO EM SAÚDE E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR**, integralizado no período de **18 de dezembro de 2023** a **14 de maio de 2024**, outorgando-lhe o presente CERTIFICADO, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Guarulhos, 15 de maio de 2024

Rian Adriano Duarte de Souza
Vice Diretor

Romero Leão Giovannetti
Aluno(a)

Margarete Faria
Secretária Acadêmica

1º SERVIÇO NOTARIAL DE RIO VERDE

AUTENTICAÇÃO

01832409113082724390002 - Consulte em selodigital.tjgo.jus.br/consultas

Certifico que a presente fotocópia é reprodução fiel do documento original que foi conferida em meio digital ou eletrônico "0040" 402555".
Dou fé.

Rio Verde - Goiás, 13 de setembro de 2024
Leonardo Azevedo Cezar - Escrevente

Serviço Notarial de Rio Verde
Leonardo Azevedo Cezar
Escrevente Autorizado

001424

HISTÓRICO ESCOLAR

Pós-graduação Lato Sensu
CURSO: **GESTÃO EM SAÚDE E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR**
ALUNO: Romero Leão Giovannetti
ÁREA DE CONHECIMENTO: SAÚDE E BEM-ESTAR
CARGA HORÁRIA TOTAL: 700 H/A

FACULDADE FACUMINAS

PORTARIA DE CREDENCIAMENTO
Nº 148, DE 08/03/2022
PUBLICADA
NO D.O.U. DE 10/03/2022

REGISTRO Nº FA1090396

LIVRO: 972 FOLHA: 2190

GUARULHOS,

15 DE maio DE 2024

DISCIPLINA	CH (H/A)	FREQ	NOTA	PROFESSOR	TITULAÇÃO
ÉTICA GERAL E PROFISSIONAL	60	100%	90	FÁBIO CARDOSO DOS SANTOS	DOUTOR
DOCÊNCIA DO ENSINO SUPERIOR	60	100%	100	ROSANA SILVA LANA	DOUTORA
DIREITOS HUMANOS	60	100%	100	JOVELINA NOÊMIA JÔ DE CARVALHO	DOUTORA
LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS - LIBRAS	60	100%	100	MARCOS SILVEIRA PEREIRA	ESPECIALISTA
METODOLOGIA CIENTÍFICA	60	100%	100	VINICIUS RAMOS PAES DE LIMA	MESTRE
INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS	50	100%	100	CARPEGIERI TOREZANI	MESTRE
GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES	50	100%	100	ALEXSANDRO MARCIO DA SILVA	MESTRE
GESTÃO DE PESSOAS	50	100%	100	FERNANDA RAMOS FERREIRA	ESPECIALISTA
QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	50	100%	90	MANUEL CAMELA RAFAEL	DOUTOR
GESTÃO DE DESEMPENHO EM SAÚDE	50	100%	100	MARIA LUISA DE BARROS FERREIRA GONÇALVES	ESPECIALISTA
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA ÁREA DA SAÚDE	50	100%	80	ALEXSANDRO MARCIO DA SILVA	MESTRE
PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	50	100%	90	RAFAEL LUDOVICO MOREIRA	MESTRE
AUDITORIA E GESTÃO DA QUALIDADE	50	100%	100	ROSELENE CREPALDI	DOUTORA

57cee69c-bdb2-4f41-ae1b-1d208e407d4L

FACUMINAS FACULDADE DE PÓS GRADUAÇÃO 26.934.799/0001-87

ALUNO(A) DISPENSADO(A) DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO Nº 1, DE 6 DE ABRIL DE 2018, EMITIDA PELO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE/CES).

DECLARAÇÃO:
A IES declara que o curso de especialização cumpriu todas as disposições da Resolução CNE/CES Nº 1 de 06/04/2018.

1º SERVIÇO NOTARIAL DE RIO VERDE
Rua Rafael Nascimento, 466 - Centro - CEP:75.901-200 - Rio Verde - Goiás
CNPJ/MF:02.847.101/0001-38 Fone/Fax: (64) 3051-0988

AUTENTICAÇÃO

01832409113092724390003 Consulte em https://see.tjgo.jus.br/buscas

Certifico que a presente fotocópia é reprodução fiel do documento original que foi conferida em meio digital ou eletrônico. "0040" 402564".
Dou fé.

Rio Verde - Goiás, 13 de setembro de 2024.
Leonardo Azevedo Cezar - Escrevente

"QUALQUER ESCREVENTE DA ESTE DOCUMENTO"

Leonardo Azevedo Cezar
Escrevente Autorizado

001425





1º SERVIÇO NOTARIAL DE RIO VERDE
Rua Rafael Nascimento, [illegible] - Centro - CEP 75.901-200 - Rio Verde - Goiás
CNPJ/MF 02.847.[illegible]/0001-29 Fone/Fax: (64) 3651-0988

AUTENTICAÇÃO

01832409112900724330081 - Consulte em https://see.tjgo.jus.br/buscas

Certifico que a presente fotocópia é reprodução fiel do documento original que me foi apresentado. "0040 402541". Dou fé.
Rio Verde - Goiás, 13 de setembro de 2024.
Leonardo Azevedo Cezar - Escrevente

"QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO"

EM BRANCO

EM BRANCO

001426

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com titulação de especialista em administração hospitalar.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório

Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024

Tabelionato

ROMERO LEÃO GIOVANNETTI
RG: 23608 | OAB/GO
CPF: 890.972.201-06

001427



CARTÓRIO TEIXEIRA

OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE-GO

EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL

Av. Universitária, Quadra 04, Lote 20 - Jardim Presidente - CEP: 75.908-155 - Rio Verde - Goiás - Fone: (64) 94202-1503 / (64) 294-1488 / 3050-1007

01022410034406424300876 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

Reconheço por verdadeiro a assinatura de ROMERO LEÃO GIOVANNETTI. Dou fé. *WRTA*FEQ6XALBH-723551-11*

Emolumentos: R$6,67, Fundos Estaduais: R$1,42, ISS: R$0,33

Rio Verde, 07 de outubro de 2024.

Em Test° da Verdade

Vitória Rodrigues Santiago-Escrevente coord. notarial

Evandro Antunes Teixeira
Tabelião e Oficial de Registro

001428

Faculdade Delta
Auxiliando na Conquista do Futuro!
CNPJ/MF: 07.653.555/0001-81 | RECREDENCIAMENTO PORTARIA-MEC Nº 432, DE 28 DE ABRIL DE 2020.
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Av. São Carlos, 911 - Jd. Planalto, Goiânia-GO
www.faculdadedelta.edu.br

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS BA 517.977
2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás - GO
Fones: (64) 3641-1664 / 3641-3784
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original. Dou Fé.
Santa Helena de Goiás-GO, 30 de Setembro de 2024 às 13:04.
Daniela Maciel de Oliveira
Escrevente Autorizada
Emol.: R$4,99. Fundos: R$1,06. ISS: R$0,26. Total: R$6,30.
Selo: 00512409233116924330079
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/buscase
QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO
CARTÓRIO 2º OFÍCIO

Certificado

O Diretor Acadêmico da Faculdade Delta certifica que

ANNE CAROLINE AFONSO DE REZENDE

concluiu o Curso

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR E SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE

promovido pela Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu, realizado nos termos da Resolução nº 1/2018, 06/04/18, do CNE-CES/MEC, no período de MAI/2021 A AGO/2021 *com carga horaria de* 360 *horas.*

Goiânia, 20 de AGOSTO de 2021

p/ Dr. LEOMAR ALVES DE SOUZA
Diretor Acadêmico

Anne Caroline Afonso de Rezende
Aluno(a)
CPF: 970.684.701-49

ALMESINDA M. DE OLIVEIRA FERNANDES
Coordenação de Pós-Graduação

001429

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR E SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA CURRICULAR - PERÍODO: MAIO/2021 A AGOSTO/2021

SEM/ANO	DISCIPLINA	H/A	FREQ	MF	RESULTADO	DOCENTE RESPONSÁVEL	QUALIFICAÇÃO
2º/2021	AUDITORIA HOSPITALAR E PLANOS DE SAÚDE	20	100%	9,5	APROVADO	DANIELLE PERDIGÃO OLIVEIRA E RIBEIRO	MESTRE
2º/2021	ACREDITAÇÃO QUALIDADE E CERTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	20	100%	10	APROVADO	CRISTINA ALVES BERNARDES	MESTRE
1º/2021	COMUNICAÇÃO E ATENDIMENTO AO CLIENTE	15	100%	7,0	APROVADO	FERNANDA COSTA NUNES	DOUTORA
2º/2021	CORRESPONDÊNCIA E INTEGRAÇÃO ENTRE OS REQUISITOS DA ACREDITAÇÃO ONA E CERTIFICAÇÃO ISO 9001	20	100%	10	APROVADO	CRISTINA ALVES BERNARDES	MESTRE
1º/2021	DINÂMICA DAS RELAÇÕES HUMANAS COMUNICAÇÃO E TRABALHO EM EQUIPE	15	100%	7,0	APROVADO	FERNANDA COSTA NUNES	DOUTORA
2º/2021	EPIDEMIOLOGIA GERENCIAL E BIOESTATÍSTICA	20	100%	9,0	APROVADO	XISTO SENA PASSOS	DOUTOR
1º/2021	FINANÇAS APLICADAS Á SÁUDE AVALIÇÃO E CONTROLE	15	100%	8,0	APROVADO	DEBORA FLORES RODRIGUES	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE CUSTOS EM SAÚDE	15	100%	8,0	APROVADO	DEBORA FLORES RODRIGUES	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE PROJETOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE	15	100%	8,0	APROVADO	DEBORA FLORES RODRIGUES	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA DO PACIENTE	15	100%	7,0	APROVADO	JANINE ALVES SANTOS	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE SEVIÇOS EM SAÚDE	20	100%	9,0	APROVADO	XISTO SENA PASSOS	DOUTOR
1º/2021	INTRODUÇÃO E GESTÃO HOSPITALAR	10	100%	10	APROVADO	HAILANE NAYARA MARTINS	ESPECIALISTA
2º/2021	INDICADORES HOSPITALARES E FERRAMENTAS PARA QUALIDADE: LINHA DE CUIDADO ASSISTENCIAL	20	100%	10	APROVADO	CRISTINA ALVES BERNARDES	MESTRE
1º/2021	MARKETING NA SAÚDE E HOTELARIA HOSPITALAR	15	100%	7,0	APROVADO	DANIELA ULIANA REIGADO	ESPECIALISTA
1º/2021	PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE	15	100%	10	APROVADO	HAILANE NAYARA MARTINS	ESPECIALISTA
1º/2021	POLÍTICAS DE SAÚDE E LEGISLAÇÃO	15	100%	9,0	APROVADO	CHEILA MARINA DE LIMA	ESPECIALISTA
2º/2021	REDAÇÃO CIENTÍFICA E METODOLOGIA	20	100%	9,5	APROVADO	LUDIMILA CRISTINA SOUZA SILVA	DOUTORA
1º/2021	RELACIONAMENTO INTERPESSOAL TERAPÊUTICO E BIOÉTICA	15	100%	7,0	APROVADO	FERNANDA COSTA NUNES	DOUTORA
2º/2021	SISTEMA DE INFORMAÇÃO: PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	20	100%	9,1	APROVADO	LUIZ VINICIUS DE ALCANTARA SOUSA	DOUTOR
2º/2021	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	40	100%	8,5	APROVADO	LUDIMILA CRISTINA SOUZA SILVA	DOUTORA
	Carga horária total	360					

Título do Trabalho de Conclusão:
RESILIÊNCIA EM TEMPOS DE PANDEMIA

FACULDADE DELTA

Certificado registrado sob nº 190 Fls. 065 do livro 022

Goiânia, 23 de Agosto de 2021

SECRETÁRIA

OBSERVAÇÕES:

A média mínima de aproveitamento é sete (7,0) e a frequência exigida por disciplina é de 75%.

Este curso de Especialização Lato Sensu observa o disposto na Resolução nº 1 de junho de 2007, do Conselho Regional de Educação/Câmara de Educação Superior.

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

CARTÓRIO 2º OFÍCIO 3641 SANTA HELENA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS BA 517.978
2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás - GO
Fones: (64) 3641-1664 / 3641-3784
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original. Dou Fe
Santa Helena de Goiás-GO, 30 de Setembro de 2024 às 13:04
Daniela Maciel de Oliveira
Escrevente Autorizada
Emol.: R$4,99, Fundos: R$1,06, ISS: R$0,25. Total: R$6,30
Selo: 00512409233116924330080
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/buscas
"QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO"

001430



2 e 1. Nome e Sobrenome / Name and Surname / Nombre y Apellidos – Primeira Habilitação / First Driver License / Primera Licencia de Conducir – 3. Data e Local de Nascimento / Date and Place of Birth DD/MM/YYYY / Fecha y Lugar de Nacimiento – 4a. Data de Emissão / Issuing Date DD/MM/YYYY / Fecha de Emisión – 4b. Data de Validade / Expiration Date DD/MM/YYYY / Valido Hasta – ACC – 4c. Documento Identidade - Órgão emissor / Identity Document - Issuing Authority / Documento de Identificación - Autoridad Expedidora – 4d. CPF – 5. Número de registro da CNH / Driver License Number / Número de Permiso de Conducir – 9. Categoria de Veículos da Carteira de Habilitação / Driver license Class / Categoria de Permisos de Conducir – Nacionalidade / Nationality / Nacionalidad – Filiação / Filiation / Filiación – 12. Observações / Observations / Observaciones - Local / Place / Lugar

I<BRA032905399<501<<<<<<<<<<<<
8201098F2509183BRA<<<<<<<<<<<0
ANNE<<CAROLI<AFONSO<DE<REZENDE

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRANSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2 e 1 NOME E SOBRENOME: ANNE CAROLINE AFONSO DE REZENDE
1ª HABILITAÇÃO: 26/05/2004
3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO: 09/01/1982 GOIANDIRA/GO
4a DATA EMISSÃO: 06/05/2024
4b VALIDADE: 18/09/2025
ACC: [redacted] D
4c DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 4071078 SSP GO
4d CPF: 970.684.701-49
5 Nº REGISTRO: 03290539950
9 CAT. HAB.: B
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
FILIAÇÃO: DANIEL ALVES DE REZENDE
ELZA AFONSO DE REZENDE
7 ASSINATURA DO PORTADOR

	9	10	11	12
ACC				
A				
A1				
B			18/09/2025	
B1				
C				
C1				

	9	10	11	12
D				
D1				
BE				
CE				
C1E				
DE				
D1E				

13 OBSERVAÇÕES: A

LOCAL: GOIANIA, GO

Delegado Waldir
PRESIDENTE DETRAN-GO
ASSINATURA DO EMISSOR
38568864146
GO173972772

GOIÁS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2790425579

PROIBIDO DA ASTIFICAR
2790425579

CARTÓRIO 2º OFÍCIO
3641-1664
SANTA HELENA DE GOIÁS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIAS BA 517.976
2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goias - GO
Fones: (64) 3641-1664 / 3641-3784

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original. Dou Fé.
Santa Helena de Goiás-GO, 30 de Setembro de 2024 às 13:04.

Daniela Maciel de Oliveira
Escrevente Autorizada

Emol.: R$4,99, Fundos: R$1,06, ISS: R$0,25, Total: R$6,30.
Selo: 00512409233116924330078
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/buscas

"QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO"

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO





001431

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com titulação de especialista em administração hospitalar.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório

Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024



ANNE CAROLINE AFONSO DE REZENDE

RG: 4.071.078 2a | SSP/GO

CPF: 970.684.701-49

001432

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Faculdade Delta

Auxiliando na Conquista do Futuro!

CNPJ MF 07.653.555/0001-81 | RECREDENCIAMENTO PORTARIA-MEC Nº 432, DE 28 DE ABRIL DE 2020.
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Av. São Carlos, 911 - Jd. Planalto, Goiânia-GO
www.faculdadedelta.edu.br

CARTÓRIO 2º 3541-1564 SANTA HELENA DE GOIÁS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS
2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás - 028567AA115772
Fones: (64) 3541-1664 / 3641-3784
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original. Dou Fé.
Santa Helena de Goiás-GO, 03 de Outubro de 2024 às 13:07.
Deborah da Silva Carraro Mecenas
Escrevente Autorizada
Emol.: R$4,99, Fundos: R$1,06, ISS: R$0,25, Total: R$6,30.
Selo: 00512410013150224330031
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/buscar
"QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO"

Certificado

O Diretor Acadêmico da Faculdade Delta certifica que

ARIANY CRISTINA MARQUES SILVA

concluiu o Curso

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR E SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE

promovido pela Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu, realizado nos termos da Resolução nº 1/2018, 06/04/18, do CNE-CES/MEC, no período de MAI/2021 A AGO/2021 *com carga horaria de* 360 *horas.*

Goiânia, 20 de AGOSTO de 2021

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

001433

Dr. LEOMAR ALVES DE SOUZA
Diretor Acadêmico

Ariany Cristina Marques Silva
Aluno(a)
CPF: 034.590.091-01

ALMESINDA M. DE OLIVEIRA FERNANDES
Coordenação de Pós-Graduação

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR E SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA CURRICULAR - PERÍODO: MAIO/2021 A AGOSTO/2021

SEM/ANO	DISCIPLINA	H/A	FREQ	MF	RESULTADO	DOCENTE RESPONSÁVEL	QUALIFICAÇÃO
2º/2021	AUDITORIA HOSPITALAR E PLANOS DE SAÚDE	20	100%	9,5	APROVADO	DANIELLE PERDIGÃO OLIVEIRA E RIBEIRO	MESTRE
2º/2021	ACREDITAÇÃO QUALIDADE E CERTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	20	100%	10	APROVADO	CRISTINA ALVES BERNARDES	MESTRE
1º/2021	COMUNICAÇÃO E ATENDIMENTO AO CLIENTE	15	100%	7,0	APROVADO	FERNANDA COSTA NUNES	DOUTORA
2º/2021	CORRESPONDÊNCIA E INTEGRAÇÃO ENTRE OS REQUISITOS DA ACREDITAÇÃO ONA E CERTIFICAÇÃO ISO 9001	20	100%	10	APROVADO	CRISTINA ALVES BERNARDES	MESTRE
2º/2021	DINÂMICA DAS RELAÇÕES HUMANAS COMUNICAÇÃO E TRABALHO EM EQUIPE	15	100%	7,0	APROVADO	FERNANDA COSTA NUNES	DOUTORA
1º/2021	EPIDEMIOLOGIA GERENCIAL E BIOESTATÍSTICA	20	100%	9,0	APROVADO	XISTO SENA PASSOS	DOUTOR
1º/2021	FINANÇAS APLICADAS Á SÁUDE AVALIÇÃO E CONTROLE	15	100%	9,0	APROVADO	DEBORA FLORES RODRIGUES	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE CUSTOS EM SAÚDE	15	100%	9,0	APROVADO	DEBORA FLORES RODRIGUES	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE PROJETOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE	15	100%	9,0	APROVADO	DEBORA FLORES RODRIGUES	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA DO PACIENTE	15	100%	7,0	APROVADO	JANINE ALVES SANTOS	ESPECIALISTA
1º/2021	GESTÃO DE SEVIÇOS EM SAÚDE	20	100%	9,0	APROVADO	XISTO SENA PASSOS	DOUTOR
1º/2021	INTRODUÇÃO E GESTÃO HOSPITALAR	10	100%	10	APROVADO	HAILANE NAYARA MARTINS	ESPECIALISTA
2º/2021	INDICADORES HOSPITALARES E FERRAMENTAS PARA QUALIDADE: LINHA DE CUIDADO ASSISTENCIAL	20	100%	10	APROVADO	CRISTINA ALVES BERNARDES	MESTRE
1º/2021	MARKETING NA SAÚDE E HOTELARIA HOSPITALAR	15	100%	7,0	APROVADO	DANIELA ULIANA REIGADO	ESPECIALISTA
1º/2021	PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE	15	100%	10	APROVADO	HAILANE NAYARA MARTINS	ESPECIALISTA
1º/2021	POLÍTICAS DE SAÚDE E LEGISLAÇÃO	15	100%	9,0	APROVADO	CHEILA MARINA DE LIMA	ESPECIALISTA
2º/2021	REDAÇÃO CIENTÍFICA E METODOLOGIA	20	100%	9,0	APROVADO	LUDIMILA CRISTINA SOUZA SILVA	DOUTORA
1º/2021	RELACIONAMENTO INTERPESSOAL TERAPÊUTICO E BIOÉTICA	15	100%	7,0	APROVADO	FERNANDA COSTA NUNES	DOUTORA
2º/2021	SISTEMA DE INFORMAÇÃO: PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	20	100%	9,0	APROVADO	LUIZ VINICIUS DE ALCANTARA SOUSA	DOUTOR
2º/2021	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	40	100%	9,5	APROVADO	LUDIMILA CRISTINA SOUZA SILVA	DOUTORA
	Carga horária total	360					

Título do Trabalho de Conclusão:
VISITA GUIADA AO HOSPITAL MUNICIPAL VILA SANTA CATARINA - EINSTEIN EXPERIENCE WEEK

FACULDADE DELTA

Certificado registrado sob nº 191 Fls. 065 do livro 0227

Goiânia, 23 de Agosto de 2021

SECRETÁRIA

OBSERVAÇÕES:

A média mínima de aproveitamento é sete (7,0) e a frequência exigida por disciplina é de 75%.

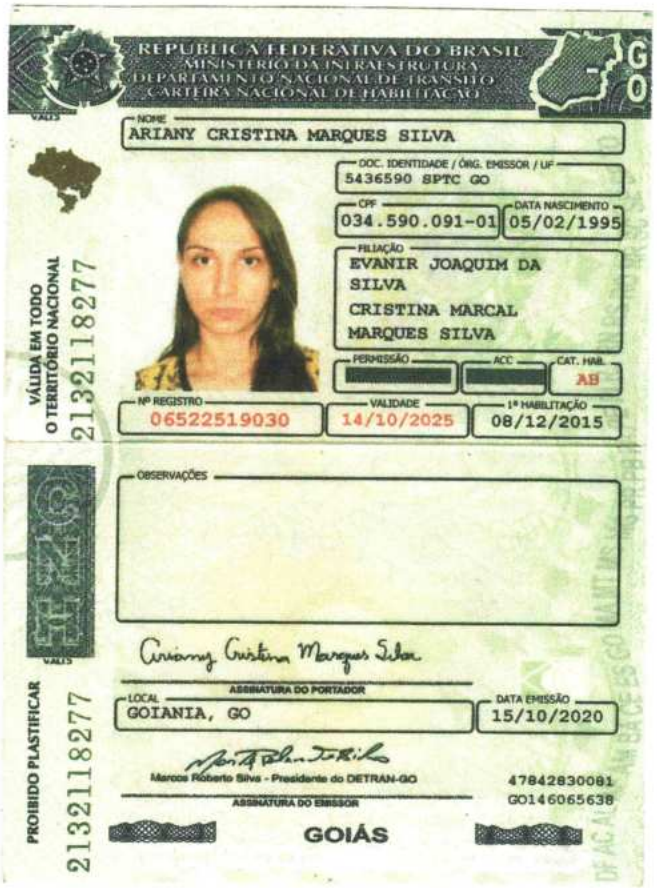
Este curso de Especialização Lato Sensu observa o disposto na Resolução nº 1 de junho de 2007, do Conselho Regional de Educação/Câmara de Educação Superior.

CARTÓRIO 2º OF

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS
2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás - GO 089567AA115773
Fones: (64) 3641-1664 / 3641-3784
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original. Dou Fé.
Santa Helena de Goiás-GO, 03 de Outubro de 2024 às 13:07.
Deborah da Silva Carraro Mecenas
Escrevente Autorizada
Emol.: R$4,99, Fundos: R$1,06, ISS: R$0,25, Total: R$6,30.
Selo: 00512410013150224330032
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/buscas
'QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO'

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

GO

NOME
ARIANY CRISTINA MARQUES SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5436590 SPTC GO

CPF
034.590.091-01

DATA NASCIMENTO
05/02/1995

FILIAÇÃO
EVANIR JOAQUIM DA SILVA
CRISTINA MARCAL MARQUES SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06522519030

VALIDADE
14/10/2025

1ª HABILITAÇÃO
08/12/2015

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2132118277

OBSERVAÇÕES

Ariany Cristina Marques Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GOIANIA, GO

DATA EMISSÃO
15/10/2020

Marcos Roberto Silva - Presidente do DETRAN-GO
ASSINATURA DO EMISSOR

47842830081
GO146065638

GOIÁS

PROIBIDO PLASTIFICAR
2132118277

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

CARTÓRIO 2º OFÍCIO
3541-1664

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS
2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás - 026567AA115771
Fones: (64) 3541-1664 / 3641-3784

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original. Dou Fé.
Santa Helena de Goiás-GO, 03 de Outubro de 2024 às 13:07.

Deborah da Silva Carraro Mecenas
Escrevente Autorizada

Emol.: R$4,99, Fundos: R$1,06, ISS: R$0,25, Total: R$6,30.
Selo: 00512410013150224330030
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/buscar

"QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO"

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

001435

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com titulação de especialista em administração hospitalar.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório

CARTÓRIO 2º OFÍCIO 3641-1664 HELENA GOIÁS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS
2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás - 026567AA115774
Fones: (64) 3541-1664 / 3641-3784
Reconheço por **AUTENTICIDADE** à assinatura indicada de **ARIANY CRISTINA MARQUES SILVA**, pessoa por mim devidamente identificada e por haver sido aposta em minha presença, do que DOU FÉ. Santa Helena de Goiás-GO, 03 de Outubro de 2024 às 13:09.
Deborah da Silva Carraro Mecenas
Escrevente Autorizada
Emol.: R$6,67, Fundos: R$1,41, ISS: R$0,33, Total: R$8,41.
Selo: 00512410012942024300149
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/buscas
'QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO'

Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024

Ariany Cristina Marques Silva

ARIANY CRISTINA MARQUES SILVA
RG: 5436590 | SPTC/GO
CPF: 034.590.091-01

CENTRO UNIVERSITÁRIO LEONARDO DA VINCI

UNIASSELVI
GRADUAÇÃO E PÓS

Recredenciado pela Portaria nº 763, de 18 de setembro de 2020, publicada no DOU de 21 de setembro de 2020, seção 1, página 119.

Certificamos que **Etiene Carla Miranda**, CPF 039.917.351-05, concluiu com êxito o curso de Pós-Graduação Lato Sensu em

Gestão Hospitalar

Promovido pelo CENTRO UNIVERSITÁRIO LEONARDO DA VINCI,
no período de 01 de Julho de 2020 a 28 de Fevereiro de 2022, totalizando 360 horas.

Indaial, 13 de maio de 2022.

Etiene Carla Miranda
Titulada

Assinatura realizada por meio de certificado ICP-Brasil

Prof. MSc. Carlos Fabiano Fistarol
Pró-Reitor de Pós-Graduação

2º OFÍCIO DE NOTAS - CARTÓRIO SCARIOT
Av. Presidente Vargas, 1240 - Setor Central - Rio Verde - GO - CEP: 75901-040
Fones: 64 3018-2289 / 64 99343-5400 - E-mail: 2oficiorv@gmail.com
GO
01272409136653624330154
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO
A presente fotocópia é reprodução fiel do documento que me foi apresentado, dou fé. (*0027). Total R$ 6,30. Rio Verde-GO, 20 de setembro de 2024 - 10:18:14h.
Adriane Moraes de Oliveira, Escrevente Notarial

https://diplomadigital.uniasselvi.com.br
Código de Validação
1472.1472.55de9c068bc9e990b86acded35bdfa77a01ca4d1a836cc7c41759de623b17c6d

001237

Curso de Especialização em **Gestão Hospitalar**
Histórico escolar de **Etiene Carla Miranda**

Disciplina	Professor-Autor	Titulação	Carga	Frequência	Conceito
Metodologia do Trabalho Científico	Renata Silva	Mestrado	40	F/S	A
Gestão de Pessoas	María Marcela Fernández de Claro	Doutorado	40	F/S	A
Princípios de Liderança e Gestão de Equipes	Jeisa Benevenuti	Doutorado	40	F/S	A
Organização e planejamento hospitalar	Romero Fenili	Doutorado	40	F/S	A
Gestão da Qualidade Hospitalar	Carla Eunice Gomes Correa	Doutorado	40	F/S	B
Gestão e Logística Hospitalar	Jean-Pier de Vasconcellos Esquia	Mestrado	40	F/S	A
Auditoria Hospitalar	Ana Paula Poerschke	Especialização	40	F/S	A
Gestão da Saúde Pública e Privada	Leticia Ferreira Menezes	Mestrado	40	F/S	A
Administração Financeira Hospitalar	Cláudia Hernandez Crispim	Mestrado	40	F/S	A
		Total de Horas	**360**		

Centro Universitário Leonardo da Vinci

Gerência Acadêmica / Registro de Diplomas
O presente curso cumpriu as disposições da resolução Nº1, de 6 de abril de 2018.

Registro nº 133253, livro D-386, folha nº 774.

Indaial, 13 de maio de 2022.

Larissa Taiamara Nunc Nfôonro de Farias
Secretaria Acadêmica



837100

Assinatura realizada por meio de certificado ICP-Brasil

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME ETIENE CARLA MIRANDA



FILIAÇÃO
ADONALDO MIRANDA DE OLIVEIRA

GENEZY FERREIRA CABRAL MIRANDA

DATA NASCIMENTO
26/08/1991

TIPO/FATOR RH
*****

NATURALIDADE
QUIRINÓPOLIS - GO

OBSERVAÇÃO
*****

Etiene Carla Miranda
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NÃO PLASTIFICAR

LEI N 7.116, DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 039917351-05 DNI*****
RG 5527014 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 18/02/2021
REGISTRO CIVIL
CERTIDÃO DE NASCIMENTO 20438 A-51 FLS42 QUIRINÓPOLIS-GO EM 03/09/1991

T. ELEITOR
058296871058

CTPS *****

SÉRIE UF

NIS/PIS/PASEP
*****

IDENTIDADE PROFISSIONAL
000511354-COREN/GO

CERT. MILITAR
*****

CNH
04897875313-GO

CNS
702604705973742

POLEGAR DIREITO



Pedro Gonçalves Canedo
ASSINATURA DO DIRETOR

6F50766C

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1º SERVIÇO NOTARIAL DE RIO VERDE
Rua Rafael Nascimento [illegible] Centro - CEP.75.901-290 - Rio Verde - Goiás
CNPJ/MF 02.[illegible]/0001-28 Fone/Fax: (64) 3631-0988

AUTENTICAÇÃO

01832409112900724330083 - Consulte em https://see.tjgo.jus.br/buscas

Certifico que a presente fotocópia é reprodução fiel do documento original que me foi apresentado. "0040" 402574". Dou fé.
Rio Verde - Goiás, 19 de setembro de 2024.
Leonardo Azevedo Cezar - Escrevente

" QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO "

Leonardo Azevedo Cezar
Escrevente Autorizado

EM BRANCO

EM BRANCO

001439

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com titulação de especialista em administração hospitalar.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório



Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024

2º OFÍCIO

Etiene Carla Miranda

ETIENE CARLA MIRANDA
RG: 5527014 | SPTC/GO
CPF: 039.917.351-05

001440

FACULDADE METROPOLITANA

CERTIFICADO

A FAMEESP - Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo, Instituição de Ensino Superior credenciada pela Portaria MEC nº 1.956, de 07 de novembro de 2019, certifica para os devidos fins que,

JESSYKA SAMARA GONÇALVES CASTILHO

portador(a) do RG 2214305-0 SSP/MT, concluiu o Curso de Especialização em "MBA em Gestão Hospitalar" - Pós-Graduação "Lato-Sensu", de acordo com a Resolução CNE/CES Nº. 1 de 06 de Abril de 2018, com duração de 600 horas.

Ribeirão Preto, 26 de fevereiro de 2022

Antonio Marcos Neves Esteca
Secretário Acadêmico

Elder Borges da Silva
Diretor Geral

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

CARTÓRIO 2º OFÍCIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL · ESTADO DE GOIÁS BA 517.983
2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás - GO
Fones: (64) 3641-1664 / 3641-3784
AUTENTICAÇÃO
Autentico para os devidos efeitos a presente fotocópia reduzida que é a reprodução fiel do documento que me foi apresentado. Dou fé. Santa Helena de Goiás-GO, 30 de setembro de 2024 às 13:45.
Daniela Maciel de Oliveira
Escrevente Autorizada
Emol.: R$4,99, Fundos: R$1,06, ISS: R$0,25, Total: R$6,30.
Selo: 00512409233116924330085
Consulte em: http://selos.tjgo.jus.br/selos
QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

001441

001442

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

CARTÓRIO 2º OFÍCIO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS BA 517.984

2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás - GO
Fones: (64) 3641-1664 / 3641-3784

AUTENTICAÇÃO

Autentico para os devidos efeitos a presente fotocópia reduzida que é a reprodução fiel do documento que me foi apresentado. Dou fé. Santa Helena de Goiás-GO. 30 de setembro de 2024 às 13:45

Daniela Maciel de Oliveira
Escrevente Autorizada

Emol.: R$4,99, Fundos: R$1,06, ISS: R$0,25, Total: R$6,30
Selo: 00512409233116924330086
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/buscar
"QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO"

Curso de Especialização em "MBA em Gestão Hospitalar"

Histórico Escolar				
Disciplinas	**CH**	**Nota**	**Professor**	**Titulação**
INTRODUÇÃO À GESTÃO HOSPITALAR E SAÚDE	50 Horas	10.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
CONCEITO DE HOSPITAL	50 Horas	10.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
ADMINISTRADOR HOSPITALAR	50 Horas	10.0	Julia Cintra Terra	Especialista
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL HOSPITALAR E LEGISLAÇÕES	50 Horas	10.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	50 Horas	10.0	Juliana Leonardo de Oliveira Bergamini	Mestra
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	50 Horas	10.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE IMAGEM, UNIDADES FECHADAS, BANCO DE SANGUE E AMBULATÓRIO, EMERGÊNCIA E PRONTO-SOCORRO	50 Horas	8.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
PROCESSO GERENCIAL, ÁREAS PRODUTIVAS, CENTROS DE RESULTADOS E PROCESSO ASSISTENCIAL	50 Horas	10.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE I	50 Horas	10.0	Julia Cintra Terra	Especialista
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE II	50 Horas	10.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE III	50 Horas	8.0	Juliana Leonardo de Oliveira Bergamini	Mestra
HOTELARIA, HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO	50 Horas	10.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
Carga Horária Total	**600 Horas**			

Declaramos que a FAMEESP cumpriu todas as disposições da presente resolução CNE/CES nº, 1, de 06 de Abril de 2018. O curso foi realizado no período de **30 de agosto de 2021** a **26 de fevereiro de 2022**

Autenticidade do Certificado:

9f796746521511bfc0c43afe8a56fe13

Para verificar a autenticidade desse certificado acesse: estudesemfronteiras.com. Ou utilize o QRCode ao lado.

FAMEESP - Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo credenciada pela Portaria EAD MEC nº 1.956 de 07 de novembro de 2019. Certificado registrado sob nº 124692, no livro 1, página 2483. Por delegação de competência do Ministério da Educação nos termos da resolução CNE/CES nº 1 de 06 de Abril de 2018.

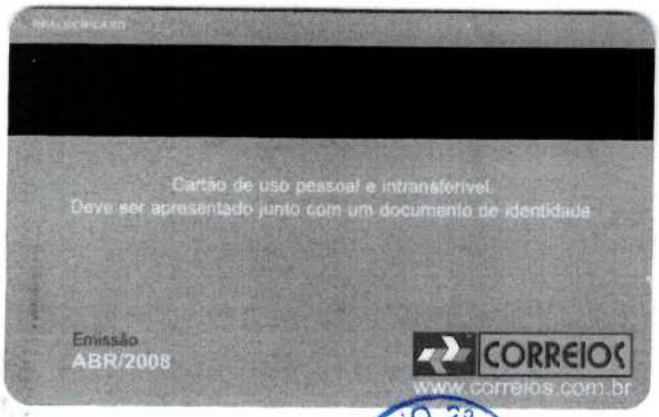
Ribeirão Preto - SP, 26 de fevereiro de 2022


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. AROLDO MENDES DE PAIVA
Jessyka Samara Gonçalves Castilho
ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL Z214305-0
DATA DE EXPEDIÇÃO 30/10/2007
NOME JESSYKA SAMARA GONÇALVES CASTILHO
FILIAÇÃO JOSE EURIPEDES CASTILHO
MARIA DE FATIMA GONÇALVES CASTILHO
DATA DE NASCIMENTO 05/02/1991
NATURALIDADE BOM J DE GOIAS-GO
DOC. ORIGEM C.NASC. LIV. A16 FLS. 397 TERM 3895 BOM J. DE GOIAS-GO
CPF * * * * * *
Telma de Azevedo Silva Moraes
Coordenadora Geral de
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARTÓRIO 2º OFÍCIO 3641-1664 SANTA HELENA DE GOIÁS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS BA 517.982
2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás - GO
Fones: (64) 3641-1664 / 3641-3784
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original. Dou Fé
Santa Helena de Goiás-GO, 30 de Setembro de 2024 às 13:44.
Daniela Maciel de Oliveira
Escrevente Autorizada
Emol.: R$4,99, Fundos: R$1,06, ISS: R$0.25. Total: R$6.30.
Selo: 00512409233116924330084
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/buscas
"QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO"


Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade
Emissão
ABR/2008
CORREIOS
www.correios.com.br


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
040.707.501-18
Nome
JESSYKA SAMARA GONCALVES CASTILHO
Nascimento
05/02/1991

CARTÓRIO 2º OFÍCIO 3641-1664 SANTA HELENA DE GOIÁS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS BA 517.981
2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás - GO
Fones: (64) 3641-1664 / 3641-3784
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original. Dou Fé.
Santa Helena de Goiás-GO, 30 de Setembro de 2024 às 13:44.
Daniela Maciel de Oliveira
Escrevente Autorizada
Emol.: R$4,99, Fundos: R$1,06, ISS: R$0.25. Total: R$6.30.
Selo: 00512409233116924330083
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/buscas
"QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO"

001443

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com titulação de especialista em administração hospitalar.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório

Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024



JESSYKA SAMARA GONÇALVES CASTILHO
RG: 22143050 | SSP/MT
CPF: 040.707.501-18

3.2.2.1 Experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuarão na unidade, com documento comprobatório do interesse do titular.

Os documentos pertencentes a este item estão dispostos nas páginas seguintes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA

Eu, **ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO**, inscrito no CPF nº 159.938.598-81 e portador da identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP, na qualidade de Diretor Presidente do Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE), CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, situado à Rua Avelino de Faria, nº 200 – Setor Central, Rio Verde – GO, CEP: 75.901.140. Declaro para os devidos fins que a Sr.ª **TUANY DE PAULA TERRA**, portador(a) do RG nº 5323065 SSP/GO e do CPF nº 096.371.216-09, é colaboradora(o) desta empresa desde 21/07/2021, exercendo os seguintes cargos:

21/07/2021 a 30/08/2021 – Assessora Assistencial

01/09/2021 a 30/11/2021 – Gerente Assistencial

01/12/2021 a 20/07/2022 – Diretora Assistencial e Multiprofissional

Desde 21/07/2022, a Sr.ª **TUANY** desempenha as funções de Diretora Administrativa do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO), cumprindo com rigor e excelência todas as atividades e atribuições inerentes a este cargo.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório.

Rio Verde - GO, 07 de outubro de 2024



Tabelionato

ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO

CPF: 159.938.598-81

Diretor Presidente

IPGSE

TUANY DE PAULA TERRA

Rio Verde | GO
64 992612140 | e-mail: tuanyterra@hotmail.com
Brasileira | 33 anos | Casada

GESTÃO HOSPITALAR | PLANEJAMENTO | GESTÃO DE RISCO | GESTÃO DE OPERAÇÕES | DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS | NEGOCIAÇÃO | REDUÇÃO DE CUSTOS| GESTÃO DE CUSTOS | IMPLANTAÇÃO DE REDE PRÓPRIA | GESTÃO DE PESSOAS | INOVAÇÃO DE PROCESSOS

RESUMO DAS QUALIFICAÇÕES

Enfermeira de formação com MBA em gestão hospitalar, pós-graduada em gestão e auditoria em operadoras de planos de saúde, especialista em enfermagem do trabalho, com forte atuação em gestão hospitalar e gestão de saúde suplementar, desenvolvimento de pessoas e implantação de rede própria.
Experiência de 2 anos no Instituto de Planejamento e Gestão Serviços Especializados (IPGSE) com atuação no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás (HERSO), com foco em gestão hospitalar, planejamento, análise de indicadores, gestão de risco, gestão de custos, gestão de suprimentos e estoque, gestão de conflitos.
Experiência durante 7 anos no Grupo São Francisco Saúde com foco em rede verticalizada, gestão de pessoas, gestão de agendas com acompanhamento de indicadores de custos, análise de sinistro e qualidade de atendimento.
Implantação de unidades próprias nas cidades de Rio Verde, Quirinópolis, Jataí, Chapadão do Céu, Vicentinopolis e Edeia.

FORMAÇÃO ACADÊMICA:

Graduada em Enfermagem | Centro Universitário do Triangulo - UNITRI | 2012

Pós-graduada em gestão e auditoria em operadoras de planos de saúde | Instituto Brasileiro de Extensão educacional – IBEED | 2015

Especialização em Enfermagem do Trabalho| Universidade Estácio de Sá | 2021

MBA em Gestão Hospitalar| Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo | 2022

HISTÓRICO PROFISSIONAL:

2021 – Atualmente **Instituto de Planejamento e Gestão Serviços Especializados (IPGSE) | Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás (HERSO)|Santa Helena de Goiás | GO**

Diretora Administrativa (Atualmente)
Diretora Assistencial e Multiprofissional
Gerente Assistencial
Assessora Assistencial

Responsável pela gestão administrativa do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás (HERSO), com atuação antecessora na gestão assistencial e multiprofissional. Trabalhando em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde de Goiás, nos atendimentos de alta e média complexidade, atendimento de urgência e emergência, sendo referência em traumatologia na região sudoeste goiana, atendendo a macrorregião

001447

sudoeste de Goiás e demais macrorregiões, composta por 28 municípios. Ofertando serviços de cirurgias de urgência e emergência, nas especialidades de ortopedia, cirurgia geral, neurocirurgia, vascular bucomaxilofacial, consultas eletivas internas e externas, exames internos e externos, com capacidade instalada de 69 leitos de enfermaria de clínica médica, cirúrgica e pediátrica, 18 leitos de UTI adulto, 4 leitos dia, 5 leitos de pronto socorro, 4 salas cirúrgicas, 4 salas de recuperação pós-anestésica (RPA), serviços de consultas eletivas. Gestão de pessoal de 641 colaboradores, sendo 346 celetistas e 295 servidores cedidos pela Secretaria Estadual de Goiás.

2013 – 2020 **São Francisco Saúde | Rio Verde | GO**

Coordenadora Operações Regional
Supervisora de Unidades
Enfermeira Assistencial

Responsável por rede própria, sendo 5 unidades assistenciais, 7 unidades administrativas com emissões de guias e atendimento a 64 mil vidas. Realizando a gestão operacional das Unidades de Atendimento com 53 colaboradores, analisando e propondo ações estratégicas para melhorias contínuas, buscando eficiência, qualidade, controle de custos, gestão e desenvolvimento de equipe.

PRINCIPAIS COMPETÊNCIAS:

Desenvolvimentos de equipes, planejamento estratégico, gestão de risco, gestão de custos, implantação de unidades de atendimento, gestão de pessoas, melhorias de processos, análise de indicadores, negociações, foco no cliente, foco em resultado, relacionamento e trabalho em equipe, gestão de conflitos.

FORMAÇÃO COMPLEMENTAR:

Na Rota da Liderança – Os Sete Piers da Liderança e Desenvolvimento de Equipe
Suporte Básico de Vida (BLS)- American Heart Association no CEEN de Goiânia – Goiás

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Disponibilidade para viagens e mudança de cidade.

PRINCIPAIS REFERENCIAS:

ALUÍSIO PANCRACIO (DIRETOR PRESIDENTE DO IPGSE): 64- 981143128
RICARDO COUTINHO (GERENTE DE OPERAÇÕES- GRUPO SÃO FRANCISCO SAÚDE): 64 99268-6828
ARNALDO COSTA (GERENTE COMERCIAL E RELACIONAMENTO- OMNI SAÚDE): 34 99299-7877

Tuany Terra – 2023

001448

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIAS 026252AA004883
CRI e Tab. 1º de Notas de Santa Helena de Goiás/GO
Mariene de Fátima Silva Santos Tabeliã Respondente Portaria nº058/2024
01842410012917324330041 Consulte em https://see.tjgo.jus.br/
AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente fotocópia é reprodução fiel do documento original que me foi apresentado. "0021" 402457". Dou fé. Emolumentos R$4,99, Fundos Estaduais: R$1,06, ISS: R$0,25
Santa Helena de Goiás-Goiás, 08 de outubro de 2024.
Tamires Alves Dias
Escrevente Autorizada
"QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO"

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - TEL: (64) 3641-2111

FACULDADE METROPOLITANA

CERTIFICADO

A FAMEESP - Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo, Instituição de Ensino Superior credenciada pela Portaria MEC nº 1.956, de 07 de novembro de 2019, certifica para os devidos fins que,

TUANY DE PAULA TERRA

portador(a) do CPF 096.371.216-09, concluiu o Curso de Especialização em "MBA em Gestão Hospitalar" - Pós-Graduação "Lato-Sensu", de acordo com a Resolução CNE/CES Nº. 1 de 06 de Abril de 2018, com duração de 600 horas.

Ribeirão Preto, 31 de janeiro de 2022

Antonio Marcos Neves Esteca
Diretor Geral

Fernanda de Cassia Neves Esteca
Secretária Acadêmica

001429

Curso de Especialização em "MBA em Gestão Hospitalar"

Histórico Escolar				
Disciplinas	**CH**	**Nota**	**Professor**	**Titulação**
INTRODUÇÃO À GESTÃO HOSPITALAR E SAÚDE	50 Horas	10.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
CONCEITO DE HOSPITAL	50 Horas	10.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
ADMINISTRADOR HOSPITALAR	50 Horas	10.0	Julia Cintra Terra	Especialista
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL HOSPITALAR E LEGISLAÇÕES	50 Horas	10.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	50 Horas	10.0	Juliana Leonardo de Oliveira Bergamini	Mestra
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	50 Horas	10.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE IMAGEM, UNIDADES FECHADAS, BANCO DE SANGUE E AMBULATÓRIO, EMERGÊNCIA E PRONTO-SOCORRO	50 Horas	10.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
PROCESSO GERENCIAL, ÁREAS PRODUTIVAS, CENTROS DE RESULTADOS E PROCESSO ASSISTENCIAL	50 Horas	10.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE I	50 Horas	10.0	Julia Cintra Terra	Especialista
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE II	50 Horas	10.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE III	50 Horas	10.0	Juliana Leonardo de Oliveira Bergamini	Mestra
HOTELARIA, HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO	50 Horas	10.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
Carga Horária Total	**600 Horas**			

Declaramos que a FAMEESP cumpriu todas as disposições da presente resolução CNE/CES nº, 1, de 06 de Abril de 2018. O curso foi realizado no período de **01 de julho de 2021** a **31 de janeiro de 2022**

Autenticidade do Certificado:

1808cedd592466bbcca920548f0b5f5d

Para verificar a autenticidade desse certificado acesse: estudesemfronteiras.com. Ou utilize o QRCode ao lado.

FAMEESP - Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo credenciada pela Portaria EAD MEC nº 1.956 de 07 de novembro de 2019. Certificado registrado sob nº 199548, no livro 1, página 3979. Por delegação de competência do Ministério da Educação nos termos da resolução CNE/CES nº 1 de 06 de Abril de 2018.

Ribeirão Preto - SP, 31 de janeiro de 2022



001450



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

GO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1938632190

NOME
TUANY DE PAULA TERRA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5323065 SSP GO

CPF
096.371.216-09

DATA NASCIMENTO
04/09/1990

FILIAÇÃO
JAIME TERRA

ANILDA PAULA DA SILVA TERRA

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
04844646810

VALIDADE
10/10/2024

1ª HABILITAÇÃO
17/12/2009

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GOIANIA, GO

DATA EMISSÃO
11/10/2019

Marcos Roberto Silva - Presidente do DETRAN-GO
ASSINATURA DO EMISSOR

42895946305
GO139315993

PROIBIDO PLASTIFICAR
1938632190

[redacted] GOIÁS [redacted]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS

026252AA004768

CRI e Tab. 1º de Notas de Santa Helena de Goiás/GO
Marlene de Fátima Silva Santos Tabelã Respondente Interina Portaria nº058/2024
01342410012917324330033 Consulte em https://sse.tigo.jus.br/

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente fotocópia é reprodução fiel do documento original que me foi apresentado. "0021" 472164". Dou fé. Emolumentos: R$4,99, Fundos Estaduais: R$1,06, ISS: R$0,25

Santa Helena de Goiás-Goiás, 04 de outubro de 2024.

Carina Silva Arcanjo Prado
Escrevente Autorizada

'QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO'

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - TEL: (64) 3641-2111

001451

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de unidade hospitalar.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório





Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024

TUANY DE PAULA TERRA
RG: 5323065
CPF: 096.371.216-09

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA

Eu, ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO, inscrito no CPF nº 159.938.598-81 e portador da identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP, na qualidade de Diretor Presidente do Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE), CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, situado à Rua Avelino de Faria, nº 200 – Setor Central, Rio Verde – GO, CEP: 75.901.140. Declaro para os devidos fins que a Sr.ª ETIENE CARLA MIRANDA, portador(a) do RG nº 5527014 SPTC/GO e do CPF nº 039.917.351-05, é colaboradora(o) desta empresa desde 20/07/2022, exercendo os seguintes cargos:

20/07/2022 a 01/11/2023 – Diretora Assistencial e Multiprofissional

01/11/2023 a Atual – Superintendente Técnica

Durante sua permanência no quadro de colaboradores de nossa unidade gerida, a Sr.ª ETIENE CARLA MIRANDA desempenhou as funções de Diretora Assistencial e Multiprofissional do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO), cumprindo com rigor e excelência todas as atividades e atribuições inerentes a este cargo.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório.

Rio Verde - GO, 07 de outubro de 2024.

Tabelionato

ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO
CPF: 159.938.598-81
Diretor Presidente
IPGSE

CARTORIO TEIXEIRA
OFICIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE - GO
EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL
01022410075643824300960 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por Semelhança a assinatura de INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTAO DE SERVICOS ESPECIALIZADOS IPGSE representado por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO. Dou fé.
*GAF*FGC7YA0Z-2418885-10* Emolumentos: R$6,[illegible] Fundos Estaduais: R$1,42. ISS: R$0,33
Rio Verde, 09 de outubro de 2024.
Em Test° da Verdade
Kamylla Oliveira Viana-Escrevente notarial

Marilia Gabrielle Araújo Cunha
Escrevente Notarial

ETIENE CARLA MIRANDA
Rio Verde | GO
64 98441-2518 | e-mail:etieneenfermagem@gmail.com
Brasileira | 33 anos | Casada

RESUMO DAS QUALIFICAÇÕES

Enfermeira de formação, pós-graduada em urgência e emergência, nefrologia clínica, centro cirúrgico e central de material e esterilização e em gestão hospitalar.
Experiência de 2 anos no Instituto de Planejamento e Gestão Serviços Especializados (IPGSE), inicialmente com atuação no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás (HERSO),e no Instituto, com foco em gestão hospitalar, planejamento, análise de indicadores, gestão de risco e gestão de pessoas e de conflitos.
Experiência no Instituto CEM em gestão de Serviços de Hemodiálise, gestão de pessoas e análise de indicadores.
Experiência durante 09 anos no Hospital São Francisco, Grupo São Francisco Saúde e Hapvida, com foco em assistência de enfermagem em todos os setores de unidade hospitalar, gestão de pessoas, conflitos e qualidade de atendimento e processos.

FORMAÇÃO ACADÊMICA:

Graduada em Enfermagem | Faculdade Quirinópolis - Faqui | 2016

Pós-graduada em Urgência e Emergência e Nefrologia Clínica |Centro Goiano de Ensino, Pesquisa e pós Graduação (CGESP) | 2018

Pós-graduada em Gestão Hospitalar| Centro Universitário Leonardo da Vinci | 2022

Pós- graduada em Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização (CME) | Faculdade Facuminas de Pós Graduação |2023

HISTÓRICO PROFISSIONAL:

2022 – Atualmente **Instituto de Planejamento e Gestão Serviços Especializados (IPGSE) | Rio Verde- GO**
Superintendente Técnica (Atualmente)
Diretora Assistencial e Multiprofissional

Responsável pela gestão técnica do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás (HERSO) e Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis, com atuação antecessora na gestão assistencial e multiprofissional do HERSO, trabalhando em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde de Goiás. Experiência com gestão de atendimentos de alta e média complexidade, atendimentos de urgência e emergência, sendo referência em traumatologia, atendendo a macrorregião Sudoeste de Goiás, composta por 28 municípios. Ofertando serviços de cirurgias de urgência e emergência, nas especialidades de ortopedia, cirurgia geral, neurocirurgia, vascular, bucomaxilofacial, consultas eletivas internas e externas, exames internos e externos, com capacidade instalada de 69 leitos de enfermaria de clínica médica, cirúrgica e pediátrica, 18 leitos de UTI adulto, 4 leitos dia, 5 leitos de pronto socorro, 4 salas cirúrgicas, 4 salas de recuperação pós-anestésica (RPA), serviços de consultas e cirurgias eletivas. Gestão de pessoal de 648 colaboradores, sendo 363 celetistas e 285 servidores cedidos pela Secretaria Estadual de Goiás. Na Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis, trabalhando em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde de Goiás, nos atendimentos ambulatoriais e hemodiálise, atendendo a macrorregião Sudoeste de Goiás , composta por 28

municípios. Ofertando serviços de atendimentos ambulatoriais, nas especialidades de ortopedia, clínica geral, neurologia, angiologia, cardiologia, coloproctologia, hematologia, urologia, oftalmologia, psiquiatria, endocrinologia, dermatologia, gastroenterologia, pneumologia, infectologia, ginecologia e obstetrícia, reumatologia, nefrologia, mastologia, exames de análises clínicas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e serviços de hemodiálise. Gestão de pessoal de 99 colaboradores, todos celetistas.

2021 – 2022 Instituto CEM | Policlínica Estadual da Região Sudoeste | Quirinópolis | GO
Coordenadora de Nefrologia

Atuação em gestão de pessoas, conflitos e gestão de processos do setor de hemodiálise da unidade, otimizando processos de atendimento e cuidado aos pacientes nefrológicos, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

2012 – 2021 Hospital São Francisco| Grupo São Francisco Saúde | Hapvida | Quirinópolis| GO
Supervisora de Centro Cirúrgico e CME
Enfermeira Assistencial
Técnica de Enfermagem

Atuação assistencial em pronto socorro, enfermarias, maternidade, pediatria e salas de observação. Supervisão de Centro Cirúrgico e CME, realizando gestão de salas cirúrgicas, gestão de pessoas e de processos, análise de indicadores e qualidade.

PRINCIPAIS COMPETÊNCIAS:

Desenvolvimentos de equipes, planejamento e gestão de risco, gestão de pessoas e de conflitos, melhorias de processos, análise de indicadores, foco em qualidade e resultado, relacionamento e trabalho em equipe. Elaboração e revisão de documentos licitatórios para chamamentos públicos voltados a unidades hospitalares e ambulatoriais, garantindo conformidade com legislações vigentes e regulamentações de órgãos públicos, além da coordenação de todo o processo licitatório, desde a análise de editais até a preparação de propostas técnicas.

FORMAÇÃO COMPLEMENTAR:

Atendimento Humanizado na Assistência à Saúde- no Serviço Nacional de Aprendizagem, em Quirinópolis-GO.

Leader Nurse- Liderança para enfermeiros - no Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição, pós Graduação e Treinamentos em Saúde CEEN, em Goiânia-GO.

Suporte Básico de Vida (BLS)- American Heart Association no Hospital Sírio Libanês em São Paulo – SP.

Liderança e Gestão de Pessoas- Microlins Educação Profissional, em Quirinópolis-GO.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Disponibilidade para viagens e mudança de cidade.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS:

Tuany de Paula Terra (Diretora Administrativa IPGSE)- (64) 99261- 2140

Romero Leão Giovannetti (Superintendente Administrativo IPGSE) – (64) 99978-5809

Etiene Miranda – 2024

001455


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME ETIENE CARLA MIRANDA

FILIAÇÃO
ADONALDO MIRANDA DE OLIVEIRA

GENEZY FERREIRA CABRAL MIRANDA

DATA NASCIMENTO 26/08/1991
TIPO/FATOR RH *****
NATURALIDADE QUIRINÓPOLIS - GO
OBSERVAÇÃO *****

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE


LEI N° 7.116, DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 039917351-05 DNI *****
RG 5527014 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 18/02/2021
REGISTRO CIVIL
CERTIDÃO DE NASCIMENTO 20438 A-51 FLS42 QUIRINÓPOLIS-GO EM 03/09/1991

T. ELEITOR 058296871058
CTPS ***** SÉRIE UF
NIS/PIS/PASEP *****
IDENTIDADE PROFISSIONAL 000511354-COREN/GO
CERT. MILITAR *****
CNH 04897875313-GO
CNS 702604705973742

POLEGAR DIREITO

Pedro Gonçalves Canedo
ASSINATURA DO DIRETOR

6F50766C P0026

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL


1° SERVIÇO NOTARIAL DE RIO VERDE
Rua Rafael Nascimento, 488 - Centro - CEP:75.901-290 - Rio Verde - Goiás
CNPJ/MF.02.047.101/0001-28 Fone/Fax: (64) 3651-0988

AUTENTICAÇÃO

01832409112900724330084 - Consulte em https://sselgo.jus.br/buscas

Certifico que a presente fotocópia é reprodução fiel do documento original que me foi apresentado. "0040" 4025751. Dou fé.
Rio Verde -Goiás, 13 de setembro de 2024.
Leonardo Azevedo Cezar - Escrevente

" QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA [illegible] TORNA NULO ESTE DOCUMENTO "

Serviço Notarial de Rio Verde
Leonardo Azevedo Cezar
Escrevente Autorizado

EM BRANCO

EM BRANCO

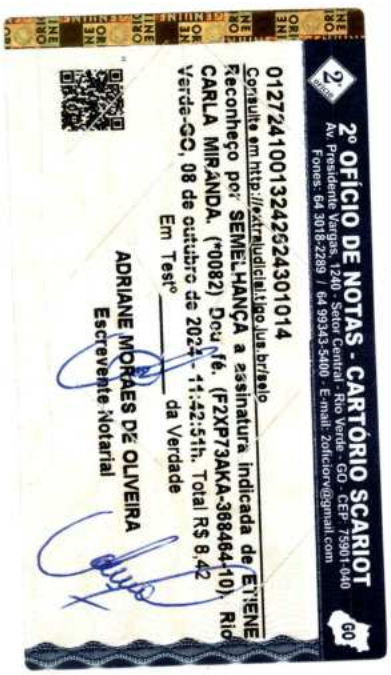
001456

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de unidade hospitalar.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório



Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024

2º OFÍCIO

Etiene Carla Miranda

ETIENE CARLA MIRANDA

RG: 5527014 | SPTC/GO

CPF: 039.917.351-05

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA

Eu, **ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO**, inscrito no CPF nº 159.938.598-81 e portador da identidade nº 22.150.910-0 SSP/SP, na qualidade de Diretor Presidente do Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE), CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, situado à Rua Avelino de Faria, nº 200 – Setor Central, Rio Verde – GO, CEP: 75.901.140. Declaro para os devidos fins que o Sr. **MURILO ALMEIDA E SILVA**, portador(a) do RG nº 3481320-9 SSP/MT e do CPF nº 866.132.941-87, foi colaborador(a) desta empresa no período de 01/04/2021 a 13/06/2022.

Durante sua permanência em nosso quadro de colaboradores, o Sr. **MURILO** desempenhou as funções de Diretor Administrativo do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO), cumprindo com rigor e excelência todas as atividades e atribuições inerentes a este cargo.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório.

Rio Verde - GO, 07 de outubro de 2024

Tabelionato

ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO
CPF: 159.938.598-81
Diretor Presidente
IPGSE

Marilia Gabrielle Araújo Cunha
Escrevente Notarial

CARTÓRIO TEIXEIRA
OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE
EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL
0102241007564382 4300961 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por Semelhança a assinatura de INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTAO DE SERVICOS ESPECIALIZADOS - IPGSE representado por ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO. Em Testº
*GAF*FP6B0Q8D-1554883-91* Emolumentos: R$6,42 Estaduais: R$1,42 ISS: R$0,33
Rio Verde, 09 de outubro de 2024.
Em Testº da Verdade
Kamylla Oliveira Viana-Escrevente notarial

001458

Contato

(64) 9.9972-0088 (Mobile)
murilo.almeida@hotmail.com

www.linkedin.com/in/murilo-almeida-e-silva-265b7274 (LinkedIn)

Principais competências

Gestão de equipes
Operações hospitalares
Melhoria de processos

Languages

Inglês

Murilo Almeida e Silva

Gestão Hospitalar
Rio Verde, Goiás, Brasil

Resumo

Minha trajetória profissional começou na área de vendas de suprimentos de informática. Posteriormente, atuei por 12 anos no setor de telefonia. Desde abril de 2014, trabalho na área da saúde, com ênfase na saúde suplementar, e agora atuando na saúde pública. Possuo especialização em Gestão e Auditoria em Operadoras de Planos de Saúde e Gestão Hospitalar.

Minhas principais competências incluem: resiliência, comunicação assertiva, visão estratégica, agilidade emocional, foco em resultados, escuta ativa, organização e planejamento.

Resumo das minhas experiências: gestão de pessoas e processos com foco em resultados, gestão de custos e receitas, elaboração e acompanhamento de orçamentos anuais, elaboração e apresentação de relatórios gerenciais utilizando ferramentas sistêmicas (MV e Tasy) e pacote Office, resolução de problemas operacionais e de conflitos (seja entre empresa e cliente, seja entre membros da equipe). Tenho também engajamento em novos projetos, abertura e expansão de mercado, com domínio nas áreas operacional, financeira, suprimentos, atendimento, comercial, infraestrutura e logística.

Ao longo da minha carreira, enfrentei grandes desafios, dos quais destaco as conquistas nas áreas de gestão de pessoas, otimização de processos e expansão de mercado.

Experiência

IPGSE
Diretor administrativo
maio de 2024 - Present (5 meses)
Rio Verde, Goiás, Brasil

1459

Garantir pleno funcionamento operacional. Garantir o cumprimento do contrato de Gestão junto a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás. Gestão e Desenvolvimento de Líderes. Análise de Indicadores assistências, operacionais e financeiros. Gestão de Processos com utilização de ferramentas da Qualidade. Análise e avaliação de contratos. Cumprimento das legislações pertinentes ao negócio. Realização de avaliação da Equipe com aplicação de ferramentas para desenvolvimento individual. Cumprir e fazer cumprir as exigências da Secretária Estadual de Saúde de Goiás e Sistema SUS.

Unimed Rio Verde
Gerente Hospitalar
agosto de 2022 - maio de 2024 (1 ano 10 meses)
Rio Verde, Goiás, Brasil

Garantir pleno funcionamento operacional. Gestão e Desenvolvimento de Líderes. Desenvolvimento de estratégias para obtenção de resultados financeiros e operacionais. Análise de Indicadores assistências, operacionais e financeiros. Gestão de Processos com utilização de ferramentas da Qualidade. Contribuição em elaboração de manuais, procedimentos e instrução de trabalho. Análise e avaliação de contratos. Cumprimento das legislações pertinentes ao negócio. Realização de avaliação da Equipe com aplicação de ferramentas para desenvolvimento individual.

IPGSE
Superintendente Operacional e Administrativo
janeiro de 2021 - junho de 2022 (1 ano 6 meses)
Rio Verde, Goiás, Brasil

Garantir pleno funcionamento operacional. Gestão e Desenvolvimento de Líderes. Análise de Indicadores assistências, operacionais e financeiros. Gestão de Processos com utilização de ferramentas da Qualidade. Análise e avaliação de contratos. Cumprimento das legislações pertinentes ao negócio. Realização de avaliação da Equipe com aplicação de ferramentas para desenvolvimento individual. Cumprir e fazer cumprir as exigências da Secretária Estadual de Saúde de Goiás e Sistema SUS.

Grupo São Francisco
5 anos 10 meses

Executivo de Credenciamento
julho de 2017 - janeiro de 2020 (2 anos 7 meses)
Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil

1460

Responsável por Coordenar equipe de Executivos. Responsável por expandir e abrir novos mercados dentro de Mato Grosso, realizando negociações com prestadores Médicos, Clínicas Médicas, de Imagem e Terapias, Laboratórios e Hospitais. Atendimento direto dos prestadores Curva A da Regional, negociando Reajuste Anual, OPME e inclusão de novos procedimentos. Gestão de toda a rede Credenciada da Regional MT. Gestão de indicadores de sinistro, elaborando e executando ações de melhoria para os indicadores com performance fora da meta.

Coordenador Operacional

abril de 2014 - junho de 2017 (3 anos 3 meses)

Coordenação das Unidades da Regional (Administrativas e Assistenciais). Responsável por toda demanda Administrativa e indicadores de Custos Operacionais das Unidades. Responsável pela compra direta da Unidade Matriz e aprovação das compras das Unidades filiais. Responsável por implantar ações para melhoria de atendimento aos clientes e colaboradores, correção da curva dos indicadores fora da performance esperada (meta). Representava a empresa perante a Órgãos Públicos e de Defesa do Consumidor. Elaboração e acompanhamento do orçamento anual da Regional.

Formação acadêmica

Faculdade Delta

Pós-graduação Lato Sensu - Especialização, Gestão Hospitalar · (maio de 2021 - agosto de 2021)

IBEED

Pós-graduação Lato Sensu - Especialização, Gestão e Auditoria em Operadoras de Plano de Saúde · (agosto de 2014 - dezembro de 2015)

Uni-ANHANGUERA - Centro Universitário de Goiás

Graduação, Ciências Contábeis · (janeiro de 1998 - dezembro de 2001)

1461

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO - SENATRAN

gov.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2602121060

2 e 1 NOME E SOBRENOME: MURILO ALMEIDA E SILVA
1ª HABILITAÇÃO: 08/04/1997
3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO: 20/02/1979, GOIANIA, GO
4a DATA EMISSÃO: 27/06/2023
4b VALIDADE: 23/06/2033
ACC: [redacted] D
4c DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 34813209 SSP MT
4d CPF: 866.132.941-87
5 Nº REGISTRO: 02409614700
9 CAT. HAB: AB
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
FILIAÇÃO: WALTEVA PEREIRA DA SILVA
IVA MARTINHA ALMEIDA E SILVA
7 ASSINATURA DO PORTADOR

9	10	11	12	9	10	11	12
ACC				D			
A		23/06/2033		D1			
A1				BE			
B		23/06/2033		CE			
B1				C1E			
C				DE			
C1				D1E			

12 OBSERVAÇÕES

ASSINADO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
48584348149
GO166744298

LOCAL: GOIANIA, GO

2602121060

GOIÁS

2 e 1. Nome e Sobrenome / Name and Surname / Nombre y Apellidos - Primeira Habilitação / First Driver License / Primeira Licencia de Conducir - 3. Data e Local de Nascimento / Date and Place of Birth DD/MM/YYYY / Fecha y Lugar de Nacimiento - 4a. Data de Emissão / Issuing Date DD/MM/YYYY / Fecha de Emisión - 4b. Data de Validade / Expiration Date DD/MM/YYYY / Validez Hasta - ACC - 4c. Documento Identidade / Orgão emissor / Identity Document - Issuing Authority / Documento de Identificación - Autoridad Expedidora - 4d. CPF - 5. Número de registro da CNH / Driver License Number / Número de Permiso de Conducir - 9. Categoria de Veículos da Carteira de Habilitação / Driver License Class / Categoria de Permiso de Conducir - Nacionalidade / Nationality / Nacionalidad - Filiação / Filiation / Filiación - 12. Observações / Observations / Observaciones - Local / Place / Lugar

I<BRA024096147<009<<<<<<<<<<<<
7902206M3306231BRA<<<<<<<<<<<2
MURILO<<ALMEIDA<E<SILVA<<<<<<<

QR-CODE

Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio do programa Assinador Serpro.

As orientações para instalar o Assinador Serpro e realizar a validação do documento digital estão disponíveis em: https://www.serpro.gov.br/assinador-digital.

SERPRO / SENATRAN

CARTÓRIO TEIXEIRA
OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE-GO
EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL
Av. Universitária, Quadra 06, Lote 20 - Jardim Presidente - CEP: 75.938-125 - Rio Verde - Goiás - Fone: (64) 99202-1503 / (64) 294-1468 / 3050-8007

01022409210111524390003 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

Autentico a presente fotocópia por conferir com o original que me foi apresentado. Dou fé. *LLDS*C3T9NWQU-56446B-11* Emolumentos: R$16,67, Fundos Estaduais: R$3,54, ISS: R$0,83

Rio Verde, 23 de setembro de 2024

Em Testº da Verdade
MARILIA GABRIELLE ARAUJO CUNHA - Escrevente Notarial

Registro Civil e Tabelionato de Notas Rio Verde - GO
Evandro Antunes Teixeira
Tabelião e Oficial de Registro

EM BRANCO

001462

Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: **28/04/2021**

Nome Civil: **MURILO ALMEIDA E SILVA**
CPF: **866.132.941-87**
Data de Nascimento: **20/02/1979**

Contratos de Trabalho

- 20/05/2024 - Aberto

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTAO DE SERVICOS ESPECIALIZADOS - IPGSE
CNPJ RAIZ: 18.176.322
Endereço: **RUA AVELINO DE FARIA**
Ocupação **123105 - DIRETOR ADMINISTRATIVO**
Tipo de contrato: **Prazo indeterminado**
Tipo de admissão: **Admissão**
Salário contratual: **R$ 18.500,00**
Remuneração inicial: **R$ 18.782,40**
Última remuneração informada: **R$ 18.782,40** (08/2024)
Relação de trabalho: **Empregado**
Fonte da informação: **ESOCIAL**
Anotações:

18/08/2024 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado

20/05/2024 - Admissão

Observações:

001463

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 19/09/2024.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de unidade hospitalar.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório



Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024



MURILO ALMEIDA E SILVA

RG: 3481320-9

CPF: 866.132.941-87

001464

HOSPITAL SANTA TEREZINHA LTDA

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

HOSPITAL SANTA TEREZINHA LTDA., pessoa jurídica de direito privado, com o CNPJ anotado sob o n.º 02.606.267/0001-52, sediado na Rua Agenor Diamantino, n.º 223, Vila Amália, Rio Verde – GO. (CEP.: 75.906-260), neste ato representada por seu Presidente, Dr. Vicente Guerra Filho, brasileiro, casado, médico, portador da cédula de identidade profissional anotada sob o n.º 6403 – CRM/GO. e do CPF anotado no MF sob o n.º 591.445.136-15 e por seu Diretor-Financeiro, Dr. Marcos Romério Cruvinel Nascimento, brasileiro, casado, médico, portador da cédula de identidade profissional anotada sob o n.º 6340 – CRM/GO. e do CPF anotado no MF sob o n.º 529.732.471-87, ambos residentes e domiciliados em Rio Verde – GO., **DECLARA** para os devidos fins, que o Sr. **RICARDO MARTINS SOUSA**, brasileiro, casado, administrador, portador da cédula de identidade anotada sob o RG n.º 14.093.436 SSP/MG. e do CPF anotado no MF sob o n.º 041.377.856-86, residente e domiciliado na Rua dos Guaranis, quadra 22, lote 17, Parque das Laranjeiras, Rio Verde – GO. (CEP.: 75.908-045), exerceu atividades de gestão perante o DECLARANTE, no cargo de **GERENTE GERAL**, no período compreendido de junho/2005 à agosto de 2022. **DECLARA MAIS,** que a unidade hospitalar declarante possui o total de 77 (setenta e sete) leitos/salas, sendo: a) 21 (vinte e um) leitos no posto 01; b) 13 (treze) leitos no posto 02; c) 08 (oito) leitos no posto 03; d) 03 (três) leitos no posto 04; e) 09 (nove) leitos de UTI; f) 02 (dois) leitos de pré parto, parto e pós parto; g) 02 (duas) salas de recuperação anestésica; h) 03 (três) salas cirúrgicas; i) 05 (cinco) leitos/salas para hemodinâmica; j) 09 (nove) leitos de UTI neonatal.

Por ser verdade firmamos a Presente Declaração.

Rio Verde (GO), 18 de setembro de 2024.

gov.br Documento assinado digitalmente
VICENTE GUERRA FILHO
Data: 19/09/2024 08:34:46-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Tabelionato

HOSPITAL SANTA TEREZINHA LTDA.

CNPJ n.º 02.606.267/0001-52

001465

CARTÓRIO TEIXEIRA

OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE - GO

EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL

Av. Universitária, Quadra 06, Lote 20 - Jardim Presidente - CEP: 75.908-935 - Rio Verde - Goiás - Fone: (64) 98202-0903 / (64) 2991-9[illegible] / 4050-8002

01022410012784224370282 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

Reconheço a validação da assinatura digital impressa de VICENTE GUERRA FILHO. Dou fé. *GAF*FWRZSIJ5-582658-10* Emolumentos: R$16,67, Fundos Estaduais: R$3,54, ISS: R$0,83

Rio Verde, 09 de outubro de 2024.

Em Test° da Verdade

Kamylla Oliveira Viana-Escrevente notarial

Marilia Gabriela Antunes Teixeira
Escrevente Notarial/Oficial de Registro

Tabelionato de Notas Rio Verde
Antunes Teixeira
Oficial de Registro
Araújo Cunha

001466

Ricardo Martins Sousa

Rua Dos Guranis Qd 17 Lt 22
Parque das Laranjeiras Rio Verde - GO
Telefone Celular: (064) 99238-3844
e-mail: ricardosousaadm@yahoo.com.br

OBJETIVO

Gestão em Saúde

DADOS PESSOAIS

Estado Civil: casado, 03 filhas
Data de Nascimento: 16/03/1978 46 anos
CPF: 041.377.856-86
CNH: "B"

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Graduação em Administração de Empresas
Instituição: UNIT - Centro Universitário do Triângulo
Período: 01/1997 a 12/2001
Cidade: Uberlândia – MG

Pós Graduação em Administração Hospitalar
Instituição: União Camiliana - São Camilo/RJ
Período: 06/2009 a 08/2010
Cidade: Goiânia – GO

MBA em Administração Hospitalar – Serviços em Saúde
Instituição: Faculdade Inesp – Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa
Período: 08/2012 a 12/2013
Cidade: Santa Helena – GO / Parceria com Hospital Hurso/Pró-Saúde

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Empresa: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis
Cargo Ocupado: Diretor Administrativo
Período: 07/2024 a até o presente momento

Atribuições:

Responsável por coordenar, planejar as atividades e ações propostas para a Policlínica Estadual, em parceria com a Secretaria Estadual, acompanhamento de metas de produção, qualidade, desempenho.

Análise, desenvolvimento e monitoramento de indicadores gerenciais para acompanhar e controlar a gestão da unidade.

001467

Gestão de Pessoas, garantir que os processos estejam otimizados visando assegurar a qualidade e humanização no atendimento ao paciente.

Empresa: Fundo Municipal de Saúde / UPA II Dr Paulo César de C. Telles
Cargo Ocupado: Diretor Administrativo
Período: 08/2022 a até 08/2024

Atribuições:

Responsável por coordenar, organizar, planejar as atividades e ações propostas para a Unidade de Pronto Atendimento, Gestão de Pessoas, garantir que os processos estejam otimizados visando garantir a qualidade e humanização no atendimento ao paciente.

Análise, desenvolvimento e monitoramento de indicadores gerenciais para acompanhar e controlar a gestão da unidade.

Empresa: Hospital Santa Terezinha Ltda.
Cargo Ocupado: Gerente Administrativo
Período: 06/2005 a 08/2022

Atribuições:

Experiência a mais de 17 anos na Gerência, liderança e gestão de toda área administrativa/financeira da empresa, com gerenciamento dos setores contas a pagar e receber, departamento pessoal, faturamento, compras, recepção, higienização e limpeza, enfermagem/assistencial, ti, jurídico, juntamente com os coordenadores de cada setor áreas.

Acompanhamento de toda parte contábil, análise de resultados, DRE, fluxo de caixa, análise dos gastos entre o previsto e o realizado, garantindo e maximizando os resultados da Instituição.

Análise, desenvolvimento e monitoramento de indicadores gerenciais, controle e gestão dos custos operacionais, formulação de ações para buscar melhores resultados;

Desenvolvimento e implantação de rotinas e relatórios para melhor e controle de processos. Apoio aos processos operacional como alvarás, atualizações CRM, CNES, certidões, entre outros órgãos.

Empresa: Adubos Moema Ind. Com. Ltda.
Cargo Inicial: Assistente Administrativo Período: 07/2002 a 07/2003
Cargo Final: Gerente Administrativo Período: 08/2003 a 06/2005

Atribuições:
- Responsável por toda área administrativa da empresa, englobando toda parte de Documentação, Fiscalização e Organização a Órgãos Competentes, gerenciamento nas áreas de departamento pessoal, compras e faturamento da unidade de Rio Verde e Filiais.

- Responsável pela área financeira, contas a pagar e receber, relatórios gerenciais, conciliação bancária, fechamento de caixa e saldo bancário.

IDIOMAS

Curso de Inglês - Nível Basic II
Entidade: CNA – Idiomas e Línguas

CURSOS E PALESTRAS

- Gestão de Pessoas - Motivação nas Organizações | FGV;
- Palestras ligadas a área da saúde, auditoria, faturamento, processo e organizacional;
- Fundamentos de Gestão de Custos | FGV;
- Matemática Financeira | Catho | 2020
- Manual de Acreditação ONA – Nível I


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME RICARDO MARTINS SOUSA

FILIAÇÃO
BALTAZAR CANDIDO DE SOUSA

MARIA NEUZA MARTINS DE SOUSA

DATA NASCIMENTO 16/03/1978
TIPO/FATOR RH *****
NATURALIDADE
RIO VERDE - GO
OBSERVAÇÃO
*****

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE


LEI Nº 7.116, DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 041377856-86 DNI *****
RG 3458740 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 08/03/2019
REGISTRO CIVIL
CERTIDÃO DE CASAMENTO 727 BA-2 FLS65 CAIAPÔNIA-GO EM 27/10/2009

T. ELEITOR *****
CTPS *****
SÉRIE UF
NIS/PIS/PASEP *****
IDENTIDADE PROFISSIONAL *****
CERT. MILITAR *****
CNH *****
CNS *****

POLEGAR DIREITO

Deusny Aparecido Silva Filho
ASSINATURA DO DIRETOR

6F2F7645 P0017

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

807382-7

Dados

CARTÓRIO TEIXEIRA
OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE - GO
EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL

01022410010109124330268 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Autentico a presente fotocópia por conferir com o original que me foi apresentado. Dou fé. *MGAC*G54RZ99Q-46105* Emolumentos R$4,99, Fundos Estaduais: R$1,06, ISS: R$0,25
Rio Verde, 04 de outubro de 2021

Em Test° da Verdade
MARILIA GABRIELLE ARAUJO CUNHA - Escrevente Autorizada

Registro Civil e Tabelionato de Notas Rio Verde - GO
Evandro Antunes Teixeira
Tabelião e Oficial de Registro

001470

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de unidade hospitalar.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório



Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024

1º Serviço Notarial Rio Verde - GO

RICARDO MARTINS SOUSA

RG: 14093436

CPF: 041.377.856-86

001471

PREFEITURA DE
RIO VERDE

Avenida Presidente Vargas, 3.215 - Vila Maria
CEP: 75905-900 - Rio Verde - Goiás
Fone: (64) 3602-8000
www.rioverde.go.gov.br

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, com sede em Rio Verde (GO), portador do CNPJ Nº 06.190.522/0001-80, declara , atestando para todos os fins de direito, que **FERNANDO DUARTE CABRAL**, portador do CPF nº 000.112.291-60.

Exerceu as atividades de gestão no cargo de DIRETOR ADMINISTRATIVO na unidade hospitalar, HOSPITAL MUNICIPAL DE RIO VERDE GOIÁS (HMU), situado na Avenida Jerônimo Martins, s/n, Parque Bandeirante, entre o 02/06/2014 até 02/01/2017.

A unidade Hospitalar no período citado possui 115 (Cento e quinze) Leitos com CNES nº 2340690.

Por ser verdade firmamos a Presente Declaração.

CARTÓRIO TEIXEIRA
OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE-GO
EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL

01022409133830124300441 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por Semelhança a assinatura de DJAN BARBOSA DE FREITAS. Dou fé. *JGSA*FFQPTPSES-720651-10* Emolumentos: R$6,67, Fundos Estaduais: R$1,42, ISS: R$0,33
Rio Verde, 15 de setembro de 2024.
Em Test° da Verdade
MARILIA GABRIELLE ARAUJO CUNHA-Escrevente

Evandro Antunes Teixeira
Tabelião e Oficial de Registro
Registro Civil e Tabelionato de Notas Rio Verde - GO

Rio Verde (GO), 13 de setembro de 2024.

Tabelionato

DJAN BARBOSA DE FREITAS
CPF: 922.895.331-49
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

2º OFÍCIO DE NOTAS - CARTÓRIO SCARIOT
Av. Presidente Vargas, 1240 - Setor Central - Rio Verde - GO - CEP: 75901-040
Fones: 64 3018-2289 / 64 99343-5400 - E-mail: 2oficiorv@gmail.com

01272409243749524330014
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO
A presente fotocópia é reprodução fiel do documento que me foi apresentado; dou fé. (*0027). Total R$ 6,30. Rio Verde-GO, 24 de setembro de 2024 - 12:02:38h.

ADRIANE MORAES DE OLIVEIRA
Escrevente Notarial

001472

PREFEITURA DE
Rio Verde
Desenvolvimento Solidário

Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Rio Verde
Av. Presidente Vargas, 3.215 - Vila Maria
Caixa Postal 34 - CEP 75.905-900 - Rio Verde - Goiás
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Joaquim Mota, 257 - Bairro Santo Antonio
Rio Verde - Goiás

GABINETE DO SECRETÁRIO

Secretaria Municipal de Saúde de Rio Verde
Rua Joaquim Mota, 257-Bairro Santo Antônio-Rio Verde-Goiás
Telefone (64) 3602-8101 / e-mail: smsgp@hotmail.com

PORTARIA Nº 19/2014 – GAB / SMS-GO

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE/ GOIÁS, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas,

RESOLVE:

Art. 1º Designar FERNANDO DUARTE CABRAL, para exercer o cargo de Diretor Administrativo do Hospital Municipal de Rio Verde – Goiás, retroativo a 02 de Junho de 2014.

PUBLIQUE-SE, DÊ-SE CIÊNCIA E CUMPRA-SE.

GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, aos 27 de Junho de 2014.

Registro Civil e Tabelionato de Notas Rio Verde - GO
Evandro Antunes Teixeira
Tabelião e Oficial de Registro

CARTÓRIO TEIXEIRA
OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE-GO
EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL
Av. Universitária Quadra 8E, Lote 20 - Jardim Presidente - CEP 75.901-975 - Rio Verde - Goiás - Fone: (64) 3602-0037 / 8401-2614 / 8401-2617
01022409112846524330282 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/cejo
Autentico a presente fotocópia por conferir com o original que me foi apresentado. Dou fé. *JGSA*/AWCG4SZ 50155B 92* Emolumentos: R$4,99, Fundos Estaduais: R$1,65, ISS: R$0,25
Rio Verde, 16 de setembro de 2024.
Em Testº da Verdade
MARILIA GABRIELLE ARAUJO CUNHA-Escrevente

Secretaria Municipal de Saúde
Rio Verde-GO

FRANCISCO BARRETO FILHO
Secretário Municipal de Saúde
Rio Verde - GO

Registrado as fls. 176 de livro pro prio n.º 1 E publicado nesta Secretaria em 27 de 06 de 2014

001473

PREFEITURA DE RIO VERDE
A POPULAÇÃO NO PODER

Av. Presidente Vargas, 3215 - Vila Maria
Caixa Postal 34 - CEP. 75.905 900 Rio Verde Goias
CNPJ 02.056.729/0001-05 - Fone (64) 3602 8019
Site: www.rioverdegoias.com.br

DECRETO Nº. 60-IV/2017

O PREFEITO DE RIO VERDE, Estado de Goiás no uso de suas atribuições legais.,

POR ESTE DECRETO:

Art. 1º- Exonera **FERNANDO DUARTE CABRAL** do cargo comissionado de Diretor de Vigilância em Saúde, retornando – o ao cargo de origem.

Art. 2º- Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito de Rio Verde, aos 02 de janeiro de 2017.

Paulo Faria do Vale
PREFEITO DE RIO VERDE

Registrado às fichas do arquivo próprio e publicado nesta secretaria. Em 02 de [illegible] de 2017.
Eliane Modesto Campos
Servidora Responsável
Matrícula: 2207

001474

Currículo **Lattes**



Fernando Duarte Cabral

Endereço para acessar este CV: https://lattes.cnpq.br/7168009502379166

Última atualização do currículo em 16/09/2024

Discente do Programa de Doutorado em Movimento Humano e Reabilitação, pela Universidade Evangélica de Goiás - Unievangélica de Anapolis - GO. Mestre em Agroquímica pelo IF Goiano/Campus Rio Verde (2020) na linha de pesquisa Química dos produtos Naturais (2020). Especialização em Gestão Hospitalar e Sistema Integrado de Saúde (2021). Especialização em Fisioterapia Hospitalar com Ênfase em Terapia Intensiva pelo CDCS - Centro de Desenvolvimento Científico em Saúde e Social de Goiânia 2012), Pós graduação em Gestão em Serviços de Saúde pelas Faculdades Integradas de Paranaiba (2009) Pós Graduação em Anatomia Funcional pela Faculdade Unyleya (2020), Especialização em Educação na Saúde para Preceptores no SUS pelo Hospital Sírio Libanês (2020). Possui graduação em Fisioterapia pela UNIRV - Universidade de Rio Verde (2007). Atualmente Responsável tecnico pelo serviço de Fisioterapeuta do Hospital Municipal Universitario de Rio Verde (2007), Foi de 5/2021 a 4/2023 Coordenador e Responsável Técnico do Serviço de Fisioterapia do Hospital de Urgência da Região Sudoeste, coordenador do Curso de Educação Física Bacharelado, Coordenador Acadêmico Pedagogico da Faculdade UniBras - Rio Verde, professor das disciplinas de Fisioterapia Pneumológica, Fisioterapia Cardiológica, Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva, Neuroanatomia e Anatomia II. Tem experiência como professor universitário, com diversas disciplinas tais como: Metodologia do Ensino Superior, Técnicas de Avaliação, Estudo do Desenvolvimento Humano I e II, Cinesioterapia, Fisiologia do Esforço e Supervisão de estágio em Fisioterapia, Gestão Hospitalar, Controle de Qualidade e Processos. Tem experiência na área de Fisioterapia com ênfase em Cardiovascular, Respiratória e Terapia Intensiva, atuando principalmente nos seguintes temas: reabilitação pulmonar, doenças graves, obesidade, pediatria e UTI. (Texto informado pelo autor) (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome Fernando Duarte Cabral

Filiação Antônio João da Silva Cabral e Rita Divina Duarte Cabral

Nascimento 21/07/1983 - Rio Verde/GO - Brasil

Nome em citações bibliográficas CABRAL, F. D.;Cabral, Fernando Durante;CABRAL, FERNANDO DUARTE;DUARTE CABRAL, FERNANDO;Fernando Duarte Cabral;LOPES, BETINA MARIA MARTINS;Cabral, F. D.;CABRAL , FERNANDO DUARTE

Endereço residencial Rua RC 11 Qd. 9 Lote D
Residencial Canaa - Rio Verde
75900000, GO - Brasil
Telefone: 064 96416764

Endereço profissional Prefeitura Municipal Rio Verde, Secretaria Municipal de Saúde de Rio Verde
Rua Joaquim Mota
Vila Santo Antônio - Rio Verde
75906378, GO - Brasil
Telefone: 64 6436028111

Endereço eletrônico E-mail para contato : fernandofisio2@hotmail.com
E-mail alternativo : fernandoduar@gmail.com

Lattes ID 7168009502379166

Orcid ID https://orcid.org/0000-0001-5167-5358

Formação acadêmica/titulação

2021 Doutorado em MOVIMENTO HUMANO E REABILITAÇÃO.
Universidade Evangélica de Goiás, UniEVANGÉLICA, Anapolis, Brasil
Orientador:

2018 - 2020 Mestrado em Agroquímica - PPGAq.
Instituto de educação, ciência e tecnologia goiano - Campus Rio Verde, IFGRO, Brasil
Título: Composição Química e Bioatividades do Óleo Essencial de Folhas e Flores da Spiranthera Odoratissima A. St. Hil, Ano de obtenção: 2020
Orientador: Cassia Cristina Fernandes Alves
Co-orientador: Mayker Dantas
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás, FAPEG/GO, Brasil.

2008 - 2008 Especialização em Gestão em Serviços de Saúde.
Faculdades Integradas de Paranaiba, FIPAR, Paranaiba, Brasil
Título: Saúde Publica no Brasil
Orientador: Leiry Maira Coelho Pires Carvalho

2010 - 2012 Especialização em Fisioterapia Hospitalar com ênfase em Terapia Inte.
Centro de Desenvolvimento Cientifico em Saúde e Social, CDCS, Brasil
Título: ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA
Orientador: Renato Canevari Dutra da Silva

2018 - 2020 Especialização em Anatomia Funcional.
Faculdade UNYLEYA, FU, Brasil
Título: I

2019 - 2020 Especialização em Educação na Saúde para Preceptores no SUS.
Hospital Sirio-Libanês, SIRIO-LIBANÊS, Sao Paulo, Brasil
Título: MOVIMENTOS DURANTE A EXPERIENCIA VIVIDA SOBRE DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA O PROCESSO DE GESTÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS E DA PRECEPTORIA NO SUS
Orientador: Ligia M M. Pereira dos Santos

2021 - 2021 Especialização em Gestão Hospitalar e Sistema Integrado de Saúde.
FACULDADES DELTA, CTD_PPROV, Goiania, Brasil
Título: COVID 19 - Principais Problemas Enfrentados Pela Administração Hospitalar
Orientador: Ludmilla Cristina Souza Silva

2003 - 2007 Graduação em Fisioterapia.
Universidade de Rio Verde, FESURV, Rio Verde, Brasil
Título: PREVALENCIA DE SOBREPESO, OBESIDADE E ADIPOSIDADE SUBCUTANEA EM ADOLESCENTES

001475

ESCOLARES DO MUNICIPIO DE RIO VERDE, GOIAS
Orientador: Renato Canevari Dutra da Silva

Formação complementar

2013 - 2013 Curso de curta duração em Curso de Introducão à Atenção Domiciliar. (Carga horária: 30h)
Universidade Federal do Ceará, UFC, Fortaleza, Brasil

2013 - 2013 Curso de curta duração em Curso Multiprofissional em Saude do Trabalhador. (Carga horária: 180h).
Universidade Federal de Goiás, UFG, Goiania, Brasil

2013 - 2013 Curso de curta duração em Avaliação de risco em saude humana por exposição a substâncias quimicas. (Carga horária: 95h).
Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio De Janeiro, Brasil

2013 - 2013 Curso de curta duração em Sustentabilidade aplicada aos negócios: orientações para gestores. (Carga horária: 10h).
Fundação Getúlio Vargas, FGV, Rio De Janeiro, Brasil

2013 - 2013 Curso de curta duração em Ações para Controle da Tuberculose na Atenção Básica. (Carga horária: 30h).
Plataforma Arouca - UNASUS - Ministério da Saúde, UNASUS, Brasil

2013 - 2013 Curso de curta duração em Abordagem da Violência na Atenção Domiciliar. (Carga horária: 45h).
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio De Janeiro, Brasil

2013 - 2013 Curso de curta duração em Judicialização da Saúde na Atenção Domiciliar. (Carga horária: 30h).
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio De Janeiro, Brasil

2013 - 2013 Curso de curta duração em Atualização do Manejo Clínico da Dengue. (Carga horária: 2h).
Plataforma Arouca - UNASUS - Ministério da Saúde, UNASUS, Brasil

2017 - 2017 Curso de curta duração em Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Aguas. (Carga horária: 45h).
Centro de Treinamento e Desenvolvimento da Universidade Federal do Ceará, CETREDE-UFC, Fortaleza, Brasil
Palavras-chave: "Saúde no Campo, da Floresta e das

2021 - 2021 Curso de curta duração em TREINAMENTO: ALTA PERFORMANCE EM LIDERANÇA PARA PROFISSIONAIS DA SAUDE. (Carga horária: 12h).
LN Educação e Instituto Vanessa Amaral, LNEIVA, Brasil
Palavras chave: ALTA PERFORMANCE EM LIDERANÇA PARA PROFISSIONAIS D

2022 - 2022 Curso de curta duração em Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses e Próteses. (Carga horária: 45h).
Universidade Federal do Maranhão , UFMA, Sao Luis, Brasil
Palavras-chave: e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliar

2022 - 2022 Curso de curta duração em Atenção à Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico (TCE). (Carga horária: 30h).
Universidade Federal do Maranhão , UFMA, Sao Luis, Brasil
Palavras chave: Atenção à Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico

2022 - 2022 Curso de curta duração em "Abordagem das sindromes geriátricas e cuid paliativos na Atenção Primaria. (Carga horária: 12h).
Escola Fiocruz de Governo, EFG, Brasil
Palavras-chave: "Abordagem das síndromes geriátricas e cuidados

2022 - 2022 Curso de curta duração em Saude da Pessoa Idosa - Abordagem Familiar e Manejo das Fragilidades. (Carga horária: 12h).
Escola Fiocruz de Governo, EFG, Brasil
Palavras-chave: Saude da Pessoa Idosa - Abordagem Familiar

2023 - 2023 Curso de curta duração em Formacão Docente: Biblioteca Virtual. (Carga horária: 4h)
Centro Universitario do Sudoeste Goiano, UNIBRAS RIO VERD, Brasil
Palavras-chave: Biblioteca Virtual, Formação Docente, Livros Digitais

2023 - 2023 Curso de curta duração em Formacão Docente Continuada: Laboratorios Virtuais. (Carga horária: 4h).
Centro Universitario do Sudoeste Goiano, UNIBRAS RIO VERD, Brasil
Palavras-chave: Ensino Digital, Laboratorios Virtuais, Formação Docente

2023 - 2023 Curso de curta duração em Formação Docente Continuada: Educação Digital - Desafios e Possibilidades. (Carga horária: 4h).
Centro Universitario do Sudoeste Goiano, UNIBRAS RIO VERD, Brasil
Palavras-chave: Educação Digital, Ferramentas para o Ensino, Metodologias de Ensino

2023 - 2023 Curso de curta duração em Formação Docente Continuada: Processos de Gamificação e Uso de Metodologias. (Carga horária: 4h).
Centro Universitario do Sudoeste Goiano, UNIBRAS RIO VERD, Brasil
Palavras-chave: Gamificação , Metodologias, Métodos de Ensino e Aprendizagem

2023 - 2023 Curso de curta duração em Formação Docente Continuada: Construindo o Catálogo - Ferramenta SAGAH. (Carga horária: 4h).
Centro Universitario do Sudoeste Goiano, UNIBRAS RIO VERD, Brasil
Palavras chave: SAGAH, Catálogo, AVA

2023 - 2023 Curso de curta duração em Formacao Docente Continuada: Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) (Carga horária: 4h).
Centro Universitario do Sudoeste Goiano, UNIBRAS RIO VERD, Brasil
Palavras chave: Ambiente Virtual de Aprendizagem, Recursos Digitais, Plataforma Digital

2023 - 2023 Curso de curta duracão em Formacao Docente Continuada: DremShaper. (Carga horária: 4h).
Centro Universitário do Sudoeste Goiano, UNIBRAS RIO VERD, Brasil
Palavras chave: Ferramentas Digitais , Projetos, DreamShaper

2024 - 2024 Curso de curta duracão em VII Encontro Integrado - Projeto de Extensão - Plataforma LINK. (Carga horária: 3h).
UCBRAS - Universidade Corporativa Bras Educacional, UCBRAS, Brasil

2024 - 2024 Curso de curta duração em Avaliação como estratégia de Aprendizagem. (Carga horária: 3h).
UCBRAS - Universidade Corporativa Bras Educacional, UCBRAS, Brasil

2024 - 2024 Curso de curta duracão em Elaboração de Tarefas no Teams. (Carga horária: 3h).
UCBRAS - Universidade Corporativa Bras Educacional, UCBRAS, Brasil

2024 - 2024 Curso de curta duração em Formacão Class Notebook Docentes. (Carga horaria: 3h).
UCBRAS - Universidade Corporativa Bras Educacional, UCBRAS, Brasil

2024 - 2024 Curso de curta duração em Saúde Mental e bem estar do Professor. (Carga horária: 3h).
UCBRAS - Universidade Corporativa Bras Educacional, UCBRAS, Brasil

2024 - 2024 Curso de curta duracão em Os novos desafios da Educacão a Distância e a IA. (Carga horária: 3h).
UCBRAS - Universidade Corporativa Bras Educacional, UCBRAS, Brasil

2024 - 2024 Curso de curta duração em Formação Planner Docente. (Carga horária: 3h).
UCBRAS - Universidade Corporativa Bras Educacional, UCBRAS, Brasil

2024 - 2024 Curso de curta duração em Formação PBL – Aprendizagem baseada em problemas. (Carga horária: 3h).
UCBRAS - Universidade Corporativa Bras Educacional, UCBRAS, Brasil

2024 - 2024 Curso de curta duração em Formação Forms Docentes. (Carga horária: 3h)
UCBRAS - Universidade Corporativa Bras Educacional, UCBRAS, Brasil

2024 - 2024 Curso de curta duração em Regulatório II. (Carga horária: 3h).
UCBRAS - Universidade Corporativa Bras Educacional, UCBRAS, Brasil

Atuação profissional

SECRETARIA MUNICIPAL DE RIO VERDE - SMSRV

2013 - 2014 Enquadramento funcional: Coordenador do Serviço de Fisioterapia , Carga horária: 30, Regime:
SECRETARIA MUNICIPAL DE RIO VERDEDedicação exclusiva
Outras informações:
Responsável pelo direcionamento do fluxo de pacientes para o serviço de fisioterapia do município.
Coordenar o serviço de fisioterapia junto aos gestores da secretaria municipal de saúde.

Universidade de Rio Verde - FESURV

2013 - 2013 Vínculo: Servidor público , Enquadramento funcional: Professor Titular , Carga horária: 40, Regime:
Universidade de Rio VerdeDedicação exclusiva

Atividades

08/2013 - 09/2013 Graduação, Fisioterapia

Disciplinas ministradas
Cinesioterapia , Estagio Supervisionado em Geriatria e Reumatologia , Técnicas de Avaliação em Fisioterapia

02/2013 - 07/2013 Graduação, Fisioterapia

Disciplinas ministradas
Estágio Supervisionado em Geriatria e Reulmatologia , Estagio Supervisionado em Saude Pública , Estudo do Movimento Humano I , Fisiologia do Esforço Aplicada a Fisioterapra , Pesquisa Cientifica

Prefeitura Municipal de Montividiu - PMM

2008 - 2012 Vínculo: Servidor público , Enquadramento funcional: Fisioterapeuta , Carga horária: 30, Regime: Prefeitura Municipal de MontividiuParcial
Outras informações:
Atuação em atendimento ambulatorial e domiciliar através da ESF - Estratégia de Saúde da Família.

Hospital Municipal de Rio Verde - HMRV

2019 - Atual Vínculo: Servidor público , Enquadramento funcional: Responsável Tecnico Geral da Fisioterapia-HMU , Carga horária: 30, Regime: Hospital Municipal de Rio VerdeParcial
Outras informações:
Desenvolve ações como coordenador Geral do Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário de Rio Verde e atua como responsavel tecnico da UTI - Unidade de Terapia Intensiva Adulto COVID e Enfermaria. Responsável pelo alinhamento das condutas através dos POP's - Plano Operacional Padrão, protocolos assistênciais nas Clinicas Médica, Cirúrgica e Ortopédica, Pronto Socorro e Unidades Intensivas. Controla a produção, estatística, qualidade, indicadores e não conformidades. Atuou durante a pandemia na expanção dos leitos de UTI's junto a equipe Multidisciplinar de uma UTI com 9 Leitos para 5 UTI's com total de 64 Leitos Intensivos. Foram realizados treinamentos para equipes multidisciplinar, sobre o manejo da ventilação mecânica para pacientes críticos Covid.

2014 - 2014 Vínculo: Servidor público , Enquadramento funcional: Coordenador Equipe de Fisioterapia da UTI. , Carga horária: 30, Regime: Hospital Municipal de Rio VerdeParcial
Outras informações:
Atendimentos em fisioterapia intensiva.

2014 - 2016 Enquadramento funcional: Diretor Administrativo , Carga horária: 40, Regime: Hospital Municipal de Rio VerdeDedicação exclusiva

2012 - 2018 Vínculo: Servidor público , Enquadramento funcional: Fisioterapeuta , Carga horária: 30, Regime: Hospital Municipal de Rio VerdeParcial

2006 - 2012 Enquadramento funcional: Auxiliar de Farmácia Hospitalar , Carga horária: 30, Regime: Hospital Municipal de Rio VerdeParcial

Qualifisio - Serviço de Fisioterapia - QUALIFISIO

2007 - 2008 Vínculo: Profissional Liberal , Enquadramento funcional: Locatario , Carga horária: 40, Regime: Qualifisio - Serviço de Fisioterapiaintegral

Instituto de Ensino Superior de Rio Verde - IESRIVER

2022 - 2024 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Coord. do Curso de Publicidade e Propaganda , Carga horária: 4, Regime: Instituto de Ensino Superior de Rio VerdeDedicação exclusiva

2022 - 2024 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Coordenador Acadêmico Pedagógico , Carga horária: 40, Regime: Instituto de Ensino Superior de Rio VerdeIntegral

2022 - 2024 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Coordenador Curso Superior de Jornalismo , Carga horária: 4, Regime: Instituto de Ensino Superior de Rio VerdeDedicação exclusiva

2020 - Atual Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Coordenador da Faculdade de Educação Física , Carga horária: 6, Regime: Instituto de Ensino Superior de Rio VerdeParcial
Outras informações:
Atua como coordenador acadêmico e pedagógico do curso de Bacharel em Educação Física, regendo o NDE e o Colegiado. Coordena a relação do corpo docente e discente, juntamente com os demais membros da comunidade academica. Participou de forma efetiva, juntamente com os demais coordenadores dos cursos de Educação Física do Grupo Brasília Educacional, do processo de reestruturação das grades curriculares tradicionais, para grades curriculares modulares e dinâmicas. Durante o período de pandemia, conduziu a comunidade acadêmica do curso de Educação Física, para o ensino remoto, com uso de plataformas digitais, como: Biblioteca Virtual, Laboratórios Virtuais, AVA, MEET, Google Sala de Aula e uso do acervo SAGAH.

2019 - 2021 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Coordenador Faculdade de Fisioterapia , Carga horária: 19, Regime: Instituto de Ensino Superior de Rio VerdeParcial
Outras informações:
Atuou como coordenador acadêmico e pedagogico do curso de Fisioterapia, regendo o NDE e o Colegiado,. Coordenou a relação do corpo docente e discente, juntamente com os demais membros da comunidade acadêmica. Participou de forma efetiva, juntamente com os demais coordenadores dos cursos de Fisioterapia do Grupo Brasília Educacional, do processo de reestruturação das grades curriculares tradicionais, para grades curriculares modulares e dinâmicas. Durante o período de pandemia, conduziu a comunidade acadêmica do curso de Fisioterapia, para o ensino remoto, com uso de

plataformas digitais, como: Biblioteca Virtual, Laboratórios Virtuais, AVA, MEET, Google Sala de Aula e uso do acervo SAGAH.

2015 - Atual Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Professor do Curso de Fisioterapia , Carga horária: 40, Regime: Instituto de Ensino Superior de Rio VerdeIntegral

Atividades

01/2022 - Atual Direção e Administração, Faculdade Objetivo

Cargos ocupados
Coordenador Acadêmico Pedagogico

01/2019 - Atual Conselhos, Comissões e Consultoria, Faculdade Objetivo

Especificação
Coordenador da Comissão Propria de Avaliação - CPA

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - HERSO

2021 - 2023 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Responsável Técnico/Coordenador Fisioterapia , Carga horária: 30, Regime: Hospital Estadual de Santa Helena de GoiásParcial
Outras informações:
Desenvolve ações como coordenador Geral do Serviço de Fisioterapia e atua como responsável técnico das UTI's - Unidades de Terapias Intensivas Adulto I e II. Responsavel pelo alinhamento das condutas através dos POP's - Plano Operacional Padrão, protocolos assistências nas Clínicas Médica, Cirurgica e Ortopedica, Pronto Socorro e Unidades Intensivas. Controla a produção, estatistica, qualidade, indicadores e não conformidades.

Áreas de atuação

1. Grande area: Ciências Biológicas / Área: Fisiologia
2. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
3. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva

Idiomas

Inglês Compreende Razoavelmente , Fala Pouco , Escreve Razoavelmente , Lê Razoavelmente

Espanhol Compreende Razoavelmente , Fala Pouco , Escreve Razoavelmente , Lê Razoavelmente

Português Compreende Bem , Fala Bem , Escreve Bem , Lê Bem

Prêmios e títulos

2007 3º Colocação nos trabalhos orais apresentados na VI Semana Cientifica de Fisioterapia 01/2007, com o tema Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em Adolescentes Escolares do Município de Rio Verde, GO, FESURV - Universidade de Rio Verde

2007 3º Colocação nos trabalhos orais apresentados na VI Semana Cientifica de Fisioterapia 01/2007, com o tema Avaliação do Nivel de Atividade Fisica em Adolescentes Escolares do Município de Rio Verde, GO, FESURV - Universidade de Rio Verde

Producão

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

1. VIEIRA, L. P.; Cabral, Rodrigo Sebastião Cruvinel; **CABRAL, F. D.**; OLIVEIRA, D. G.; GUIMARAES, J. E. V.; A. FISIOTERAPIA COMO FATOR PRINCIPAL NA REABILITAÇÃO PULMONAR DO PACIENTE ACOMETIDO COM ESCLEROSE MULTIPLA. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO. v.1, p.1 - 12, 2023.
Palavras-chave: Multiple Sclerosis, Rehabilitation, Care, Physioth
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Home page:
[https://revistas.unipacto.com.br/multidisciplinar/edicoes/56]

2. VERRI, L. F.; **Cabral, F. D.**; SOARES, A. K. C.; OLIVEIRA, D. G.; Cabral, Rodrigo Sebastião Cruvinel; **VENEZIANO, L. S. N.**. ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIATRICA.. Revista Saude dos Vales. v.1, p.1 - 12, 2023.
Palavras-chave: Fisioterapia, Bariatrica, Cirurgia Bariátrica.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page:
[https://revistas.unipacto.com.br/busca/?search=fernando+duarte+cabral]

3. SALES, DANIELE APARECIDA SANTOS; **CABRAL , FERNANDO DUARTE**. FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL: OS BENEFÍCIOS DO LASER PARA AS CICATRIZES. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. v.9, p.1051 - 1064, 2023.
Palavras-chave: Pele Humana, Cicatrizes, Laser.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page:
[https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/12364/5777][doi:10.51891/rease.v9i11.12364]

4. MELO, L. F. P.; CABRAL, F. S. C.; **Cabral, F. D.**; OLIVEIRA, D. G.. INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA JUNTO AO PACIENTE COM DPOC. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO. v.10, p.1 - 10, 2023.
Palavras-chave: Doença Pulmonar, Programa de Reabilitação, Atendim
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page:
[https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2022/1157_intervencao_fisioterapeutica_junto_ao_paciente_com_dpoc.pdf]

5. TONETI, M. B. F.; **CABRAL, F. D.**; OLIVEIRA, D. G.. A EFICÁCIA DA ESTABILIZAÇÃO CENTRAL COM A PRÁTICA DO MÉTODO PILATES NO TRATAMENTO DE DOR LOMBAR CRÔNICA. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO. v.3, p.1 - 14, 2022.
Palavras-chave: Estabilização segmentar, Dor lombar, Pilates.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page:
[http://https://revistas.unipacto.com.br/busca?search=fernando+duarte]

6. ALCANTARA, H. S.; **Fernando Duarte Cabral**; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); CABRAL, K. B.; DONDA, A. C.; **VENEZIANO, L. S. N.**; OLIVEIRA, D. G.. A ERGONOMIA COMO BENEFÍCIO PARA A QUALIDADE DE VIDA DO COLABORADOR: NOVAS PERSPECTIVAS. Revista Saúde dos Vales. v.1, p.1 - 20, 2022.
Palavras-chave: Ergonomia, Colaborador, Empresa, Benefícios, Rendi
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://revistas.unipacto.com.br/busca?search=fernando+duarte+cabral]

7. COSTA, K. C. S.; **CABRAL, F. D.**. ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO NEONATO PRÉ-TERMO COM A DOENÇA DA MEMBRANA HIALINA. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO, v. 2, p.5 - 14, 2022.
Palavras-chave: Neonate, Respiratory Discomfort, Neonatal, Physiot
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://revistas.unipacto.com.br/multidisciplinar/edicoes/44]

8. doi GARCIA, TAMARA SALDANHA; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**. ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO TRATAMENTO INTENSIVO DO PACIENTE COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO - TCE. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. v.8, p.560 - 570, 2022.
Palavras-chave: TBI, Traumatic Brain Injury, Physiotherapy,
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [doi:10.51891/rease.v8i6.6636]

9. OLIVEIRA, D. G.; **CABRAL, F. D.**; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); CABRAL, K. B.; DONDA, A. C.; **VENEZIANO, L. S. N.**; JESUS, D. C.. ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO TRATAMENTO RESPIRATÓRIO DE PACIENTES COM FIBROSE CISTICA. Revista Saude dos Vales. v.1, p.1 - 11, 2022.
Palavras-chave: Fisioterapia respiratoria, Fibrose Cística, Higien
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. . Home page: [http://https://revistas.unipacto.com.br/busca?search=fernando+duarte+cabral]

10. PRATES, N. C.; GUIMARAES, J. E. V.; **CABRAL, F. D.**; CABRAL, R. S. C.. BENEFÍCIOS DA FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DURANTE A GESTAÇÃO. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO. v.5, p.1 - 21, 2022.
Palavras-chave: PHYSIOTHERAPY IN URINARY INCONTINENCE
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://file://C:/Users/fernando.cabral/Downloads/960_beneficios_da_fisioterapia_na_incontinencia_urinaria_durante_a_gestaca.pdf]

11. FREITAS, J. V. F.; **CABRAL, F. D.**. BENEFÍCIOS DA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANENCIA. Revista Saúde dos Vales. v.V1, p.1 - 5, 2022.
Palavras-chave: Envelhecimento, Doenças Respiratórias, Idosos, ILP
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://revistas.unipacto.com.br/busca?search=fernando+duarte+cabral]

12. doi BOLDRIN, L. S. C.; **CABRAL, F. D.**; **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, R. S. C.. Carboxytherapy: challenges and possibilities. Brazilian Journal of Development. v.v.8, p.37434 - 37445, 2022.
Palavras-chave: carboxytherapy, dermatological physiotherapy, phys
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Português. . Home page: [http://https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/48022/pdf]doi:10.34117/bjdv8n5-307]

13. NUNES, I. C.; CABRAL, R. S. C.; **Cabral, F. D.**; OLIVEIRA, D. G.; SILVA, R. C. D.. CARDIO-RESPIRATORY EXERCISES TO IMPROVE ATHLETE'S PHYSICAL CONDITION. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO. v.10, p.1 - 9, 2022.
Palavras-chave: Cardiorespiratory exercises, cardiovascular diseas
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [https://revistas.unipacto.com.br/multidisciplinar/edicoes/55]

14. OLIVEIRA, R. K.; CABRAL, K. B.; DONDA, A. C.; **CABRAL, F. D.**. CONSEQUENCES OF EARLY WEEANING. Revista Saúde dos Vales. v.V1, p.1 - 12, 2022.
Palavras-chave: Desmame, Enfermagem, Crianças
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. . Home page: [http://https://revistas.unipacto.com.br/busca?search=fernando+duarte+cabral]

15. FERREIRA, A. S.; OLIVEIRA, D. G.; **CABRAL, F. D.**. EFFECTIVENESS OF PLAY ACTIVITIES IN PREVENTING LOSS OF MOVEMENT IN THE ELDERLY. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO, v.9, p.1 - 11, 2022.
Palavras-chave: Elderly, Playful, Physiotherapy, Movements,
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [https://revistas.unipacto.com.br/multidisciplinar/edicoes/54]

16. doi SILVA, VALDINEIA LOURENÇO; Cabral, Rodrigo Sebastião Cruvinel; CABRAL, F. D.; Ferreira, Tairo Vieira; DONDA, ANA CAROLINA; SILVA, R. C. D.; SILVA, TAINARA GOMES DA; Veneziano, Leonardo Squinello Nogueira. FISIOTERAPIA DESPORTIVA NA TERCEIRA IDADE: PILATES. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. v.8, p.2376 - 2386, 2022.
Palavras-chave: Fisioterapia desportiva, Idoso, Pilates
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital

17. SILVA, V. L.; CABRAL, R. S. C.; **Cabral, F. D.**; FERREIRA, T. V.; DONDA, A. C.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); SILVA, T. G.; **VENEZIANO, L. S. N.**. FISIOTERAPIA DESPORTIVA NA TERCEIRA IDADE:PILATES. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. v.8, p.2376 - 2386, 2022.
Palavras-chave: Sports physiotherapy, Elderly Pilates
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/5681/2195]

18. CHAGAS, D. R. N.; **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, R. S. C.; **Cabral, F. D.**; DONDA, A. C.; GUIMARAES, J. E. V.. FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA COVID-19 EM IDOSOS:REVISÃO NARRATIVA. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. v.v.8, p.1661 - 1671, 2022.
Palavras-chave: COVID-19, Elderly, Physiotherapy
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://periodicorease.pro.br/rease/search/index?query=leonardo+squinello+nogueira+veneziano&dateFromYear=&dateFromMonth=&dateFromDay=&dateToYear=&dateToMonth=&dateToDay=&authors=leonardo+squinello+nogueira+venezi

19. OLIVEIRA1, L. F. J.; **CABRAL, F. D.**. INICIAÇÃO ESPORTIVA E ESPECIALIZAÇÃO PRECOCE ATRAVÉS DO FUTEBOL. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO. v.10, p.1 - 21, 2022.
Palavras-chave: Sports Initiation, Football, Early Specialization,
Áreas do conhecimento: Educação Física
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [https://revistas.unipacto.com.br/busca?search=luiz+fernando]

20. doi SILVA, MARCELLA GOMES; SILVA, MARYELLI FIRMINO DA; MARTINS, MARIA EDUARDA BUENO; RIBEIRO, MATHEUS HENRIQUE LEMOS; LOVATTO, VIVIANE; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**. MÉTODO PEDIASUIT NA REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. v.8, p.1002 - 1010, 2022.
Palavras-chave: Cerebral Palsy, PediaSuit, Motor Development, Reha
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/3928/1514][doi.10.51891/rease.v8i1.3928]

21. SOUZA, LUCAS LEÃO; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**. MÉTODOS PARA HIPERTROFIA. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. v.8, p.2803 - 2812, 2022.
Palavras-chave: Muscle hypertrophy. Training frequency. Training l
Áreas do conhecimento: Educação Física
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/7879/3102][doi.10.51891/rease.v8i11.7879]

22. GUIMARÃES, LAURO MENDONÇA; BORGES, NATANNE MARIA DA SILVA VIEIRA; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**. O USO DA MECANOTERAPIA NA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. v.8, p.1265 - 1275, 2022.
Palavras-chave: Gerontology. Aging. disorders.Physiotherapist
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/4339/1670][doi:10.51891/rease.v9i2.4339]

23. LIMA, JAQUELINE PEREIRA; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**; SOARES, ANA CAROLINE DE SIQUEIRA. O USO DE EXERCÍCIOS FISIOTERAPEUTICOS NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciencias e Educação. v.8, p 340 - 855, 2022.
Palavras-chave: Incontinencia urinaria. Exercícios. Mulheres incon
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/3878/1508][doi:10.51891/rease.v8i1.3878]

24. SILVA, ANDRE BASTOS DA MATTA E; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**. PERDA DE MASSA MUSCULAR EM PACIENTES BARIATRICOS. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. v.8, p.473 - 486, 2022.
Palavras-chave: Bariatric surgery. Lean Mass. Resistance exercise.
Áreas do conhecimento: Educação Física
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/8022/3163][doi:10.51891/rease.v8i12.8022]

25. MARQUES, P. C. S.; **CABRAL, F. D.**; OLIVEIRA, D. G.. PHYSIOTHERAPIST PERFORMANCE IN PULMONARY REHABILITATION OF THE PATIENT WITH IT. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO. v.9, p.1 - 10, 2022.
Palavras-chave: Physiotherapy. Rehabilitation. Care. Amyotrophic L
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. . Home page: [https://revistas.unipacto.com.br/multidisciplinar/edicoes/54]

26. SOUSA, T. S. P.; CABRAL, P. S. C.; **CABRAL, F. D.**; OLIVEIRA, D. G.; SILVA, R. C. D.. PHYSIOTHERAPY ASSISTANCE IN PALLIATIVE PATIENTS. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO. v.10, p.1 - 6, 2022.
Palavras-chave: Palliative therapeutic care, physical therapy assi
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [https://revistas.unipacto.com.br/multidisciplinar/edicoes/55]

27. MARTINS, M. A.; SILVA, M. F.; MARTINS, M. E. B.; RIBEIRO, M. H. L.; **CABRAL, F. D.**. Physiotherapy in post-sexual reassignment surgery - male to female. Brazilian Journal of Health Review. v.5, p.6070 - 6081, 2022.
Palavras-chave: fisioterapia, redesignação sexual, fisioterapia pe
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/46130/pdf][doi:10.34119/bjhrv5n2-184]

28. OLIVEIRA, L. A. A.; CABRAL, R. S. C.; **CABRAL, F. D.**; OLIVEIRA, D. G.; SILVA, R. C. D.. PHYSIOTHERAPY INTERVENTION IN PNEUMOTORAX. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO. v.1, p.1 - 7, 2022.
Palavras-chave: Pneumothorax. Respiratory fisioterapy. Physiothera
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. . Home page: [https://revistas.unipacto.com.br/multidisciplinar/edicoes/55]

29. SA, W. C.; **CABRAL, F. D.**; **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, R. S. C.. Physiotherapy intervention in spinal cord trauma by traffic accidents. Brazilian Journal of Development. v.8, p.38876 - 38887, 2022.
Palavras-chave: Physiotherapy. spinal trauma. traffic accident. re
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/48280/pdf][doi:10.34117/bjdv8n5-399]

30. ARRUDA, A. C. L.; CABRAL, R. S. C.; **CABRAL, F. D.**; OLIVEIRA, D. G.. PREVENTION OF THE EMERGENCE OF PNEUMONIA BY MECHANICAL VENTILATION IN CRITICAL PATIENTS. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO. v.1, p.1 - 6, 2022.
Palavras-chave: Intensive therapy. Pneumonia associated with mecha
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [https://revistas.unipacto.com.br/multidisciplinar/edicoes/55]

31. SOARES, A. K. O.; CABRAL, R. S. C.; **Cabral, F. D.**; OLIVEIRA, D. G.. PULMONARY REHABILITATION OF PATIENTS WITH SEVERE TCE IN INTENSIVE CARE UNIT.. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO. v.10, p.1 - 10, 2022.
Palavras-chave: Intensive care. TCE. Respiratory rehabilitation
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [https://revistas.unipacto.com.br/multidisciplinar/edicoes/55]

32. SILVA, M. B.; **CABRAL, F. D.**; OLIVEIRA, D. G.. REPERCUSSION OF PHYSIOTHERAPY ON THE FUNCTIONAL AND TECHNICAL PERFORMANCE OF HIGH-PERFORMANCE ATHLETES. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO. v.9, p.1 - 7, 2022.
Palavras-chave: Sports physiotherapy. athletes. performance
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [https://revistas.unipacto.com.br/multidisciplinar/edicoes/54]

33. SILVA, D. D.; **CABRAL, F. D.**; OLIVEIRA, D. G.. THE USE OF THE STACKING TECHNIQUE WITH MANUAL AMBU TO REVERSE ATELECTASIES . REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO. v.9, p.1 - 6, 2022.
Palavras-chave: Stacking with ambu ; Atecsy. Techniques.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. . Home page: [https://revistas.unipacto.com.br/multidisciplinar/edicoes/54]

34. SANTOS, E. M. C.; **CABRAL, F. D.** A EQUOTERAPIA NA PARALISIA CEREBRAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRAFICA. Revista Saúde dos Vales. v.V2, p.1, 2021.
Palavras-chave: Equoterapia. Paralisia Cerebral. Técnicas. Terapêu
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://revistas.unipacto.com.br/saude/edicoes/40]

35. SILVA, K. L.; **VENEZIANO, L. S. N.**; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva). A ERGONOMIA NO POSICIONAMENTO CORPORAL EM CICLISTAS AMADORES. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO. v.2, p.1 - 14, 2021.

001480

Referências adicionais: Português. . Home page: [http://file://C:/Users/fernando.cabral/Downloads/679_a_ergonomia_no_posicionamento_corporal_em_ciclistas_amador.pdf]

36. doi ANTUNES, WARLLA ALVES; Guimarães, João Eduardo Viana; Cabral, Rodrigo Sebastião Cruvinel; NOGUEIRA, LEONARDO SQUINELLO VENEZIANO; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**. Acupuntura no tratamento de endometriose: revisão narrativa/ Acupuncture in the treatment of endometriosis: narrative review. Brazilian Journal of Health Review. v.4, p.23700 - 23713, 2021.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [doi:10.34119/bjhrv4n6-003]

37. PORFIRIO, J.; CANSADO, I. M. B. L.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); CABRAL, K. B.; OLIVEIRA, N. C. D.; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**; JESUS, D. C.. ALEITAMENTO MATERNO E O SUPORTE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. Recifaqui. v.2, p.37 - 47, 2021.
Referências adicionais: Português. . Home page: [http://recifaqui.faqui.edu.br/index.php/recifaqui/article/view/79/70]

38. ZAMBIASI, R.; CABRAL, K. B.; **VENEZIANO, L. S. N.**; **CABRAL, F. D.**. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO. EVISTA RECIFAQUI. v.V1, p.32, 2021.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://recifaqui.faqui.edu.br/index.php/recifaqui/article/view/133/122]

39. doi SILVEIRA, THALIA DOS SANTOS; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**. BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DOS EXERCÍCIOS DE KEGEL APLICADA EM GESTANTES. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. v.7, p.392 - 406, 2021.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/3416/1341][doi:10.51891/rease.v7i12.3416]

40. OLIVEIRA, R. A.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); CABRAL, K. B.; DONDA, A. C.; **CABRAL, F. D.**; **VENEZIANO, L. S. N.**; JESUS, D. C.. EFEITOS DA HIDROTERAPIA NA RECUPERAÇÃO DO EQUILÍBRIO EPREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS. EVISTA RECIFAQUI. v.V3, p.471 - 482, 2021.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://recifaqui.faqui.edu.br/index.php/recifaqui/article/view/108/99]

41. REIS, N. C.; CABRAL, K. B.; **VENEZIANO, L. S. N.**; **CABRAL, F. D.**. ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO UTERO. Revista Saude dos Vales. v.V2, p.1, 2021.
Palavras-chave: Cancer; Colo Uterino; Enfermagem
Áreas do conhecimento: Enfermagem
Referências adicionais: Português. . Home page: [http://https://revistas.unipacto.com.br/saude/edicoes/40]

42. doi MARTINS, LAIS SILVÉRIO; LOVATTO, VIVIANE; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**; OLIVEIRA, DANIELA GOMES DE. FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS COM BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. v.7, p.866 - 879, 2021.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [doc10.51891/rease.v7i12.3535]

43. OLIVEIRA, L. F.; DONDA, A. C.; CABRAL, K. B.; **CABRAL, F. D.**. GOOD NURSING PRACTICES IN THE INTENSIVE CARE UNIT: role and importance of nurses in this space. Revista Saúde dos Vales. v.V2, p.1, 2021.
Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Gestão de pessoas; Competê
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://revistas.unipacto.com.br/saude/edicoes/40]

44. RAMOS, G. F.; DONDA, A. C.; CABRAL, K. B.; **CABRAL, F. D.**. NURSES' PERFORMANCE IN HUMANIZED DELIVERY. EVISTA RECIFAQUI. v.V1, p.657, 2021.
Referências adicionais: Português. . Home page: [http://recifaqui.faqui.edu.br/index.php/recifaqui/article/view/174/157]

45. ZAMBIASI, R.; CABRAL, K. B.; **VENEZIANO, L. S. N.**; **CABRAL, F. D.**. NURSING CARE IN HUMANIZED DELIVERY. Revista Saúde dos Vales. v.V2, p.1, 2021.
Palavras-chave: Parto Humanizado; Enfermagem; Cuidados de Enfermag
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://revistas.unipacto.com.br/saude/edicoes/40]

46. doi LOPES, BETINA MARIA MARTINS. O PAPEL DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA VIDA DO AUTISTA. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. v.7, p.3111 - 3124, 2021.
Palavras-chave: Educação física; Autista; Intervenção
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/3022/1181]

47. OLIVEIRA, M. M.; SOFIATTI, T. L.; **VENEZIANO, L. S. N.**; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva). RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS E ASPECTOS CLÍNICOS EM PACIENTES COM FIBROSE CISTICA. Recifaqui. v.1, p.17 - 33, 2021.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://recifaqui.faqui.edu.br/index.php/recifaqui/article/view/49/40]

48. doi GONÇALVES, SONARIA CARLOS DE SOUSA; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**. RELAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM O PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO MÁXIMO DOS COLABORADORES DE UMA CRECHE NO MUNICÍPIO DE RIO VERDE-GO. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. v.7, p.440 - 454, 2021.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/3423/1344][doi:10.51891/rease.v7i12.3423]

49. FERREIRA, M. E.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); CABRAL, K. B.; DONDA, A. C.; **CABRAL, F. D.**; **VENEZIANO, L. S. N.**; JESUS, D. C.. RELATIONSHIP OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS (DM2) WITH CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN ADULTS. EVISTA RECIFAQUI. v.V1, p.671, 2021.
Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Nursing care; Prevention.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://recifaqui.faqui.edu.br/index.php/recifaqui/article/view/149/158]

50. **VENEZIANO, L. S. N.**; SOFIATTI, S. L.; SILVA, R. N.; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva). SOBREPESO E OBESIDADE MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E INTERVENÇÕES FISIOTERAPICAS. Recifaqui. v.2, p.8 - 36, 2021.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://recifaqui.faqui.edu.br/index.php/recifaqui/article/view/50]

51. OLIVEIRA, S. A.; DONDA, A. C.; CABRAL, K. B.; **CABRAL, F. D.**. THE IMPORTANCE OF THE DOULA'S PERFORMANCE IN THE GESTATIONAL CYCLE. Revista Saude dos Vales. v.V2, p.1, 2021.
Referências adicionais: Português. . Home page: [http://https://revistas.unipacto.com.br/saude/edicoes/40]

52. SANTOS, R. M.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevan Dutra da Silva); CABRAL, K. B.; DONDA, A. C.; **CABRAL, F. D.**; **VENEZIANO, L. S. N.**; JESUS, D. C.; GUIMARAES, J. E. V.. THE USE OF VENTOSATHERAPY IN PHYSICAL ACTIVITY PRACTITIONERS. EVISTA RECIFAQUI. v.V1, p.618, 2021.
Palavras-chave: Ventilation therapy; Chinese medicine. Physical ac
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://recifaqui.faqui.edu.br/index.php/recifaqui/article/view/148/154]

53. ROSA JUNIOR, A. S.; CABRAL, K. B.; DONDA, A. C.; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**; **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, RODRIGO SEBASTIÃO CRUVINEL; SILVA, R. C. D. (Renato Canevan Dutra da Silva). ULTRASSOM COMO RECURSO PARA REDUÇÃO DE GORDURA LOCALIZADA. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO NORDESTE MINEIRO. v.2, p.1 - 22, 2021.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://file://C:/Users/fernando.cabral/Downloads/662_ultrassom_como_recurso_para_reducao_de_gordura_localizada.pdf]

54. SILVA, R. C. D. (Renato Canevan Dutra da Silva); ANDRADE, N. M.; FIUZA, N. O.; LOVATO, V.; **VENEZIANO, L. S. N.**; MACHADO, L. C. S.; **CABRAL, F. D.**; MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); MOREIRA, B.. ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DURANTE A GESTAÇÃO: UMA ABORDAGEM CARDIOVASCULAR. REVISTA RECIFAQUI. v.2, p.7 - 27, 2020.

Referências adicionais: Português . Home page: [http://recifaqui.faqui.edu.br/index.php/recifaqui/article/view/8]

55. CABRAL, F. D.; Fernandes, Cassia Cristina; RIBEIRO, A. B.; SQUARISI, I. S.; TAVARES, D. C.; CANDIDO, A. C. B. B.; MAGALHAES, L. G.; SOUZA, J. M.; MARTINS, C. H. G.; MIRANDA, M. L. D.. Bioactivities of essential oils from different parts of Spiranthera odoratissima (Rutaceae). Rodriguesia. v.71, p.1 - 8, 2020.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-78602020000100708&tlng=en]

56. ROSA, A. C. A.; FIUZA, N. G.; LOVATO, V.; **VENEZIANO, L. S. N.**; **CABRAL, F. D.**; MACHADO, L. C. S.; MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva). Efeitos da Fisioterapia Respiratoria no Pos operatório de Cirurgia Bariatrica. Revista Recifaqui. v.1, p.1 - 23, 2020.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://recifaqui.faqui.edu.br/index.php/recifaqui/article/view/7/2]

57. doi **CABRAL, F. D.**; ALVES, C. C. F.; WILLRICH, G. B.; CROTTI, A. E. M.; SOUZA, J. M.; MARTINS, C. H. G.; MIRANDA, M. L. D.. In vitro antimicrobial activity of Spiranthera odoratissima A. St. Hil. essential oils against foodborne pathogens and food spoilage bacteria. AUSTRALIAN JOURNAL OF CROP SCIENCE (ONLINE). JCR, v.14, p.333 - 338, 2020.
Palavras-chave: Listeria monocytogenes, Yersinia enterocolitica,
Áreas do conhecimento: Química dos Produtos Naturais
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://www.cropj.com/miranda1851_14_2_2020_333_338.pdf][doi:10.21475/ajcs.20.14.02.p1851]

58. **CABRAL, FERNANDO DUARTE**; MUNIZ, A. P.; CABRAL, K. B.; CABRAL, R. S. C., 1, M. C. M. C. S.; CANEVARI, C. C. J.; JESUS, D. C.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva). INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE COM EDEMA AGUDO DE PULMÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. RECIFAQUI, v.v. 3, p.30 - 45, 2020.
Palavras-chave: Edema Agudo de Pulmão ; Unidade de Terapia Intens
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://recifaqui.faqui.edu.br/index.php/recifaqui/article/view/44/35]

59. COSTA, D. A.; CABRAL, K. B.; ROSA, R. R.; MENDES, J. L. L.; **CABRAL, F. D.**. NURSING AND HEALTH EDUCATION. REVISTA CIENTIFICA DA ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DE GOIÁS CÂNDIDO SANTIAGO. v.6, p.1 - 9, 2020.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.revista.esap.go.gov.br/inde< php/resap/article/view/234]

60. doi RODRIGUES ROSA, RENATO; BORGES CABRAL, KARYNNE; CHAGAS TEIXEIRA, CRISTIANE; **DUARTE CABRAL, FERNANDO**. Reflexão sobre a classificação de risco como tendência para o pronto-socorro infantil. JOURNAL HEALTH NPEPS. v.4, p.330 - 340, 2019.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [doi:10.30681/252610103327]

61. doi **CABRAL, FERNANDO DUARTE**; ALVES, CASSIA CRISTINA FERNANDES; CABRAL>, RODRIGO SEBASTIÃO CRUVINEL; WILLRICH, GUILHERME BRINKER; CROTTI, ANTÔNIO EDUARDO MILLER; MIRANDA, MAYKER LAZARO DANTAS. Chemical Constituents of Esaential Oils Extracted from the Leaves and Flowers of Spiranthera odoratissima A. St. Hil. (Rutaceae). Records of Natural Products. JCR, v.13, p.172 - 175, 2018.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.acgpubs.org/doc/20181202161555395-RNP-EO-1807-117.pdf][doi:10.25135/rnp.95.18.07.117]
Citações: WEB OF SCIENCE ® 3 | SCOPUS 5

62. SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); GUARESCHI, R. C. R.; **Cabral, Fernando Durante**; JUDICE, M. G.; LOPEZ, R. F. A.. NÍVEL DE ATIVIDADE FISICA EM ADOLESCENTES ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE RIO VERDE - GOIÁS. REVISTA INSPIRAR. v.16, p.20 - 25, 2018.
Palavras-chave: Ensino publico e particular, Exercícios fisicos, Qualidade de Vida
Áreas do conhecimento: Saúde Publica
Referências adicionais: Português. Home page: [http://https://www.inspirar.com.br/wp-content/uploads/2018/04/revista-inspirar-ms-46-592-2018.pdf]

63. doi CABRAL, KARYNNE BORGES; ROSA, RENATO RODRIGUES; TEIXEIRA, CRISTIANE CHAGAS; CRUZ, KEILA CRISTIANNE TRINDADE DA; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**; BEZERRA, ANA LÚCIA QUEIROZ; OLIVEIRA, LIZETE MALAGONI DE ALMEIDA CAVALCANTE. Opinião de enfermeiros sobre a avaliação e classificação de risco nas urgências e emergências. REVISTA ELETRÔNICA ACERVO EM SAÚDE. v.10, p.1973 - 1981, 2018.
Palavras-chave: Enfermagem, Avaliação de risco, Enfermagem em emer
Áreas do conhecimento: Enfermagem na Gestão e Gerenciamento
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://www.acervoaude.com.br/doc/REAS417.pdf][doi:10.25248/reas417_2018]

64. doi SILVA, RENATO CANEVARI DUTRA DA; GURIAN, JORDANA GAUDIE; ZAIBAK, MATHEUS AZEVEDO; BARBOSA, LUDYMILLA VICENTE; JUDICE, MARCELO GOMES; **Cabral, Fernando Durante**. COMPARAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA DE IDOSAS HÍGIDAS EM RELAÇÃO À PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS. REVISTA UNIVAP. JCR, v.23, p.51, 2017.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [doi 10.18066/revistaunivap.v23i42.416]

65. GUARESCHI, R. C. R.; **CABRAL, F. D.**; MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); JUDICE, M. G.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva). FATORES DE RISCO PARA DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA DO CORPO DE BOMBEIROS DO MUNICÍPIO DE RIO VERDE-GO. Revista Inspirar. v.12, p.22 - 28, 2017.
Palavras-chave: Bombeiros, Saude do Trabalhador, Doença das Coronárias
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://https://www.inspirar.com.br/revista/fatores-de-risco-para-doenca-arterial-coronaria-do-corpo-de-bombeiros-do-municipio-de-rio-verde-go/]

66. doi SILVA, RENATO CANEVARI DUTRA DA; PEIXOTO, DÉBORA BERNARDES; PEREIRA, LAIS ZANUTIM; GUIMARÃES, MONICA MACIEL; JUDICE, MARCELO GOMES; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**. RELAÇÃO DO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA E SOMATÓRIO DE DOBRAS CUTÂNEAS COM O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE ESCOLARES. REVISTA UNIVAP. JCR, v.23, p.73, 2017.
Palavras-chave: A diposidade corporal, Adolescentes, composição
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [doi 10.18066/revistaunivap.v23i42.415]

67. QUEIROZ, L. F.; PEIXOTO, D. B.; GUIMARÃES, M. M.; PEREIRA, L. Z.; **CABRAL, F. D.**; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva). RELAÇÃO ENTRE AS DOBRAS CUTÂNEAS TRICIPTAL E SUBESCAPULAR COM O NIVEL DE ATIVIDADE FISICA DE ADOLESCENTES ESCOLARES. REVISTA BRASILEIRA DE OBESIDADE, NUTRIÇÃO E EMAGRECIMENTO. JCR, v.11, p.145 - 152, 2017.
Palavras-chave: Adolescência, Atividade Motora, Obesidade.
Áreas do conhecimento: Saúde Publica
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.rbone.com.br/index.php?rbone/article/view/508]

68. PERDOMO, B. P. M.; **CABRAL**, F. D., CABRAL, R. M. C.; **VENEZIANO, L. S. N.**; FREITAS FILHO, G. A.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva). ANÁLISE ERGONÔMICA COMO FERRAMENTA NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS OCUPACIONAIS MUSCULOESQUELÉTICAS. Revista Objetiva. v.01, p.147 - 168, 2016.
Palavras-chave: ergonomia, análise ergonômica, doenças ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Vários. Home page: [http://revistaobjetiva.com/revista/wp-content/uploads/2016/08/AN%C3%81LISE-ERGON%C3%94MICA-COMO-FERRAMENTA-NA-PREVEN%C3%87%C3%83O-DE-DOEN%C3%87AS-OCUPACIONAIS-MUSCULOESQUEL%C3%89TICAS.pdf]

69. SILVA, R. N.; **CABRAL, F. D.**; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); FREITAS FILHO, G. A.; CABRAL, R. M. C.; PRADO, P. C. M.. INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA. Revista Objetiva. v.01, p.169 - 184, 2016.
Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva, Ventilação Mecanica Invasiva, Pneumonia
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Vários. Home page: [http://revistaobjetiva.com/revista/wp-content/uploads/2016/08/INTERVEN%C3%87%C3%83O-

001482

FISIOTERAP%C3%AUTICA-NA-PNEUMONIA-ASSOCIADA-%C3%A0-VENTILA%C3%87%C3%A3O-MEC%C3%82NICA.pdf]

70. ALVES, D. N.; CABRAL, R. M. C.; ARANTES, A. P. F.; **CABRAL, F. D.**; FREITAS FILHO, G. A.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva). FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O INSUCESSO DO DESMAME VENTILATÓRIO EM PACIENTES CRÍTICOS: UMA REVISÃO. Revista Objetiva, v.2, p.29 - 40, 2014.
Palavras-chave: Desmame do respirador mecânico, Ventilação Mecânica, Suporte Ventilatório Interativo
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Varios. Home page: [http://revistaobjetiva.com/revista/wp-content/uploads/2015/05/FATORES-QUE-CONTRIBUEM-PARA-O-INSUCESSO-DO-DESMAME-VENTILAT%CC%81RIO-EM-PACIENTES-CRI%CC%81TICOS-UMA-REVISA%CC%83O-1.pdf]

71. SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); **CABRAL, F. D.**; PEREIRA, F. S.; MENDES, A. P. LOPEZ, R. F. A.. NIVEL DE ATIVIDADE FISICA EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. REVISTA INSPIRAR, v.6, p.6-11, 2014.
Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Nível de Atividade, IPAQ
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Vários. Home page: [http://www.inspirar.com.br/revista/wp-content/uploads/2014/07/Artigo-339.pdf]

Capítulos de livros publicados

1. MIRANDA, MAYKER LAZARO DANTAS; Fernandes, Cassia Cristina; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**; Silva, Flávia Fernanda Alves da; Oliveira Filho, Joaemar Goncalves de; Sousa, Wendel Cruvinel de. ÓLEO ESSENCIAL DAS FOLHAS DE Spiranthera odoratissima E SUA ATIVIDADE ANTIMICROBIANA CONTRA DOIS MICRORGANISMOS DE INTERESSE AGRONÔMICO: Xylella fastidiosa E Sclerotinia sclerotiorum In: Ciências Agrárias: Conhecimentos Científicos e Tecnicos e Difusão de Tecnologias 4, ed.4, : Atena Editora, 2020, p. 146 - 154.
Referências adicionais: Brasil/Português. ISBN: 9786557061886, Home page: https://www.atenaeditora.com.br/post-ebook/3309

2. Veneziano, Leonardo Squinelli; Nogueira, Barbosa, Bruna Mourão; Cabral, Rodrigo Sebastião Cruvinel; Nogueira, Karlla Vaz da Silva; Guimarães, João Eduardo Viana; Silva, Renata Nascimento; Ferreira, Tairo Vieira; SILVA, RENATO CANEVARI DUTRA DA; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**; Moraes, Anielle. ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO GÊNERO E IDADE SOBRE A MANOBRA DE VALSALVA ATRAVÉS DA SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO In: A Produçao do Conhecimento nas Ciências da Saude 5, ed.5 : Atena Editora, 2019, p. 46 - 53.
Referências adicionais: Brasil/Português. ISBN: 9788572473026, Home page: https://www.atenaeditora.com.br/arquivos/ebooks/a-producao-do-conhecimento-nas-ciencias-da-saude-5

3. Silva, Flavia Fernanda Alves da; ALVES, CASSIA CRISTINA FERNANDES; Sousa, Wendel Cruvinel de; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**; Santos, Larissa Sousa; MIRANDA, MAYKER LAZARO DANTAS. ATIVIDADE BIOLÓGICA IN VITRO DO ÓLEO ESSENCIAL EXTRAÍDO DAS FOLHAS DE CHENOPODIUM AMBROSIOIDES In: A produção do Conhecimento nas Ciências Agrárias e Ambientais, ed.2, : Atena Editora, 2019, p. 101 - 105.
Referências adicionais: Brasil/Português. ISBN: 9788572472845, Home page: https://www.atenaeditora.com.br/arquivos/ebooks/a-producao-do-conhecimento-nas-ciencias-agrarias-e-ambientais

Trabalhos publicados em anais de eventos (completo)

1. **CABRAL, F. D.**; CABRAL, R. S. C.; NOGUEIRA, K. V. S.; GUIMARAES, J. E. V.; SILVA, R. N.; FERREIRA, T. V.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); **VENEZIANO, L. S. N.**. ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE DISSECÇÃO DE AORTA TIPO A (ESTUDO DE CASO) In: XXII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XVIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e VIII Encontro de Iniciação à Docência - Universidade do Vale do Paraíba., 2018, Paraíba. **ÁREA DO CONHECIMENTO - CIÊNCIAS DA SAÚDE**. Paraíba: Revista Univap, 2018.
Palavras-chave: Pos operatorio, Dissecção de Aorta Tipo A, Fisioterapia
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2018/anais/arquivos/0334_0633_01.pdf]

2. **VENEZIANO, L. S. N.**; MOURÃO, B.; CABRAL, R. S. C.; NOGUEIRA, K. V. S.; GUIMARAES, J. E. V.; SILVA, R. N.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); **CABRAL, F. D.**. Análise da Influencia do Gênero e Idade Sobre a Manobra de Valsalva Através da Saturação de Oxigênio In: XXII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XVIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e VIII Encontro de Iniciação à Docência, 2018, Paraíba. **ÁREA DO CONHECIMENTO - CIÊNCIAS DA SAÚDE**. Paraíba: Revista Univap, 2018.
Palavras-chave: Manobra de Valsalva, Saturação de Oxigenio, Genero e Idade
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2018/anais/arquivos/RE_0089_0165_01.pdf]

3. **CABRAL, F. D.**; CABRAL, R. S. C.; NOGUEIRA, K. V. S.; SILVA, R. N.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); **VENEZIANO, L. S. N.**. Análise da Influencia do Gênero e Idade Sobre a Manobra de Valsalva Através do Duplo Produto In: XXII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XVIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e VIII Encontro de Iniciação à Docência - Universidade do Vale do Paraíba., 2018, Paraíba. **ANAIS DE TRABALHOS COMPLETOS**. Paraíba: Revista Univap, 2018.
Palavras-chave: Fisioterapia Cardiorrespiratoria, Duplo Produto, Manobra Valsalva
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2018/anais/trabalhos_ciencias_da_saude.html]

4. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, R. S. C.; NOGUEIRA, K. V. S.; GUIMARAES, J. E. V.; SILVA, R. N.; FERREIRA, T. V.; **CABRAL, F. D.**. Estudo Epidemiológico e Correlação entre Índice de Massa Corpórea e Flexibilidade Lombar In: XXII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XVIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e VIII Encontro de Iniciação à Docência - Universidade do Vale do Paraíba., 2018, Paraíba. **ÁREA DO CONHECIMENTO - CIÊNCIAS DA SAÚDE**. Paraíba: Revista Univap, 2018.
Palavras-chave: IMC, Indice de massa corpórea , Fisioterapia
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2018/anais/arquivos/RE_0089_0074_01.pdf]

5. NOGUEIRA, K. V. S.; CABRAL, R. S. C.; **CABRAL, F. D.**; GUIMARAES, J. E. V.; SILVA, R. N.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); DIAS, R.; **VENEZIANO, L. S. N.**. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NA ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE ANDRÉ LUIZ NO PERÍODO ENTRE 2015 A 2016. In: XXII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XVIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e VIII Encontro de Iniciação à Docência -, 2018, Paraíba. **ÁREA DO CONHECIMENTO - CIÊNCIAS DA SAÚDE**. Paraíba: Revista Univap, 2018.
Palavras-chave: Perfil Epidemiológico, IDOSOS, Instituição de longa permanência para idosos
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português. Home page: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2018/anais/arquivos/RE_0468_0501_01.pdf]

6. **VENEZIANO, L. S. N.**; DOGE, R. G.; DIAS, R.; CABRAL, R. S. C.; FERREIRA, K. S.; MIRANDA, L. K. M.; SILVA, R. N.; NOGUEIRA, K. V. S.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); **CABRAL, F. D.**. ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS EM PACIENTES PÓS - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO PRÉ E PÓS - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA In: XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA LATINO AMERICANO, 2017, São José dos Campos - SP. **Anais de Trabalhos Completos CIÊNCIAS DA SAÚDE**. São José dos Campos: Editora UNIVAP, 2017, p.1 - 6.
Palavras-chave: Infarto agudo do miocárdio, reabilitação cardíaca.
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2017/anais/arquivos/RE_0403_0258_01.pdf]

7. **CABRAL, F. D.**; MEDEIROS, L. H.; DIAS, R.; CABRAL, R. S. C.; FERREIRA, K. S.; MIRANDA, L. K. M.; SILVA, R. N.; NOGUEIRA, K. V. S.; **VENEZIANO, L. S. N.**; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); FERREIRA, T. V. AVALIAÇÃO DO NIVEL DE ATIVIDADE FISICA DAS IDOSAS FREQUENTADORA S DO PROJETO MUNICIPAL CONVIVER In: XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO, 2017, São José dos Campos - SP. **XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO**. São José dos Campos - SP: UNIVAP, 2017. p.1 - 6
Palavras-chave: Idosos, atividades físicas, IPAQ
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2017/anais/arquivos/RE_0510_0177_02.pdf]

8. **CABRAL, F. D.**; DIAS, R.; CABRAL, R. S. C.; FERREIRA, K. S.; NOGUEIRA, K. V. S.; **VENEZIANO, L. S. N.**; FERREIRA, T. V.; PAIVA, S. A. M.; MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); SILVA, R. N.. PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIORESPIRATÓRIAS NOS PACIENTES ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA HOSPITAL MUNICIPAL - RV. In: XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO, 2017, São José dos Campos - SP. **ANAIS DAS EDIÇÕES DO EVENTO XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO**. São José dos Campos - SP: Editora UNIVAP, 2017. p.1 - 6
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Português. . Home page: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2017/anais/arquivos/RE_0510_0694_01.pdf]

9. **VENEZIANO, L. S. N.**; REBESCO, T. M.; DIAS, R.; CABRAL, R. S. C.; FERREIRA, K. S.; MIRANDA, L. K. M.; SILVA, R. N.; NOGUEIRA, K. V. S.; MELO, W. A.; FERREIRA, T. V.; **CABRAL, F. D.**. PROTOCOLO DE TRATAMENTO CINESIOTERAPICO NO TORCICOLO MUSCULAR CONGÊNITO :Uma Revisão . In: XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO, 2017, São José dos Campos - SP. **ANAIS DAS EDIÇÕES DO EVENTO XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO**. São José dos Campos - SP: UNIVAP, 2017. p.1 - 6
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2017/anais/arquivos/RE_0403_0122_01.pdf]

10. **VENEZIANO, L. S. N.**; MAIA, G. S.; FREITAS, N. F.; **CABRAL, F. D.**; CABRAL, R. M. C.; FERREIRA, K. S.; MIRANDA, L. K. M.; SILVA, R. N.; MELO, W. A.; FREITAS FILHO, G. A.. Análise Comparativa da Influência do Tabagismo Sobre a Frequencia Cardíaca a Pressão Arterial e o Duplo Produto In: XX Congresso Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X Encontro de Iniciação Científica Junior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência., 2016, Vale do Paraíba. **Educação e Ciência para a Cidadania Global**. 2016.
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.inicepg.univap.br/home]

11. FREITAS FILHO, G. A.; FERREIRA, E. B.; FREITAS, N. F.; **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, R. M. C.; DIAS, R.; MIRANDA, L. K. M.; FERREIRA, K. S.; SILVA, R. N.; FERREIRA, T. V.; **CABRAL, F. D.**. AVALIAÇÃO DO NIVEL DE ATIVIDADE FISICA EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA UNIDADE DE ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ACREÚNA - GO In: XX Congresso Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X Encontro de Iniciação Científica Junior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência., 2016, Vale do Paraíba. **Educação e Ciência para a cidadania global**. 2016.
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.inicepg.univap.br/home]

12. **VENEZIANO, L. S. N.**; OLIVEIRA, M. L.; FREITAS, N. F.; FREITAS FILHO, G. A.; CABRAL, R. M. C.; DIAS, R.; MIRANDA, L. K. M.; FERREIRA, K. S.; SILVA, R. N.; **CABRAL, F. D.**. Relação do Período de Permanência em Ventilação Mecânica Invasiva In: XX Congresso Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X Encontro de Iniciação Científica Junior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência., 2016, Vale do Paraíba. **Educação e Ciência para a Cidadania Global**. 2016.
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.inicepg.univap.br/home]

13. **VENEZIANO, L. S. N.**; NASCIMENTO, J. S.; FREITAS, N. F.; FREITAS FILHO, G. A.; **CABRAL, F. D.**; DIAS, R.; MIRANDA, L. K. M.; FERREIRA, K. S.; SILVA, R. N.; FERREIRA, T. V.; CABRAL, R. M. C.. Relação entre idade, funcionalidade e força de preensão manual em idosos institucionalizados In: XX Congresso Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X Encontro de Iniciação Científica Junior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência., 2016, Vale do Paraíba. **Educação e Ciência para a Cidadania Global**. 2016.
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.inicepg.univap.br/home]

14. ALMEIDA, L. S.; FREITAS FILHO, G. A.; SILVA, R. N.; **CABRAL, F. D.**; MELO, W. A.; FERREIRA, K. S.; **VENEZIANO, L. S. N.**; FERREIRA, T. V.; MIRANDA, L. K. M.. Atividades de vida diária em pacientes acometidos por AVE com a utilização do índice de BARTHEL In: XIX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XV Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e IV Encontro de Iniciação a Docência - Universidade do Vale do Paraíba, 2015, São José dos Campos - SP. **Ciência, Luz e Tecnológias**. 2015. p.1 - 6
Palavras-chave: Acidente vascular encefalico, Indice de Barthel., Atividades de vida diária
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2015/anais/arquivos/0713_0313_01.pdf]

Trabalhos publicados em anais de eventos (resumo)

1. CABRAL, R. S. C.; BATISTA, H. R. F.; **CABRAL, F. D.**; ALVES, C. C. F.; CRUVINEL, W.. ANÁLISE DO TEOR DO ÓLEO ESSENCIAL DAS FOLHAS E PECÍOLOS DE Protium heptaphyllum (Aubl.) Marchand SUBMETIDAS A HIDRODESTILAÇÃO In: SBPC 70 Reunião Regional Rio Verde e 0 Reunião Exposição de Ensino e Tecnologia, 2018, Rio Verde. **Resumos: SBPC 70 Reunião Exposição de Ensino e Tecnologia**. 2018.
Palavras-chave: Arraste a vapor, Rendimento, Hidrodestilação
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://rr.sbpcnet.org.br/rioverde/]

2. DIAS, A. L. B.; **CABRAL, F. D.**; SILVA, F. F. A.; BATISTA, H. R. F.; SANTOS, L. S.; CABRAL, R. S. C.; ALVES, C. C. F.; MIRANDA, M. L. D.. EXTRAÇÃO DE ÓLEOS ESSENCIAIS E EXTRATOS VEGETAIS: extração, obtenção, importância e aplicações In: SBPC 70 Reunião Regional Rio Verde e 0 Reunião Exposição de Ensino e Tecnologia, 2018, Rio Verde. **Resumos: SBPC 70 Reunião Exposição de Ensino e Tecnologia**. 2018.
Palavras-chave: Extração; plantas; anti-fungica
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://rr.sbpcnet.org.br/rioverde/]

3. SILVA, F. F. A.; ALVES, C. C. F.; DIAS, A. L. B.; **CABRAL, FERNANDO DUARTE**; MIRANDA, M. L. D.. INFLUÊNCIA DO HORÁRIO DE COLETA NO RENDIMENTO DO ÓLEO ESSENCIAL DE Murraya paniculata (L.) Jack. In: SBPC 70 Reunião Regional Rio Verde e 0 Reunião Exposição de Ensino e Tecnologia, 2018, Rio Verde. **Resumos: SBPC 70 Reunião Exposição de Ensino e Tecnologia**. 2018.
Palavras-chave: Óleo Essencial, Horário de coleta, Rendimento.
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://rr.sbpcnet.org.br/rioverde/]

4. **CABRAL, F. D.**; CABRAL, R. S. C.; SILVA, F. F. A.; CRUVINEL, W.; BATISTA, H. R. F.; ALVES, C. C. F.. RENDIMENTO DO ÓLEO ESSENCIAL DAS FOLHAS DA SPIRANTHERA ODORATISSIMA In: SBPC 70 Reunião Regional Rio Verde e 0 Reunião Exposição de Ensino e Tecnologia, 2018, Rio Verde. **Resumos: SBPC 70 Reunião Exposição de Ensino e Tecnologia**. 2018.
Palavras-chave: Rendimento; óleo; Spiranthera odoratissima
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://rr.sbpcnet.org.br/rioverde/]

5. SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); VIEIRA, C. P.; **CABRAL, F. D.**; PRADO, R. C. M.; ARANTES, A. P. F.; FERREIRA, C. O.; MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); **FREITAS FILHO, G. A.**. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DO MUNICÍPIO DE RIO VERDE-GO In: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva, 2014, SALVADOR. **ASSOBRAFIR CIÊNCIA**. SÃO PAULO: ASSOBRAFIR CIÊNCIA, 2014. v.5.

p.360 - 360
Palavras-chave: grau de dependência à nicotina, tabagismo, GTF, id
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/19636/14941]

6. SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); BARBOSA, L. V.; **CABRAL, F. D.**; FREITAS FILHO, G. A.; PRADO, R. C. M.; ARANTES, A. P. F.; FERREIRA, C. Q.; MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo). COMPARAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR INSPIRATÓRIA DE IDOSAS HÍGIDAS, PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA, COM IDOSAS NÃO PRATICANTES In: Eventos XVII Simposio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva Data 03, 2014, Salvador. **ASSOBRAFIR CIÊNCIA**. SÃO PAULO: ASSOBRAFIR CIÊNCIA, 2014. v.5, p.245 - 245
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/19636/14941]

7. **CABRAL, F. D.**; SILVA, R. N.; MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); FREITAS FILHO, G. A.; PRADO, R. C. M.; ARANTES, A. P. F.; FERREIRA, C. Q.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva). Independência funcional de indivíduos institucionalizados com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica In: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Respiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, 2014, Salvador - BA. **ASSOBRAFIR CIÊNCIA**. SÃO PAULO: ASSOBRAFIR CIÊNCIA, 2014, v.5, p.365 - 365
Palavras-chave: Independência funcional, DPOC, AVDs
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio magnético. Home page: [http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/19636/14941]

8. SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); VIEIRA, C. P.; **CABRAL, F. D.**; ARANTES, A. P. F.; FERREIRA, C. Q.; PRADO, R. C. M.; MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); FREITAS FILHO, G. A.. INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO INDIVÍDUO COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA E SUA RELAÇÃO COM SINTOMAS DE DEPRESSÃO In: XVII Simposio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva, 2014, Salvador. **ASSOBRAFIR CIÊNCIA**. SÃO PAULO: ASSOBRAFIR CIÊNCIA, 2014. v.5, p.353 - 353
Palavras-chave: Independência funcional, DPOC, AVDs, Depressão
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/19636/14941]

9. PRADO, R. C. M.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); FREITAS FILHO, G. A.; ARANTES, A. P. F.; **CABRAL, F. D.**; PIRES, F. M.; MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); FERREIRA, C. Q.. INFLUÊNCIA DA LASERTERAPIA NA DOR E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM FIBRO MIALGIA In: XVII Simposio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratoria e Fisioterapia em Terapia Intensiva IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva, 2014, SALVADOR. **ASSOBRAFIR CIÊNCIA**. SÃO PAULO: ASSOBRAFIR CIÊNCIA, 2014, v.5, p.366 - 366
Palavras-chave: laserterapia, Qualidade de vida e fibromialgia
Referências adicionais: Brasil/Portugues. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/19636/14941]

10. PRADO, R. C. M.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); FREITAS FILHO, G. A.; FREITAS FILHO, A.; ARANTES, A. P. F.; **CABRAL, F. D.**; MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); FERREIRA, C. Q.; GOMES, L. S. INFLUÊNCIA DA LASERTERAPIA NA DOR, FLEXIBILIDADE E FORÇA MUSCULAR EM MULHERES COM FIBRO MIALGIA In: XVII Simposio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratoria VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva, 2014, Salvador BA. **ASSOBRAFIR CIÊNCIA**. São Paulo SP: ASSOBRAFIR CIÊNCIA, 2014. v.5, p.375 - 375
Palavras-chave: LASERTERAPIA, FIBROMIALGIA, FLEXIBILIDADE E FORÇA
Referências adicionais: Brasil/Portugues. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/19636/14941]

11. CABRAL, F. D.; BARBOSA, L. V.; MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); FREITAS FILHO, G. A.; MARTINS, R. C.; ARANTES, A. P. F.; SILVA, R. N.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); **CABRAL, F. D.**. NÍVEL DE ATIVIDADE FISICA E SUA RELAÇÃO COM A FORÇA MUSCULAR EXPIRATÓRIA DE IDOSAS HÍGIDAS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA COM IDOSAS NÃO PRATICANTES In: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratoria e Fisioterapia em Terapia Intensiva IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratoria VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva, 2014, Salvador Bahia. **ASSOBRAFIR CIÊNCIA**. São Paulo: ASSOBRAFIR CIÊNCIA, 2014. v.5, p.158 - 158
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/19636/14941]

12. PRADO, R. C. M.; SILVA, R. N.; FREITAS FILHO, G. A.; **CABRAL, F. D.**; MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); FERREIRA, C. Q.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva). PREVALÊNCIA DE PACIENTES COM DOENÇAS CARDIORRESPIRATÓRIAS ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE RIO VERDE In: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva, 2014, Salvador BA. **ASSOBRAFIR CIÊNCIA**. SÃO PAULO SP: ASSOBRAFIR CIÊNCIA, 2014. v.5, p.376 - 376
Palavras-chave: Doenças cardiorrespiratorias, fisioterapia, preval
Referências adicionais: Brasil/Portugues. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/19636/14941]

13. MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); OLIVEIRA, V. M.; **CABRAL, F. D.**; FREITAS FILHO, G. A.; PRADO, R. C. M.; ARANTES, A. P. F.; FERREIRA, C. Q.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva). PREVALÊNCIA DE TABAGISMO EM ADOLESCENTES DA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE RIO VERDE-GO In: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratoria e Fisioterapia em Terapia Intensiva IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva, 2014, Salvador - BH. **ASSOBRAFIR CIÊNCIA**. SÃO PAULO: ASSOBRAFIR CIÊNCIA, 2014, v.5, p.340 - 340
Palavras-chave: Tabagismo, Adolescente, Prevalência
Referências adicionais: Brasil/Portugues. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/19636/14941]

14. MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); BARROS, K. G. R.; **CABRAL, F. D.**; FREITAS FILHO, G. A.; MARTINS, R. C.; ARANTES, A. P. F.; FERREIRA, C. Q.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva). PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO PARA A OBESIDADE INFANTIL NAS UNIDADES ESTRATEGICAS SAÚDE DA FAMILIA NO MUNICÍPIO DE SÃO SIMÃO-GO In: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva, 2014, Salvador - BA. **ASSOBRAFIR CIÊNCIA**. SÃO PAULO: ASSOBRAFIR CIÊNCIA, 2014, v.5, p.377 - 377
Palavras-chave: Obesidade, Fatores de Risco, Pediatria
Referências adicionais: Brasil/Portugues. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/19636/14941]

15. **CABRAL, F. D.**; SILVA, R. N.; MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); FREITAS FILHO, G. A.; PRADO, R. C. M.; ARANTES, A. P. F.; FERREIRA, C. Q.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva). RELAÇÃO DA INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA AQUÁTICA NA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA DE INDIVÍDUOS COM DPOC In: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratoria e Fisioterapia em Terapia Intensiva IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva, 2014, SALVADOR. **ASSOBRAFIR CIÊNCIA**. SÃO PAULO: ASSOBRAFIR CIÊNCIA, 2014. v.5, p.263 - 263
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/19636/14941]

16. MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); LIMA, E. L.; FREITAS FILHO, G. A.; MARTINS, R. C.; ARANTES, A. P. F.; FERREIRA, C. Q.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); **CABRAL, F. D.**. UTILIZAÇÃO DO CONSOLE NINTENDO® Wii COMO INSTRUMENTO DE REABILITAÇÃO SENSÓRIO MOTORA E RESPIRATÓRIA DE PACIENTES COM LESÃO MEDULAR EM NIVEL TORÁCICO In: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratoria VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva, 2014, Salvador. **ASSOBRAFIR CIÊNCIA**. SÃO PAULO: ASSOBRAFIR CIÊNCIA, 2014, v.5, p.236 - 236

Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://www.ufpi.br/revistas/ruel/index.php/rebrafis/article/view/19636/14941]

17. ☆ SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); **CABRAL, F. D.**; PEREIRA, F. S.; MARTINS, M.; CANEVARI, C. C. J.; EMRICH, A. C. C.; JESUS, D. C.. AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FISICA DE PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ANTES E APÓS INTERVENÇÃO FISIOTERAPEUTICA AQUÁTICA In: 16º Simpósio Internacional de Fisioterapia Respiratória e em Fisioterapia Intensiva, 2012, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira Fisioterapia**. 2012, v.16, p.71 - 71
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários. Home page: [http://www.reversocomunicacao.com.br/rbdf/pdfs/id137.pdf]

18. SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); **CABRAL, F. D.**; PEREIRA, F. S.; MARTINS, M.; EMRICH, A. C. C.; CANEVARI, C. C. J.; JESUS, D. C.; LOPEZ, R. F. A.. RELAÇÃO ENTRE AS DOBRAS CUTÂNEAS TRICIPTAL E SUBESCAPULAR COM O NIVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE ADOLESCENTES ESCOLARES In: 16º Simpósio Internacional de Fisioterapia Respiratória e em Fisioterapia Intensiva, 2012, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira Fisioterapia**. 2012, v.16, p.74 - 74
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários. Home page: [http://www.reversocomunicacao.com.br/rbdf/pdfs/id1-f0.pdf]

19. ☆ SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); LANDIM, J. S. T.; MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); PEREIRA, F. S.; SILVA, M. F. R.; MARTINS, M.; **CABRAL, F. D.**; LOPEZ, R. F. A.. Prevalência de sobrepeso, obesidade e adiposidade subcutanea em adolescentes escolares do município de Rio Verde, Goiás In: 15º Simpósio Internacional de Fisioterapia Respiratória e em Fisioterapia Intensiva, 2010, Porto Alegre - RS. **Revista Brasileira Fisioterapia**. 2010, v.14, p.90 - 90
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários. Home page: [http://www.sobrafir.com.br/sinagens_up/id116.pdf]

Trabalhos publicados em anais de eventos (resumo expandido)

1. GURIAN, JORDANA GAUDIE; BARBOSA, LUDYMILLA VICENTE; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); **CABRAL, F. D.**; JUDICE, MARCELO GOMES. A Comparação da força muscular respiratória de idosas higidas em relação a prática regular de exercícios físicos In: X I CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, 2017, Rio Verde. **ANAIS DO X I CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE**. Rio Verde. UNiversidade de Rio Verde, 2017, p.390 - 394
Palavras-chave: Exercício, força muscular respiratória, idoso
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Português. . Home page: [http://www.eventoseteury.com.br/fckfiles/files/XI%20Cicurv_2017.pdf]

Apresentação de trabalho e palestra

1. **VENEZIANO, L. S. N.**; DOGE, R. G; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); FERREIRA, K. S.; MIRANDA, L. K. M.; SILVA, R. N.; NOGUEIRA, K. V. S.; MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); **CABRAL, F. D.**. ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS EM PACIENTES PÓS - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO PRE E PÓS - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO FISIOTERAPEUTICA, 2017. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: infarto agudo do miocardio, reabilitação cardiaca.
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2017/anais/arquivos/RE_0403_0258_01.pdf; Cidade: São José dos Campos; Evento: XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO; Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

2. **CABRAL, F. D.**; MEDEIROS, L. H.; FERREIRA, K. S.; MIRANDA, L. K. M.; SILVA, R. N.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); NOGUEIRA, K. V. S.; **VENEZIANO, L. S. N.**; FERREIRA, T. V.. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FISICA DAS IDOSAS FREQUENTADORA S DO PROJETO MUNICIPAL CONVIVER, 2017. (Congreaso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: Idosos, atividades físicas, IPAQ
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2017/anais/arquivos/RE_0510_0177_02.pdf; Cidade: São José dos Campos - SP; Evento: XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO; Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

3. GURIAN, J. G.; BARBOSA, L. V.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); **CABRAL, F. D.**; JUDICE, M. G.. Comparação da força muscular respiratória de idosas higidas em relação a pratica regular de exercícios físicos, 2017. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: Exercício, força muscular respiratória, idoso
Áreas do conhecimento: Saúde Pública
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: http://www.eventoseteury.com.br/fckfiles/files/XI%20Cicurv_2017.pdf; Local: CAMPUS RIO VERDE; Cidade: RIO VERDE; Evento: X I CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE; Inst.promotora/financiadora: UniRV - UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

4. **CABRAL, F. D.**; DIAS, R.; FERREIRA, K. S.; NOGUEIRA, K. V. S.; **VENEZIANO, L. S. N.**; FERREIRA, T. V.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); SILVA, R. N.. PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIORESPIRATÓRIAS NOS PACIENTES ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA HOSPITAL MUNICIPAL, 2017. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: PREVALÊNCIA, DOENÇAS CARDIORESPIRATORIAS, FISIOTER
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2017/anais/arquivos/RE_0510_0694_01.pdf; Cidade: São José dos Campos - SP; Evento: XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO; Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

5. **VENEZIANO, L. S. N.**; REBESCO, T. M.; DIAS, R.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); FERREIRA, K. S.; MIRANDA, L. K. M.; SILVA, R. N.; NOGUEIRA, K. V. S.; MELO, W. A.; **CABRAL, F. D.**. PROTOCOLO DE TRATAMENTO CINESIOTERÁPICO NO TORCICOLO MUSCULAR CONGÊNITO :Uma Revisão, 2017. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: TRATAMENTO, TORCICOLO CONGÊNITO
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2017/anais/arquivos/RE_0403_0122_01.pdf; Cidade: São Jose dos Campos – SP; Evento: XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO.; Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

6. **VENEZIANO, L. S. N.**; MAIA, C. S.; FREITAS, N. F.; **CABRAL, F. D.**; CABRAL, R. M. C.; FERREIRA, K. S.; MIRANDA, L. K. M.; SILVA, R. N.; MELO, W. A.; FREITAS FILHO, G. A.. Análise Comparativa da Influencia do Tabagismo Sobre a Frequência Cardíaca a Pressão Arterial e o Duplo Produto, 2016. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: Tabagismo, Frequência Cardiaca , Duplo Produto
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: http://www.inicepg.univap.br/home; Local: Vale do Paraíba; Cidade: São José dos Campos - SP; Evento: XX Congresso Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X Encontro de Iniciação Científica Junior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência; Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

7. FREITAS FILHO, G. A.; FERREIRA, E. B.; FREITAS, N. F.; **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, R. M. C.; MIRANDA, L. K. M.; SILVA, R. N.; FERREIRA, T. V.; **CABRAL, F. D.**. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM INDIVIDUOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ACREÚNA - GO, 2016. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: Nível de Atividade Física, IPAQ, Hipertensos
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: http://www.inicepg.univap.br/home; Local: Vale do Paraíba; Cidade: São José dos Campos; Evento: XX Congresso Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X

Encontro de Iniciação Científica Júnior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência; Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

8. **VENEZIANO, L. S. N.**; OLIVEIRA, M. L.; FREITAS, N. F.; FREITAS FILHO, G. A.; CABRAL, R. M. C.; MIRANDA, L. K. M.; FERREIRA, K. S.; SILVA, R. N.; **CABRAL, F. D.** Relação do Período de Permanência em Ventilação Mecânica Invasiva com o Sexo e a Idade, 2016. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: Ventilação Mecânica, Sexo, Idade
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: http://www.inicepg.univap.br/home. Local: Vale do Paraíba; Cidade: São José dos Campos – SP; Evento: XX Congresso Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X Encontro de Iniciação Científica Júnior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência; Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

9. **VENEZIANO, L. S. N.**; FREITAS, N. F.; FREITAS FILHO, G. A.; **CABRAL, F. D.**; DIAS, R.; MIRANDA, L. K. M.; FERREIRA, K. S.; SILVA, R. N.; FERREIRA, T. V.; CABRAL, R. M. C. Relação entre idade, funcionalidade e força de preensão manual em idosos institucionalizados, 2016. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: Preensão Manual, Idosos, Institucionalizados
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: http://www.inicepg.univap.br/home, Cidade: São José dos Campos – SP; Evento: XX Congresso Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X Encontro de Iniciação Científica Júnior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência; Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

10. ALMEIDA, L. S.; FREITAS FILHO, G. A.; SILVA, R. N.; **CABRAL, F. D.**; MELO, W. A.; FERREIRA, K. S.; **VENEZIANO, L. S. N.**; FERREIRA, T. V.; MIRANDA, L. K. M.. Atividades de vida diária em pacientes acometidos por AVE com a utilização do índice de BARTHEL, 2015. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2015/anais/arquivos/0713_0313_01.pdf; Cidade: São José dos Campos – SP; Evento: XIX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XV Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e IV Encontro de Iniciação à Docência; Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

11. **CABRAL, F. D.**. Segurança do Paciente e Vigilância Sanitária, 2015. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários. Home page: Ciclo de Palestras em Saúde da Faculdade Objetivo
Palestrante; Local: Auditório Faculdade Objetivo; Cidade: Rio Verde - GO; Evento: V CICLO DE PALESTRAS DE ENFERMAGEM E FISIOTERAPIA DA FACULDADE OBJETIVO; Inst promotora/financiadora: IESRIVER - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde

12. **CABRAL, F. D.** Avaliação do grau de dependência à nicotina dos idosos institucionalizados do Município de Rio Verde-GO, 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários, Local: Centro de Convenções da Bahia: Cidade: Salvador - BA; Evento: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória e VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSBRAFIR

13. **CABRAL, F. D.** Comparação da força muscular inspiratória de idosas hígidas participantes de um programa de atividade física com idosas não-participantes, 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Local: Centro de Convenções da Bahia, Cidade: Salvador - BA; Evento: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória e VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSBRAFIR

14. **CABRAL, F. D.**. Independência funcional de indivíduos institucionalizados com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português; Local: Centro de Convenções da Bahia; Cidade: Salvador - BA; Evento: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória e VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva; Inst promotora/financiadora: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSBRAFIR

15. **CABRAL, F. D.**. Independência funcional do indivíduo com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e sua relação de sintomas de depressão, 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários, Local: Centro de Convenções da Bahia; Cidade: Salvador - BA; Evento: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória e VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva; Inst promotora/financiadora: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSBRAFIR

16. **CABRAL, F. D.**. Influência da laserterapia na dor e qualidade de vida em mulheres com fibromialgia, 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários, Local: Centro de Convenções da Bahia; Cidade: Salvador - BA; Evento: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória e VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva; Inst promotora/financiadora: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva - ASSBRAFIR

17. **CABRAL, F. D.** Influência da laserterapia na dor, flexibilidade e força muscular em mulheres com fibromialgia, 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Local: Centro de Convenções da Bahia; Cidade: Salvador - BA; Evento: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória e VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva - ASSBRAFIR

18. **CABRAL, F. D.**. Nível de atividade física e sua relação com a força muscular expiratória de idosas hígidas participantes de um programa de atividade física com idosas não-participantes, 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português; Local: Centro de Convenções da Bahia; Cidade: Salvador - BA, Evento: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória e VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva; Inst promotora/financiadora: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSBRAFIR

19. **CABRAL, F. D.**. Prevalência de pacientes com doenças cardiorrespiratórias atendidos pelo serviço de fisioterapia do Hospital Municipal de Rio Verde, 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Local: Centro de Convenções da Bahia; Cidade: Salvador-BA; Evento: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória e VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva; Inst promotora/financiadora: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSBRAFIR

20. **CABRAL, F. D.**. Prevalência de tabagismo em adolescentes da rede pública do Município de Rio Verde-GO, 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários, Local: Centro de Convenções da Bahia; Cidade: Salvador - BA; Evento: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória e VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva; Inst promotora/financiadora: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSBRAFIR

21. **CABRAL, F. D.** Prevalência dos fatores para obesidade infantil nas unidades de estratégia saúde da família no Município de São Simão-GO, 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Local: Centro de Convenções da Bahia; Cidade: Salvador-BA; Evento: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória e VIII Congresso Brasileiro de

Fisioterapia em Terapia Intensiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSBRAFIR

22. **CABRAL, F. D.**. Relação da intervenção fisioterapêutica aquática na força muscular respiratoria de individuos com DPOC. 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Local: Centro de Convenções da Bahia; Cidade: Salvador - BA; Evento: XVII Simposio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória e VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSBRAFIR

23. **CABRAL, F. D.**. Utilização do Console Nintendo (R) WII como instrumento de reabilitação sensório motora e respiratória de pacientes com lesão muscular a nivel torácico, 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Local: Centro de Convenções da Bahia; Cidade: Salvador - BA; Evento: XVII Simposio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória e VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSBRAFIR

24. LIMA, H. B. (Heider Braz de Lima); **CABRAL, F. D.**; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo). Avaliação do Nivel de Atividade Fisica em Adolescentes Escolares do Municipio de Rio Verde, GO. 2007. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: Atividade Física, Adolescentes
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Saúde Humana
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital; Local: Auditorio Central - FESURV; Cidade: Rio Verde - GO; Evento: VI Semana Cientifica da Fisioterapia - FESURV; Inst.promotora/financiadora: Faculdade de Fisioterapia - FESURV- Universidade de Rio Verde

25. **CABRAL, F. D.**; CARVALHO JUNIOR, E. H.; CABRAL, R. M. C.. Perfil do Idoso na Instituição de Longa Permanência: Associação Beneficente André Luiz – ABAL de Rio Verde – GO. 2007. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: Instituição, Idoso, Fisioterapia
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Saúde Humana
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Local: Auditório Central - FESURV; Cidade: Rio Verde - GO; Evento: VI Semana Cientifica da Fisioterapia - FESURV; Inst.promotora/financiadora: Faculdade de Fisioterapia - FESURV- Universidade de Rio Verde

26. **CABRAL, F. D.**; LIMA, H. B. (Heider Braz de Lima); SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo). Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em Adolescentes Escolares do Municipio de Rio Verde - GO. 2007. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: Obesidade, Sobrepeso, Adiposidade Subcutânea, Adol
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Saúde Humana
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital; Local: Auditório Central - FESURV; Cidade: Rio Verde - GO; Evento: VI Semana Cientifica da Fisioterapia - FESURV; Inst.promotora/financiadora: Faculdade de Fisioterapia - FESURV- Universidade de Rio Verde

Produção técnica

Demais produções técnicas

1. **CABRAL, F. D.**. A Importancia da Compreensão da Sexualidade. 2008. (Outro, Curso de curta duração ministrado)
Palavras-chave: Sexualidade, Terceira Idade, convivência
Áreas do conhecimento: Saúde Pública
Setores de atividade: Administração Pública, Defesa e Seguridade Social
Referências adicionais: Brasil/Português. 3 horas

2. **CABRAL, F. D.**; MORAES, K. A.. Atividade de Vida Diária e Atividade Instrumentais de Vida Diária. 2008. (Outro, Curso de curta duração ministrado)
Palavras-chave: Atividade diária, rotina e cuidados com o corpo
Áreas do conhecimento: Saúde Coletiva
Setores de atividade: Administração Pública, Defesa e Seguridade Social
Referências adicionais: Brasil/Português. 3 horas. Meio de divulgação: Outro

Educação e Popularização de C&T

Apresentação de trabalho e palestra

1. **VENEZIANO, L. S. N.**; DOCE, P. S.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); FERREIRA, K. S.; MIRANDA, L. K. M.; SILVA, R. N.; NOGUEIRA, K. V. S.; MACEDO, A. V. (Adriana Vieira Macedo); **CABRAL, F. D.**. ALTERAÇÕES HEMODINAMICAS EM PACIENTES PÓS - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO PRÉ E PÓS - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA, 2017. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: Infarto agudo do miocárdio, reabilitação cardiaca.
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Portugues. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2017/anais/arquivos/RE_0403_0258_01.pdf; Cidade: São José dos Campos; Evento: XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO; Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

2. **CABRAL, F. D.**; MEDEIROS, L. H.; FERREIRA, K. S.; MIRANDA, L. K. M.; SILVA, R. N.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); NOGUEIRA, K. V. S.; **VENEZIANO, L. S. N.**; FERREIRA, T. V.. AVALIAÇÃO DO NIVEL DE ATIVIDADE FISICA DAS IDOSAS FREQUENTADORA S DO PROJETO MUNICIPAL CONVIVER, 2017. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: Idosos, atividades físicas, IPAQ
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: https://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2017/anais/arquivos/RE_0510_0177_02.pdf; Cidade: São José dos Campos - SP; Evento: XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO; Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

3. **CABRAL, F. D.**; DIAS, R.; FERREIRA, K. S.; NOGUEIRA, K. V. S.; **VENEZIANO, L. S. N.**; FERREIRA, T. V.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); SILVA, R. N.. PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIORESPIRATÓRIAS NOS PACIENTES ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA HOSPITAL MUNICIPAL, 2017. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: PREVALÊNCIA, DOENÇAS CARDIORESPIRATÓRIAS, FISIOTER
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Portugues. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2017/anais/arquivos/RE_0510_0694_01.pdf; Cidade: São José dos Campos - SP; Evento: XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO; Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

4. **VENEZIANO, L. S. N.**; REBESCO, T. M.; DIAS, R.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); FERREIRA, K. S.; MIRANDA, L. K. M.; SILVA, R. N.; NOGUEIRA, K. V. S.; MELO, W. A.; **CABRAL, F. D.**. PROTOCOLO DE TRATAMENTO CINESIOTERÁPICO NO TORCICOLO MUSCULAR CONGÊNITO :Uma Revisão, 2017.

(Congresso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: TRATAMENTO, TORCICOLO CONGÊNITO
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues, Meio de divulgação: Meio digital, Home page: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2017/anais/arquivos/RE_0403_0122_01.pdf, Cidade: São José dos Campos - SP, Evento: XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO ;
Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

5. **VENEZIANO, L. S. N.**; MAIA, C. S.; FREITAS, N. F.; **CABRAL, F. D.**; CABRAL, R. M. C.; FERREIRA, K. S.; MIRANDA, L. K. M.; SILVA, R. N.; MELO, W. A.; FREITAS FILHO, G. A.. Analise Comparativa da Influência do Tabagismo Sobre a Frequência Cardíaca e Pressão Arterial e o Duplo Produto, 2016. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: Tabagismo, Frequência Cardíaca , Duplo Produto
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Português, Meio de divulgação: Meio digital, Home page: http://www.inicepg.univap.br/home, Local: Vale do Paraíba, Cidade: São José dos Campos - SP, Evento: XX Congresso Latino Americano de Iniciação Cientifica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X Encontro de Iniciação Científica Junior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência;
Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

6. FREITAS FILHO, G. A.; FERREIRA, E. B.; FREITAS, N. F.; **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, R. M. C.; MIRANDA, L. K. M.; SILVA, R. N.; FERREIRA, T. V.; **CABRAL, F. D.**. AVALIAÇÃO DO NIVEL DE ATIVIDADE FISICA EM INDIVIDUOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA UNIDADE DE ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICIPIO DE ACREÚNA - GO, 2016. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: Nivel de Atividade Fisica, IPAQ, Hipertensos
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues, Meio de divulgação: Meio digital, Home page: http://www.inicepg.univap.br/home, Local: Vale do Paraíba, Cidade: São José dos Campos, Evento: XX Congresso Latino Americano de Iniciação Cientifica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X Encontro de Iniciação Científica Junior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência;
Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

7. **VENEZIANO, L. S. N.**; OLIVEIRA, M. L.; FREITAS, N. F.; FREITAS FILHO, G. A.; CABRAL, R. M. C.; MIRANDA, L. K. M.; FERREIRA, K. S.; SILVA, R. N.; **CABRAL, F. D.**. Relação do Período de Permanência em Ventilação Mecanica Invasivo com o Sexo e a Idade, 2016. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: Ventilação Mecânica, Sexo, Idade
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Português, Meio de divulgação: Meio digital, Home page: http://www.inicepg.univap.br/home, Local: Vale do Paraíba, Cidade: São José dos Campos - SP, Evento: XX Congresso Latino Americano de Iniciação Cientifica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X Encontro de Iniciação Científica Junior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência;
Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

8. **VENEZIANO, L. S. N.**; FREITAS, N. F.; FREITAS FILHO, G. A.; **CABRAL, F. D.**; DIAS, R.; MIRANDA, L. K. M.; FERREIRA, K. S.; SILVA, R. N.; FERREIRA, T. V.; **CABRAL, R. M. C.**. Relação entre idade, funcionalidade e força de preensão manual em idosos institucionalizados, 2016. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: Preensão Manual, Idoso, Institucionalizados
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues, Meio de divulgação: Meio digital, Home page: http://www.inicepg.univap.br/home, Cidade: São José dos Campos - SP, Evento: XX Congresso Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X Encontro de Iniciação Científica Junior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência, Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

9. ALMEIDA, L. S.; FREITAS FILHO, G. A.; SILVA, R. N.; **CABRAL, F. D.**; MELO, W. A.; FERREIRA, K. S.; **VENEZIANO, L. S. N.**; FERREIRA, T. V.; MIRANDA, L. K. M.. Atividades de vida diaria em pacientes acometidos por AVE com a utilização do índice de BARTHEL, 2015. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português, Meio de divulgação: Meio digital, Home page: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2015/anais/arquivos/0713_0313_01.pdf, Cidade: São José dos Campos - SP, Evento: XIX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica; XV Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e IV Encontro de Iniciação à Docência; Inst.promotora/financiadora: UNIVAP

Orientações e Supervisões

Orientações e supervisões

Orientações e supervisões concluídas

Trabalhos de conclusão de curso de graduação

1. Luciana Pereira Vieira. **A FISIOTERAPIA COMO FATOR PRINCIPAL NA REABILITAÇÃO PULMONAR DO PACIENTE ACOMETIDO COM ESCLEROSE MÚLTIPLA**. 2023. Curso (FISIOTERAPIA) - CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DE RIO VERDE.
Palavras-chave: Esclerose Multipla, Reabilitação, Cuidados, Fisiot
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues, . Home page: https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2023/1167_a_fisioterapia_como_fator_principal_na_reabilitacao_pulmonar_do_pacien.pdf

2. Tamires da Silva Pires de Sousa. **ASSISTÊNCIA DA FISIOTERAPIA EM PACIENTES PALIATIVOS**. 2023. Curso (FISIOTERAPIA) - CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DE RIO VERDE
Palavras-chave: Cuidados terapêuticos paliativos, assistência fisi
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português, . Home page: https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2022/1145_assistencia_da_fisioterapia_em_pacientes_paliativos.pdf

3. Paula Cristina da Silva Marques. **ATUAÇÃO FISIOTERAPEUTA NA REABILITAÇÃO PULMONAR DO PACIENTE COM ELA**. 2023. Curso (FISIOTERAPIA) - CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DE RIO VERDE
Palavras-chave: Fisioterapia, Reabilitação, Cuidados, Esclerose La
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português, . Home page: https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/1166/1131

4. TAMARA SALDANHA GARCIA. **ATUAÇÃO FISIOTERAPEUTA NO TRATAMENTO INTENSIVO DO PACIENTE COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO**. 2023. Curso (FISIOTERAPIA) - CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DE RIO VERDE
Palavras-chave: TBI, Traumatismo Crânio-Encefálico, Fisioterapia Rea
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português, . Home page: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/6636/2533

5. Laura De Freitas Verri. **ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIATRICA.**. 2023. Curso (FISIOTERAPIA) - CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DE RIO VERDE .
Palavras-chave: Fisioterapia, Bariátrica, Cirurgia Bariatrica
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues, . Home page: https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2023/1298_atuacao_fisioterapeutica_no_pos_operatorio_de_pacientes_submetidos_a_c.pdf

6. Amanda Silva Ferreira. **EFICÁCIA DE ATIVIDADES LÚDICAS NA PREVENÇÃO DA PERDA DE MOVIMENTOS EM IDOSOS**. 2023. Curso (FISIOTERAPIA) - CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DE RIO VERDE
Palavras-chave: Idosos, Lúdico, Fisioterapia, Movimentos
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Referências adicionais: Brasil/Portugues. , Home page: https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2022/1124_eficacia_de_atividades_ludicas_na_prevencao_da_perda_de_movimentos_em_.pdf

7. ISADORA COSTA NUNES. **EXERCÍCIOS CARDIORRESPIRATÓRIOS PARA MELHORAR CONDICIONAMENTO FÍSICO DO ATLETA**. 2023. Curso (FISIOTERAPIA) - CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DO SUDOESTE GOIANO
Palavras-chave: Exercícios cardiorrespiratorios, doenças cardiovas
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues. , Home page: https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2022/1155_exercicios_cardiorrespiratorios_para_melhorar_condicionamento_fisico_d.pdf

8. DANIELE APARECIDA SANTOS SALES. **FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL: OS BENEFÍCIOS DO LASER PARA AS CICATRIZES**. 2023. Curso (FISIOTERAPIA) - CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DO SUDOESTE GOIANO
Palavras-chave: Pele Humana, Cicatrizes, Laser
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues. , Home page: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/12364#:~:text=O%20tratamento%20a%20laser%20melhora,aumentar%20a%20autoestima%20dos%20pacientes.

9. LUIZ FELIPE PEREIRA MELO. **INTERVENÇÃO FISIOTERAPEUTICA JUNTO AO PACIENTE COM DPOC**. 2023. Curso (FISIOTERAPIA) - CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DE RIO VERDE
Palavras-chave: Doença Pulmonar, Programa de Reabilitação, Atendim
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues. , Home page: https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2022/1157_intervencao_fisioterapeutica_junto_ao_paciente_com_dpoc.pdf

10. Denise Deazitran Da Silva. **O USO DA TECNICA DE EMPILHAMENTO COM AMBU MANUAL PARA REVERTER ATELECTASIAS**. 2023. Curso (FISIOTERAPIA) - CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DO SUDOESTE GOIANO
Palavras-chave: Empilhamento com Ambu, Atelectsia, Técnicas
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues. , Home page: https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2022/1128_o_uso_da_tecnica_de_empilhamento_com_ambu_manual_para_reverter_atelect.pdf

11. ANNE KAROLINE CARVALHO SOARES. **REABILITAÇÃO PULMONAR DO PACIENTE COM TCE GRAVE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**. 2023. Curso (FISIOTERAPIA) - CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DE RIO VERDE
Palavras-chave: https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicaco
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues. , Home page: https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2022/1165_reabilitacao_pulmonar_do_paciente_com_tce_grave_em_unidade_de_terapia_.pdf

12. Nathan Gonçalves Menezes. **TREINO RESPIRATÓRIO PARA ATLETAS DE ALTA PERFORMACE**. 2023. Curso (FISIOTERAPIA) - CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DE RIO VERDE
Palavras-chave: Treino, Respiratorio Atletas
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

13. Juliano Silva Cardoso e Guilherme de Oliveira Portilho. **USO DE MEDICAMENTOS FITOTERAPICO NO TRATAMENTO DE SINUSITE CRONICA**. 2023. Curso (FISIOTERAPIA) - CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DE RIO VERDE
Palavras-chave: MEDICAMENTOS FITOTERÁPICO NO TRATAMENTO DE SINUSIT
Áreas do conhecimento: Farmacia
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

14. Daruela Gomes de Oliveira. **Atuação Fisioterapeutica no Tratamento Respiratório de Pacientes com Fibrose Cistica**. 2021. Curso (Fisioterapia) - Grupo Brasília Educacional
Palavras-chave: Fibrose Cistica, Fisioterapia, Respiratória
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

15. João Vitor Ferreira Freitas. **Benfícios da Fisioterapia em Idosos Residentes em Instituição de Longa Permanência**. 2021. Curso (Fisioterapia) - Grupo Brasília Educacional
Palavras-chave: Fisioterapia Respiratória, IDOSOS, Longa Peranência
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

16. Ellmara Maria Campos Santos. **Equoterapia na Paralisia Cerebral**. 2021. Curso (Fisioterapia) - Grupo Brasília Educacional
Palavras-chave: Equoterapia , Paralisia Cerebral, Fisioterapia
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

17. Mariana Bernardo da Fonseca. **A Eficácia da Estabilização Central com a Prática do Método Pilates no Tratamento da dor Lombar Crônica**. 2020. Curso (Fisioterapia) - Grupo Brasília Educacional
Palavras-chave: Estabilização Central, Dor Lombar, Pilates
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

18. Milena Almeida Martins. **A Fisioterapia na Pós - Cirurgia de Resignação Sexual Masculino Feminino**. 2020. Curso (Fisioterapia) - Grupo Brasília Educacional
Palavras-chave: Resignação Sexual, Fisioterapia, Pós Cirurgia
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

19. Mônica Silva Brilha de Andrade. **Atuação da Fisioterapia na Ataxia Cerebelar**. 2020. Curso (Fisioterapia) - Grupo Brasília Educacional
Palavras-chave: Ataxia, Cerebelar, Fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

20. Rosaine Barbosa de Souza. **Atuação Fisioterapêutica com o Paciente com Corona Virus no Brasil**. 2020. Curso (Fisioterapia) - Grupo Brasília Educacional
Palavras-chave: Corona Virus, Fisioterapia, Brasil
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

21. Jaqueline Pereira Lima. **O Uso de Exercícios Fisioterapêuticos na Incontinência Urinária**. 2020. Curso (Fisioterapia) - Grupo Brasília Educacional
Palavras-chave: Incontinência Urinária, Fisioterapia, Exercícios
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

22. Ana Laura Rainaldo Maia. **Os Benefícios da Drenagem Linfática Manual em Pacientes Submetidos à Mastectomia Radical**. 2020. Curso (Fisioterapia) - Grupo Brasília Educacional
Palavras-chave: Drenagem Linfática , Mastectomia, Fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

23. Angélia Santos de Oliveira. **Os Benefícios da Drenagem Linfática na Circulação Periférica de Gestantes**. 2020. Curso (Fisioterapia) - Grupo Brasília Educacional
Palavras-chave: Gestantes, Drenagem Linfática , Circulação
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

24. Mádia Mirele dias Moraes. **Pilates no Tratamento da Lombalgia Crônica não Especificada**. 2020. Curso (Fisioterapia) - Grupo Brasília Educacional
Palavras-chave: Pilates, Lombalgia, Fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

25. ok Heloisa Rodrigues Alves Pereira. **Benefícios da Aspiração das Vias Aéreas - Invasiva e Não Invasiva**. 2019. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde
Palavras-chave: Remoção secreção , Atualidades em aspiração, Técnicas de aspirações
Áreas do conhecimento: Saúde Pública
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

26. Patricia Prado. **Benefícios da Atividade Física na Prevenção de Doenças Crônicas não Transmissíveis**. 2019. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Atividade diária, rotinas e cuidados com o corpo, Atividade Física, Qualidade de Vida
Referências adicionais: Brasil/Português

27. Tamyres Ramos de Oliveira. **Atuação da Fisioterapia no Deficit de Equilíbrio em Gerontes por meio da Equoterapia**. 2018. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Índice de Barthel., Equoterapia., Fisioterapia.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

28. Crys Anakielle Ferreira Santos. **Atuação do Fisioterapeuta na Promoção da Independência Funcional do Paciente Geriátrico**. 2018. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Independência Funcional., Fisioterapia, Qualidade de Vida
Referências adicionais: Brasil/Português

29. Mariany Bruna Silva Fernandes. **Atuação Fisioterapeutica no pré e pós operatório de transplante cardíaco**. 2018. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Transplante Cardíaco, Pré e pós Cirurgia cardíaca, Fisioterapia
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

30. Jaqueline Duarte Silva. **Benefícios da Assistência Fisioterapêutica no Pré e Pós Parto**. 2018. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português

31. Jéssica Gomes Batista. **Fisioterapia Respiratória em Idosos Hospitalizados**. 2018. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

32. Jaqueline Ferreira da Rocha. **Nível de Atividade física dos acadêmicos do Curso de Fisioterapia do ode Ensino Superior de Rio Verde**. 2018. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Atividade Física, Condicionamento Físico, IPAQ
Referências adicionais: Brasil/Português.

33. Renata Santos Barreto. **Nível de atividade física dos colaboradores da creche chapéuzinho vermelho em Rio Verde**. 2018. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: IPAQ, Independência funcional, DPOC, AVDs, Atividade Física
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português.

34. Senário Carlos de Sousa Gonçalves. **Relação do nível de atividade física com a avaliação de pico de fluxo expiatório máximo dos colaboradores de uma creche no município de Rio Verde**. 2018. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Atividade Física, Peak Flow, Independência Funcional
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

35. Amanda Pacheco de Freitas. **Relação do nível de atividade física com a avaliação de pico de fluxo expiatório (peak flow) nos acadêmicos dos 1º, 2º, 7º e 8º periodos do curso de fisioterapia do Instituto de Ensino Superior de Rio Verde**. 2018. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Nível de Atividade Física, IPAQ, Peak Flow
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

36. Daiane Castro dos Santos. **Relação do nível de Atividade Física com a Avaliação do Índice de Massa Corpórea dos colaboradores da Creche Chapéuzinho Vermelho em Rio Verde**. 2018. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: IPAQ, Atividade Física, Índice de massa corpórea
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

37. Rodolfo Oliveira Flores. **Relação do nível de atividade física com a circunferência abdominal dos acadêmicos dos 1º, 2º, 7º e 8º periodos do Curso de fisioterapia do Instituto de Ensino Superior de Rio Verde**. 2018. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Atividade Física, Condicionamento Físico, IPAQ
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português.

38. Yasmim de Souza Paula. **Relação do nível de atividade física com hipertensão arterial nos colaboradores da creche chapeuzinho vermelho em Rio Verde - GO**. 2018. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Nível de Atividade, IPAQ, Qualidade de Vida
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

39. Abgail Luz Silva de Oliveira. **Relação do Nível de Atividade Física com sobrepeso e obesidade dos acadêmicos do 1º ao 8º período do Curso de Fisioterapia do Instituto de Ensino Superior de Rio Verde**. 2018. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Atividade Física, IPAQ, Independência Funcional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

40. Ana Paula Muniz Mendonça. **Tratamento Fisioterapêutico no Edema Agudo de Pulmão em Unidade de Terapia Intensiva**. 2018. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

41. Leticia Alves Rodrigues. **Ventilação Mecânica em Pacientes com Síndrome da Angústia Respiratória Aguda**. 2018. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português

42. João Vitor Cavalcante dos Reis. **INTERFERÊNCIA DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES RENAIS CRÔNICOS HEMODIÁLITICOS**. 2017. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Renal Crônico, Qualidade de Vida, Fisioterapia
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Setores de atividade: Pesquisa e desenvolvimento científico
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

43. Jonathan Henrique Santos Costa. **PERFIL DOS IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**. 2017. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: UTI, IDOSOS, Perfil
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Setores de atividade: Pesquisa e desenvolvimento científico
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

44. Andreza Dantas Vieira. **Atuação Fisioterapêutica no Pré e Pós Operatório de Cirurgia Cardíaca**. 2015. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Fisioterapia, Pré e Pos Operatório, Cirurgias Cardíacas
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Atividades de atenção à saude humana
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

45. Eliene Barbosa Ferreira. **Avaliação do Nível de Atividade Física em Individuos Portadores de Hipertenção Arterial Sistêmica da Unidade de Estratégia de Saúde da Família do Município de Acreúna-GO**. 2015. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Atividades de atenção à saude humana
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

46. Luiz Henrique de Medeiros. **Avalição do Nível de Atividade Física das Idosas Frequentadoras do Projeto Municipal Conviver**. 2015. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português

47. Helena Vitor Gomes Martins. **Benefícios da Fisioterapia Sobre a Qualidade de Vida dos Portadores da Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono**. 2015. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde
Palavras-chave: Apnéia do Sono, Qualidade de Vida, Fisioterapia
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português.

48. Erica Rodrigues Oliveira. **Perfil das Traqueostomias Realizadas na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Municipal de Rio Verde**. 2015. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde
Palavras-chave: Traqueostomias, Unidade de Terapia Intensiva, Perfil
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português.

49. Millene Leite de Oliveira. **Relação do Tempo de Permanência em Ventilação Mecânica Invasiva com o Sexo e a Idade dos Pacientes da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Municipal de Rio Verde**. 2015. Curso (Fisioterapia) - Instituto de Ensino Superior de Rio Verde
Palavras-chave: Sexo e Idade, Unidade de Terapia Intensiva, Ventilação Mecânica Invasiva
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português.

Eventos

Eventos

Participação em eventos

1. V Encontro Integrado de Formação Docente - **Educação Digital**, 2023. (Encontro).
2. V Encontro Integrado de Formação Docente - **O Papel do Professor no Processos de Gamificação**, 2023. (Encontro).
3. Avaliador no(a) **Processo de Seleção de Propostas para Ingresso no Programa de Iniciação Científica da Universidade de Rio Verde**, 2022. (Outra) Prevalência de doenças infecciosas em candidatos a doação de sangue no Hemocentro Estadual de Rio Verde.
4. Avaliador no(a) **Processo de Seleção de Propostas para Ingresso no Programa de Iniciação Científica da Universidade de Rio Verde**, 2022. (Outra) Avaliação da farmacoterapia em idosos de Rio Verde-GO.
5. Avaliador no(a) **Processo de Seleção de Propostas para Ingresso no Programa de Iniciação Científica da Universidade de Rio Verde**, 2022. (Outra) a PREVALÊNCIA DE SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA. SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA SEVERA E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM GESTANTES DE UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE GOIANO.
6. Avaliador no(a) **Processo de Seleção de Propostas para Ingresso no Programa de Iniciação Científica da Universidade de Rio Verde**, 2022. (Outra) SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA EM IDOSOS E SUA RELAÇÃO COM O EXCESSO DE PESO CORPORAL.
7. Avaliador no(a) **Processo de Seleção de Propostas para Ingresso no Programa de Iniciação Científica da Universidade de Rio Verde**, 2022. (Outra) Perfil de impacto da doença renal crônica e qualidade de vida em pacientes submetidos a hemodiálise.
8. Avaliador no(a) **Processo de Seleção de Propostas para Ingresso no Programa de Iniciação Científica da Universidade de Rio Verde**, 2022. (Outra) Ansiedade: fator desencadeante no descontrole da glicemia e da pressão arterial de pacientes atendidos em um centro de tratamento do município de Rio Verde-GO.
9. Avaliador no(a) **Processo de Seleção de Propostas para Ingresso no Programa de Iniciação Científica da Universidade de Rio Verde**, 2022. (Outra) Depressão: fator desencadeante no descontrole da glicemia e da pressão arterial de pacientes atendidos em um centro de tratamento do município de Rio Verde - GO.
10. Avaliador no(a) **Processo de Seleção de Propostas para Ingresso no Programa de Iniciação Científica da Universidade de Rio Verde**, 2022. (Outra) Qualidade do SONO: Fator Desencadeante no descontrole da glicemia e da pressão arterial de pacientes atendidos em um centro de tratamento do Município de Rio Verde-GO.
11. Avaliador no(a) **Processo de Seleção de Propostas para Ingresso no Programa de Iniciação Científica da Universidade de Rio Verde**, 2022. (Outra) DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE A TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA PARA DIABETES MELLITUS (CID 10, E10-E14) NO BRASIL NO PERÍODO DE 2014 A 2019.
12. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO**, 2017. (Congresso) ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS EM PACIENTES PÓS - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO PRÉ E PÓS - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA.
13. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO**, 2017. (Congresso) AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DAS IDOSAS FREQUENTADORA S DO PROJETO MUNICIPAL CONVIVER.
14. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO**, 2017. (Congresso) PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIORESPIRATÓRIAS NOS PACIENTES ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA HOSPITAL MUNICIPAL - RV..
15. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO**, 2017. (Congresso) PROTOCOLO DE TRATAMENTO CINESIOTERÁPICO NO TORCICOLO MUSCULAR CONGÊNITO.
16. **XXI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA LATINO AMERICANO**, 2017. (Congresso).
17. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XX Congresso Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X Encontro de Iniciação Científica Junior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência.**, 2016. (Congresso) AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ACREÚNA - GO.
18. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XX Congresso Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X Encontro de Iniciação Científica Junior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência.**, 2016. (Congresso) Relação do Período de Permanência em Ventilação Mecânica Invasiva com o sexo e a Idade.
19. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XX Congresso Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X Encontro de Iniciação Científica Junior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência.**, 2016. (Congresso) elação entre idade, funcionalidade e força de preensão manual em idosos institucionalizados.
20. XX Congresso Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X Encontro de Iniciação Científica Junior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência.,

2016. (Congresso) .

21. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XX Congresso Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, X Encontro de Iniciação Científica Junior, VI Encontro Nacional de Iniciação a Docência.**, 2016. (Congresso) Análise Comparativa da Influência do Tabagismo Sobre a Frequência Cardíaca e Pressão Arterial e o Duplo Produto.

22. **III Ciclo de Palestra da Enfermagem Faculdade Objetivo**, 2015. (Outra) Segurança do Paciente e Vigilancia Sanitária.

23. **VIII Conferência Municipal de Saúde de Rio Verde**, 2015. (Outra) .

24. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XIX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica; XV Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e IV Encontro de Iniciação à Docência - Universidade do Vale do Paraíba**, 2015. (Congresso) Atividades de vida diaria em pacientes acometidos por AVE com a utilização do Indice de BARTHEL.

25. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva**, 2014. (Simpósio) Independencia funcional de indivíduos institucionalizados com Doença Pulmonar Obstrutiva Cronica.

26. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva**, 2014. (Simpósio) Influência da laserterapia na dor e qualidade de vida em mulheres com fibromialgia

27. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva**, 2014. (Simpósio) Influência da laserterapia na dor, flexibilidade e força muscular em mulheres com fibromialgia.

28. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva**, 2014. (Simpósio) Prevalência dos fatores de risco para a obesidade infantil nas unidades estratégia saúde da família no Município de São Simão - GO.

29. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva**, 2014. (Simpósio) Prevalência de pacientes com doenças cardiorrespiratórias atendidos pelo serviço de fisioterapia do Hospital Municipal De Rio Verde.

30. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva**, 2014. (Simpósio) Comparação da força muscular inspiratória de idosas sadias higidas participantes de um programa de atividade física com idosas não - praticantes.

31. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva**, 2014. (Simpósio) Nível de atividade física e sua relação com a força muscular expiratória de idosas higidas participantes de um programa de atividade física com idosas não - praticantes.

32. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva**, 2014. (Simpósio) Independência funcional do indivíduo com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e sua relação de sintomas de depressão.

33. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva**, 2014. (Simpósio) Utilização do Console Nintendo® Wii como instrumento de reabilitação sensório motora e respiratória de pacientes com lesão medular a nível torácico.

34. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva**, 2014. (Simpósio) Relação da intervenção fisioterapêutica aquática na força muscular respiratória de indivíduos com DPOC.

35. Apresentação de Poster / Painel no(a) **XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva**, 2014. (Simpósio) A valiação do grau de dependência a nicotina dos idosos institucionalizados do Município de Rio Verde - GO.

36. **XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva**, 2014. (Simpósio) .

37. **XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, IX Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória e VIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Terapia Intensiva**, 2014. (Congresso) .

38. **XVII Simposio Internacional de Fisioterapia Respiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva**, 2014. (Simposio) Prevalencia de tabagismo em adolescentes da rede pública do Município de Rio Verde - GO.

39. **Gestão de Carreira em Fisioterapia: Estratégias do Profissional de Sucesso de**, 2013. (Outra) .

40. **I Seminário da Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador CIST/ CES-GO**, 2013. (Seminário) Fortalecimento das CIST's.

41. **II CICLO DE PALESTRAS SOBRE SAUDE DO TRABALHADOR**, 2013. (Encontro) .

42. **Oficina com CEREST's Voltados Prioritariamente para a População Ruural**, 2013. (Oficina) Processo de Implantação e Plano de Ação do CEREST - Regional de Rio Verde - GO.

43. **VII Conferência Municipal de Saúde de Rio Verde**, 2013. (Outra) .

44. **VII Encontro Nacional da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador**, 2013. (Encontro) Vigilância em Saúde do Trabalhador.

45. **Capacitação sobre Prevenção e Detecção ao Câncer de Mama**, 2011. (Encontro) .

46. **II CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MONTIVIDIU - GO**, 2011. (Encontro) .

47. Conferencista no(a) **"Projeto de Habitação de Interesse Social"**, 2010. (Encontro) Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária

48. **1º Encontro de Capacitação Técnica e Humanização no Processo de Atenção ao Sintomático Respiratório e na Detecção da Tuberculose em Rio Verde**, 2010. (Encontro) .

49. **Programa de Educação a Distância da Fundação Getulio Vargas - METODOLOGIA DO ENSINO SUPERIOR**, 2010. (Outra) .

50. **Programa de Educação a Distância da Fundação Getúlio Vargas - METODOLOGIA DA PESQUISA - CONHECIMENTO, SABER E CIÊNCIA**, 2010. (Outra) .

51. **SENAC - Curso - PALESTRA: RELAÇÕES INTERPESSOAIS**, 2009. (Encontro) .

52. **CURSO OHSAS 18001:2007 Sistemas de Gestão de Saúde e Segurança Ocupacional**, 2008. (Outra) .

53. **Combate e Prevenção a Dengue**, 2008. (Encontro) .

54. Conferencista no(a) **I Jornada Acadêmica do Curso de Administração em Agronegócios da FAR - Faculdade Almeida Rodrigues**, 2007. (Congresso) Mini Curso: A Importância da Intervenção Ergonomica e da Ginástica Laboral nas Empresas.

55. Apresentação (Outras Formas) no(a)**Projeto: AÇÃO SOCIAL**, 2007. (Outra) Voluntário.

56. **Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertenção - Filosofia da Atual Abordagem do Problema Hipertensão Arterail**, 2006. (Encontro) .

57. V Semana Cientifica da Faculdade de Fisioterapia - **Oficina Elaboração de Projeto e Artigo Cientifico**. 2006. (Encontro).

58. I Congresso de Saúde e V EREFI - **Curso Técnicas de Drenagem Linfática: Manual, Mecânica, Vacuoterapia/Endermologia e HLDG**. 2005. (Congresso).

59. I Congresso de Saúde e V EREFI - **Curso Ventilação Mecância Não - Invasiva em Pacientes com Insulficiência Respiratoria e DPOC**. 2005. (Congresso).

60. IV Semana Cientifica da **Faculdade de Fisioterapia**. 2005. (Outra).

61. **O Leitor Mais Rápido do Mundo em Língua Portuguesa**. 2005. (Oficina).

62. **XXIV Jornada da Associação Médica de Rio Verde - I JORNADA DE GASTROENTEROLOGIA DO SUDOESTE GOIANO**. 2005. (Congresso).

63. IV EREFI - IV Encontro Regional de **Fisioterapia - Curso Efeitos de Medicamentos no Sistema Nervoso**. 2004. (Encontro).

64. Apresentação (Outras Formas) no(a)**Projeto Ciranda**. 2004. (Oficina) Desenvolvimento de Oficinas Pedagógicas e Recreativas do Projeto.

65. **Vendas e Atendimento**. 2003. (Seminário).

Organização de evento

1. CABRAL, F. D. Comemoração dos 10 anos da UNIRV - Universidade de Rio Verde. 2013. (Outro, Organização do evento)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

Bancas

Bancas

Participação em banca de trabalhos de conclusão

Graduação

1. CABRAL, R. S. C.; GUIMARAES, J. E. V.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de IZABEL MATEUS RODRIGUES. **A FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA FIBROSE CISTICA: REVISÃO**. 2023. (FISIOTERAPIA) CENTRO UNIVEPSITARIO UNIBRAS DE RIO VERDE.
Palavras-chave: FIBROSE, FISIOTERAPIA E TRATAMENTO
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

2. VENEZIANO, L. S. N.; GUIMARAES, J. E. V.; **Cabral, F. D.**. Participação em banca de Gabriela Martins de Pliveira. **Atribuição da Fisioterapia na Unidade de Terapia Intensiva**. 2023. (FISIOTERAPIA) CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DE RIO VERDE.
Palavras-chave: Atuação, Fisioterapia e Unidade de Terapia Intensi
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

3. VENEZIANO, L. S. N.; GUIMARAES, J. E. V.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Leticia Maria Moraes de Souza. **Atuação da Fisioterapia no Transtorno de Espectro Autista**. 2023. (FISIOTERAPIA) CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DE RIO VERDE.
Palavras-chave: Fisioterapia, Autista, Atuação
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

4. CABRAL, R. S. C.; GUIMARAES, J. E. V.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de ANDRESSA BARBOSA DIAS DE PAULA. **ATUAÇÃO FISIOTERAPEUTICA DERMATO FUNCIONAL NO PÓS OPERATORIO DE CIRURGIA PLÁSTICA**. 2023. (FISIOTERAPIA) CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DE RIO VERDE.
Palavras-chave: FISIOTERAPIA, CIRURGIA PLÁSTICA E DERMATOFUNCIONAL
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

5. CABRAL, R. S. C.; GUIMARAES, J. E. V.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de JAQUELINE ALVES GONÇALVES. **DERMATOFUNCIONAL NO REJUVENESCIMENTO**. 2023. (FISIOTERAPIA) CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DE RIO VERDE.
Palavras-chave: DERMATOFUNCIONAL, FISIOTERAPIA, REJUVENESCIMENTO
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

6. CABRAL, R. S. C.; GUIMARAES, J. E. V.; **Cabral, Fernando Durante**. Participação em banca de STÉFANY SILVA MORAES ALVES. **LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EM ATLETAS: RETORNO OU FIM DE CARREIRA**. 2023. (FISIOTERAPIA) CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIBRAS DE RIO VERDE.
Palavras-chave: LESÃO, CRUZADO ANTERIOR, FISIOTERAPIA
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

7. VIEIRA, K. V. S.; CABRAL, F. D.; FERREIRA, T. V.. Participação em banca de Carolaine Freitas Castro. **A Influência da Fisioterapia Aquática na Qualidade de Vida em Paciente com Doença de Parkinson**. 2021. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

8. VENEZIANO, L. S. N.; FERREIRA, T. V.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Pedro Henrique de Melo Dias. **Atuação da Fisioterapeutica no Pós-Operatório de Sutura Maniscal: Revisão Bibliografia**. 2021.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

9. GUIMARAES, J. E. V.; VIEIRA, K. V. S.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Joyce Lorrany Martins Lopes. **Atuação da Fisioterapia em Reabilitação Respiratória em Pacientes com Lesão Medular**. 2021. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Referências adicionais: Brasil/Português

10. GUIMARAES, J. E. V.; FERREIRA, T. V.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Laura Karolyne Martins Melo. **Atuação do Fisioterapeuta na recuperação de Pacientes na Adaptação de Proteses Após Acidente de Trabalho**. 2021. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

11. GUIMARAES, J. E. V.; CABRAL, R. S. C.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Karine Nunes Portilho. **Atuação Fisioterapeutica no Tratamento de Lesões Medulares a Nível Torácico**. 2021. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

12. VIEIRA, K. V. S.; VENEZIANO, L. S. N.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Bruna dos Santos Modesto. **Benefícios da Fisioterapia Aquática em Idosos com Osteartrose de Joelho**. 2021. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.

Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

13. GUIMARAES, J. E. V.; VIEIRA, K. V. S.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Gabriela Costa de Araújo. **Benefícios da Acupuntura no Aumento da Imunidade**, 2021. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

14. GUIMARAES, J. E. V.; **VENEZIANO, L. S. N.**; **CABRAL, F. D.** Participação em banca de Wildson da Silva Lopes. **Benefícios da VNI na Apnéia do Sono do Recém-Nascido**, 2021. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

15. CABRAL, R. S. C.; CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**. Participação em banca de Andressa Almeida Barbosa. **Efeitos da Ventilação Mecânica Não Invasiva em Pacientes Com Insulficiência Respiratória Hipoxêmica Aguda**, 2021. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

16. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, R. S. C.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Geslaine Pereira Rocha. **Efeitos do Uso da Cânula Nasal de Alto Fluxo em Pacientes com Insulficiência Respiratória Hipoxêmica Aguda**, 2021. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

17. VIEIRA, K. V. S.; **VENEZIANO, L. S. N.**; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Alana Freitas Santos. **Eficácia da Fisioterapia na Manutebção da Capacidade Funcional de Idosos Pós Cirurgia de Fratura Proximal de Fêmur**, 2021. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

18. VIEIRA, K. V. S.; GUIMARAES, J. E. V.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Khrislayne Gonçalves Casemiro. **Eficácia das Abordagens Fisioterapeuticas no Tratamento Conservador da Hérnia de Disco**, 2021. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

19. FERREIRA, T. V.; CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**. Participação em banca de Karyne Moreira Andrade. **Fisiologia da Entorse de Tornozelo**, 2021. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

20. GUIMARAES, J. E. V.; VIEIRA, K. V. S.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Wilho Pereira de Oliveira Filho. **Fisioterapia Pré Operatória de Lesão de Ligamento Cruzado Anterior**, 2021. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

21. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, R. S. C.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Francyelle Silva Pereira. **Fisioterapia Respiratório e Terapia Intensiva**, 2021. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

22. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, R. S. C.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Ana Clara Melo de Oliveira. **Papel da Fisioterapia Preventiva em Idosos: Revisão Bibliográfica**, 2021. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

23. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, R. S. C.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Mirelly Mendes de Oliveira. **Recursos Fisioterapeuticos e Aspectos Clínicos em Pacientes com Fibrose Cítica**, 2021. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

24. LOVATO, V.; GUIMARAES, J. E. V.; VIEIRA, K. V. S.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Valdnéia de Araujo Martins. **A Importância da Ventilação Mecânica em Pacientes Graves**, 2020. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Palavras-chave: Ventilação Mecânica, Pacientes Graves, Fisioterapia
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Português

25. GUIMARAES, J. E. V.; CABRAL, F. D.; VIEIRA, K. V. S.; LOVATO, V.. Participação em banca de Marcia Cristina Silva Lopes. **A incidência de Pneumonias em Neonatos internados em Terapia Intensiva**, 2020. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Palavras-chave: Pneumonia, Neonatal, Fisioterapia
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Português

26. FERREIRA, T. V.; CABRAL, F. D.; BORGES, N. M. S. V.; LOVATO, V.. Participação em banca de Stefani Freitas de Jesus. **Analise do nível de conhecimentos dos acadêmicos da faculdade Unibras, em relação as especialidades Fisioterapeuticas**, 2020. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Palavras-chave: Conhecimento, Especialidades, Fisioterapia
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Referências adicionais: Brasil/Português

27. GUIMARAES, J. E. V.; CABRAL, F. D.; BORGES, N. M. S. V.; LOVATO, V.. Participação em banca de Taynara Antunes Guimarães. **Desmame Ventilatório em Pacientes Diagnosticados com Covid 19**, 2020. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Palavras-chave: Covid 19, Desmame , Ventilação Mecânica
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português.

28. GUIMARAES, J. E. V.; **VENEZIANO, L. S. N.**; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Maryeli Firmino da Silva. **Efeito da Ventilação Mecanica na Lesão Renal em Pacientes em Unidade de Terapia Intensiva e sua Influência no Desmame Ventilatório**, 2020. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Palavras-chave: Lesão Renal, Ventilação Mecânica, Desmame
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

29. LOVATO, V.; CABRAL, F. D.; Guimarães, João Eduardo Viana. Participação em banca de Marcela Gomes Silva. **Estudo da Arte do Método Pediasuit na Reabilitação de Crianças com Paralisia Cerebral**, 2020. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Palavras-chave: Método Pediasuit, Paralisia Cerebral, Fisioterapia
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

30. GUIMARAES, J. E. V.; CABRAL, F. D.; LOVATO, V.. Participação em banca de Joice Santos Medeiros. **Estudo do Progresso Respiratório em Crise Asmática, Aplicando Manobras Fisioterapeuticas**, 2020. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Palavras-chave: Progresso Respiratório, Asma, Manobras
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

31. LOVATO, V.; CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**. Participação em banca de Daniella Ferreira Borges. **O Benefício do uso de pressão positiva continua cpap na sala de partos em Neonatos**, 2020. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Palavras-chave: CPAP, Parto, Neonato

Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

32. GUIMARAES, J. E. V.; CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; LOVATO, V.. Participação em banca de Matheus Jamberci da Silva Souza. **O Uso da posição Prona no Tratamento de Sara**, 2020. (Fisioterapia) Grupo Brasília Educacional.
Palavras-chave: SARA, Prona, Fisioterapia
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

33. **VENEZIANO, L. S. N.**; CAMPOS, A. P. R.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Nilma Lima da Silva. **A importância da escala de Framinghsm para avaliação cardíaca: uma revisão**, 2019. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Escala de Framingham, Avaliação Cardíaca , Fisioterapia
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

34. **VENEZIANO, L. S. N.**; GUIMARAES, J. E. V.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Dayse da Silva Martins. **A importancia do check list de couto e sua relação com a Ergonomia: uma revisão**, 2019. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Check list de couto, Ergonomia, Fisioterapia
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

35. **VENEZIANO, L. S. N.**; SILVA, R. N.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Luiza de Lima Nascimento. **A importância do VO2 Máximo e o MVO2 Máximo em Indivíduos saudáveis: UMA REVISÃO**, 2019. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: VO2 Maximo , MVO2 Máximo, Fisioterapia
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

36. **VENEZIANO, L. S. N.**; GUIMARAES, J. E. V.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Aparicio Araujo Medeiros. **A influencia da idade e do Genero sobre a força de apreensão palmar produzida na estimulação elétrica**, 2019. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: estimulação elétrica, pressão palmar, idade e gênero
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

37. **VENEZIANO, L. S. N.**; GUIMARAES, J. E. V.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Leticia Prado Alves / Maynne Karolaine Barcelo Rodrigues. **Análise Comparativa entre força de preensão palmar e sua relação com o Índice de Massa Corpórea e equilíbrio em idosos**, 2019. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Força Palmar, IMC, Equilíbrio
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

38. **VENEZIANO, L. S. N.**; GUIMARAES, J. E. V.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Camila Rocha Paes do Nascimento. **Análise da influencia das pneumopatias sobre a manobra de valsalva através do duplo produto**, 2019. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Doenças pulmonares, Manobra de Valsalva, Duplo Produto
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

39. CABRAL, F. D.; SILVA, R. N.; **VENEZIANO, L. S. N.**. Participação em banca de Heloisa Rodrigues Alves Pereira. **Benefícios da Aspiração das Vias Aéreas - Invasiva e não Invasiva**, 2019. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

40. CABRAL, F. D.; SILVA, R. N.; **VENEZIANO, L. S. N.**. Participação em banca de Patricia Prado da Silva. **Benefícios da Atividade Física na Prevenção de Doenças Crônicas não Transmissíveis**, 2019. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

41. SILVA, R. N.; CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**. Participação em banca de Eliainy Ferreira da Silva. **Benefícios da cinesioterapia na reabilitação da tendinopatia do supra espinhoso**, 2019. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Supra espinhoso, Cinesioterapia, Reabilitação
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

42. **VENEZIANO, L. S. N.**; GUIMARAES, J. E. V.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Leanny Rosa Pacheco. **Perfil Epidemiológico de pacientes idosos de uma instituição de longa permanência (ILP) em Rio Verde Goiás**, 2019. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: IDOSOS, Perfil Epidemiológico, Instituição de longa permanência
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

43. **VENEZIANO, L. S. N.**; GONÇALVES, I.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Laila Jessica Pereira Menezes. **A atuação da cinesioterapia em desequilíbrios musculares decorrentes do sedentarismo**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

44. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; JOSEFI, E.. Participação em banca de Crys Anakielle Ferreira Santos. **A atuação do Fisioterapeuta na promoção da independência Funcional do Paciente Geriátrico**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

45. **VENEZIANO, L. S. N.**; GUIMARAES, J. E. V.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Kellyne Alves Souza. **A importância da ergonomia na prevenção de lombalgias mecânicas comuns**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

46. **VENEZIANO, L. S. N.**; GONÇALVES, I.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Laiane de Oliveira Souza. **Abordagem Cinesioterapeutica no Tratamento da Disfunção Fêmoro - Patelar**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

47. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, F. D.; GUIMARAES, J. E. V.. Participação em banca de Camila Carvalho Silva. **Abordagem Cinesioterapeutica Preventiva na Saúde do Idoso**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

48. **VENEZIANO, L. S. N.**; GUIMARAES, J. E. V.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Edilia de Jesus Oliveira Silva. **Abordagem Ergonômica em Doenças Psicossoais**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

49. GUIMARAES, J. E. V.; CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**. Participação em banca de Andressa Ferreira Neves. **Abordagem fisioterapeutica na disfunção temporomandibular**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

50. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, F. D.; SILVA, R. N.. Participação em banca de Dayne de Fatima Rodrigues Moraes. **Abordagem Fisioterapeutica no pós operatório de dissecção de aorta tipo A (Estudo de caso)**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

51. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, F. D.; FAUSTINO, R.. Participação em banca de Andrela Gomes Oscar. **Abordagem Osteopática no Tratamento da Hérnia Discal Lombar Nível L4 e L5.**, 2018. (Fisioterapia)

Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

52. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; FERREIRA, T. V.. Participação em banca de Jose Cristine Lopes Pereira. **Analise da Influencia da Manobra de Valsalva Sobre a Saturação de Oxigênio e Duplo Produto em Pessoas Saudáveis**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

53. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, F. D.; FERREIRA, T. V.. Participação em banca de Josi Cristiane Lopes Pereira. **Analise da influencia de valsalva sobre a saturação de Oxigênio e duplo produto em pessoas saudáveis**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

54. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, F. D.; GUIMARAES, J. E. V.. Participação em banca de Bruna Mourão Barbosa. **Analise da influencia do gênero e idade sobre a manobra de Valsalva através da saturação de oxigênio**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

55. **VENEZIANO, L. S. N.**; GUIMARAES, J. E. V.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Laurinda Pereira Gomes. **Analise da Influencia do genero e idade sobre a manobra de valsalva através do duplo produto**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

56. PEREZ, I. M. P.; CABRAL, R. S. C.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Jessica Aparecida Lima Vieira. **Assistencia ao Adolescente com Automutilação e/ou Tentativa de Suicídio no Centro de Atenção Psicossocial**, 2018. (Enfermagem) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

57. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; TEIXEIRA, C.. Participação em banca de Tamyres Ramos Oliveira. **Atuação da Fisioterapia no Déficit de Equilíbrio em Gerontes por Meio da Equoterapia**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

58. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; CASTRO, R.. Participação em banca de Mariany Bruna Silva Fernandes. **Atuação da Fisioterapia no pré e pós operatório de Transplante Cardíaco**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

59. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, F. D.; SILVA, R. N.. Participação em banca de Daniele Priscila Carvalho Honorato de O. Freitas. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes amutados**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

60. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; SILVA, R. N.. Participação em banca de Jaqueline Duarte Silva. **Benefícios da Assistência Fisioterapeutica no pré e pós parto**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

61. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, F. D.; VELASCO, G. S.. Participação em banca de Rayanny Soares Silva. **Cinesioterapia Como Recurso Terapêutico na Patologia de Osgood-Schlatter**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

62. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, F. D.; SILVA, G. A.. Participação em banca de Natan Rocha de Paula. **Eficacia do Ultrason no Tratamento Fisioterapeutico na Ruptura Parcial do tendão do Calcaneo**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

63. SILVA, R. N.; **VENEZIANO, L. S. N.**; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Adriana Nogueira de Matos Oliveira. **Eletroestimulação Transvaginal no Tratamento Fisioterapeutico da Incontinência Uninária**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

64. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, F. D.; GUIMARAES, J. E. V.. Participação em banca de Caroline Soares Ferreira. **Estudo Epidemiologico e Correlação Entre o Índice de Massa Corpórea e Flexibilidade Lombar**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

65. CABRAL, F. D.; FERREIRA, T. V.; GUIMARAES, J. E. V.. Participação em banca de Jessica Gomes Batista. **Fisioterapia Respiratoria em Idosos Hospitalizados**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

66. TELES, A. C.; CABRAL, F. D.; DONDA, A. C.. Participação em banca de Diones Lucas de Sousa. **Indice de Mortalidade Infantil no Município de Rio Verde entre os anos de 2014 à 2017**, 2018. (Enfermagem) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

67. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, F. D.; FERREIRA, T. V.. Participação em banca de Cristiane Araújo Santos. **Intervenção Fisioterapeutica respiratória na UTI neonatal no pneumotoráx drenado secundário a aspiração de mecônio**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

68. FERREIRA, T. V.; CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**. Participação em banca de Cristiane Araújo Santo. **Intervenção Fisioterapeutica Respiratória na UTI Neonatal no Pneumotórax Drenado Secundário a Aspiração de Mecônio**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

69. GUIMARAES, J. E. V.; **VENEZIANO, L. S. N.**; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Rafael Xavier Lima. **Lesão Pulmonar Induzida Pela Ventilação Mecânica - Uma Revisão**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

70. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; NETO FILHO, M. A.. Participação em banca de Jaqueline Ferreira Rocha. **Nível de Atividade Física dos Acadêmicos do Curso de Fisioterapia do Instituto de Ensino Superior de Rio Verde**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

71. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, K. B.. Participação em banca de Renata dos Santos Barreto. **Nível de Atividade Física dos Colaboradores da Creche Chapéuzinho Vermelho em Rio Verde**, 2018. Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

72. **VENEZIANO, L. S. N.**; GUIMARAES, J. E. V.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Jessica Paula Silva Santos. **O programa de Fisioterapia do Trabalho: Prevenindo Dort's**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

73. GUIMARAES, J. E. V.; **VENEZIANO, L. S. N.**; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Maria Karine da Silva. **Perfil dos Pacientes Admitidos com Diagnóstico de Traumatismo Cranioencefálico**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

74. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, F. D.; TRICHES, C. M. F.. Participação em banca de Taiza Rosa Gomes. **Protocolo de Tratamento fisioterapeutico em entorses de tornozelos em inversão**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Português.

75. **VENEZIANO, L. S. N.**; CABRAL, F. D.; CARMO, L. M.. Participação em banca de Gabriella Mendes Rufino. **Reabilitação Fisioterapeutica no pós operatório de Ligamento Cruzado Anterior (estudo de Caso)**, 2018.

(Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

76. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; SILVA, R. N.. Participação em banca de Amanda Pacheco de Freitas. **Relação do Nivel de Atividade Fisica com a avaliação de pico de fluxo expiratório máximo (peak flow) nos acadêmicos dos 1°, 2°, 7° e 8° períodos do curso de fisioterapia do Instituto de Ensino Superior de Rio Verde**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

77. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; SILVA, R. N.. Participação em banca de Daiane Castro dos Santos. **Relação do Nivel de Atividade Fisica com a avaliação do Índice de Massa Corpórea dos Colaboradores da Creche Chapéuzinho Vermelho em Rio Verde**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

78. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; MELLO, A.. Participação em banca de Rodolfo Oliveira Flores. **Relação do nivel de atividade fisica com a circunferência abdominal dos acadêmicos dos 1,2,7 e 8° periodos do curso de fisioterapia do instituto de ensino superior de Rio Verde**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

79. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; CRUVINEL, A.. Participação em banca de Yasmim de Sous Paula. **Relação do Nivel de Atividade Fisica com a hipertensão arterial nos colaboradores da creche chapéuzinho vermelho em Rio Verde-GO.**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

80. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; TRICHES, C. M. F.. Participação em banca de Sonária Carlos de Sousa Gonçalves. **Relação do Nivel de Atividade Fisica Com Avaliação de Pico de Fluxo Expiratório Máximo dos Colaboradores de uma Creche do Município de Rio Verde**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

81. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; CASTRO, R.. Participação em banca de Abgail Luz Silva de Olivira. **Relação do Nivel de Atividade Fisica com Sobrepeso e Obesidade dos academicos do 1 ao 8° Periodo do Curso de Fisioterapia do Instituto de Ensino Superior de Rio Verde - ISRIVER**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

82. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; GUIMARAES, J. E. V.. Participação em banca de Ana Paula Muniz Mendonca. **Tratamento Fisioterapeutico no Paciente com Edema Agudo de Pulmão em UTI**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

83. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; GUIMARAES, J. E. V.. Participação em banca de Leticia Alves Rodrigues. **Ventilação Mecânica em Pacientes com Sindrome da Angustia Respiratória Aguda**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

84. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; GUIMARAES, J. E. V.. Participação em banca de Leticia Alves Rodrigues. **Ventilação Mecânica em Pacientes com Sindrome da Angustia Respiratória Aguda**, 2018. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

85. PEREZ, I. M. P.; MENDES, J. L. L.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Fatima Gomes Ribeiro. **A Escala de Braden como Instrumento Preditivo na Úlcera por Pressão - Revisão da Literatura**, 2017. (Enfermagem) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: BRADEN, Ulcera por pressão, Enfermeiro
Áreas do conhecimento: Enfermagem em Doenças Emergentes, Reemergentes e Negligenciadas
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

86. DIAS, R.; CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**. Participação em banca de Nerylande Duarte Soares. **A importância da AFA na Prescrição de Exercícios de Kegel na Incotinência Urinária**, 2017. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: AFA, KEGEL, Incontinência Urinária
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português

87. MENDES, J. L. L.; PARREIRA, G. L.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Aline Adriele Antunes Prado. **Atuação do Enfermeiro na Assistência a Vítimas de Ferimento por Arma de Fogo em Pronto Socorro**, 2017. (Enfermagem) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Enfermeiro, Arma de Fogo, Pronto Socorro
Áreas do conhecimento: Enfermagem
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português

88. MENDES, J. L. L.; TELES, A. C.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Simone Rodrigues Franco. **Atuação do Enfermeiro na Promoção e Qualidade de Vida ao Idoso na Atenção Domiciliar**, 2017. (Enfermagem) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: IDOSOS, Qualidade de Vida, Enfermeiro
Áreas do conhecimento: Enfermagem
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

89. FERREIRA, K. S.; CABRAL, F. D.; FREITAS, N. F.. Participação em banca de Fernanda Alves Lima. **Indução Percutânea de Colágeno para Rejevenescimento Facial Através do Microagulhamento: Relato de Caso**, 2017. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Indução Percutânea, Microagulhamento, Rejuvenescimento
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

90. SILVA, R. N.; CABRAL, F. D.; FREITAS, N. F.. Participação em banca de Carmem Costa Oliveira. **O Método Pillates no Condicionamento Físico do Idoso**, 2017. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Pillates, Condicionamento Físico, IDOSOS
Áreas do conhecimento: fisioterapia
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português

91. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; DIAS, R.. Participação em banca de Jonathan Henrique Santos Costa. **Perfil dos Idosos Internados em Unidade de Terapia Intensiva**, 2017. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva, Perfil, IDOSOS
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

92. FERREIRA, K. S.; CABRAL, F. D.; SILVA, R. N.. Participação em banca de Liliane Mendes Medeiros. **Perfil Epidemiológico de Pacientes Portadores de Paralisia Cerebral Atendidos no Setor de Fisioterapia da Associação Pestalozi de Rio Verde**, 2017. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Paralisia Cerebral, Fisioterapia, Perfil Epidemiológico
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português

93. TELES, A. C.; MENDES, J. L. L.; **CABRAL, F. D.**. Participação em banca de Rita de Cassia Gomes Miranda. **TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO: RISCOS E CUIDADOS**, 2017. (Enfermagem) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.

Palavras-chave: Toxoplasmose, Gestação, Riscos e Cuidados
Áreas do conhecimento: Enfermagem em Saúde da Mulher
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

94. CABRAL, P. M. C.; CABRAL, F. D.; FREITAS, N. F.. Participação em banca de Cristiano Antônio Mendes. **Os Benefícios da Fisioterapia Aquática em Pacientes com Síndrome de Guillain Barré**, 2016. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Fisioterapia Aquática, Guillain Barré, Benefícios
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português.

95. VENEZIANO, L. S. N.; CABRAL, F. D.; FERREIRA, T. V.. Participação em banca de Criscimar Silva Mala. **Análise Comparativa da Influência do Tabagismo Sobre a Frequência Cardíaca, a Pressão Arterial e o Duplo Produto**, 2015. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Tabagismo, Pressão Arterial, Duplo Produto
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português

96. CABRAL, F. D.; PERTUSSATI, V.; SILVA, R. N.. Participação em banca de Andreza Dantas Vieira. **Atuação Fisioterapeutica no pré e pós operatório de cirurgia cardíaca**, 2015. Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Cirurgia cardíaca, Fisioterapia, Pré e Pós Operatório
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

97. CABRAL, F. D.; FERREIRA, T. V.; CABRAL, R. M. C.. Participação em banca de Luiz Henrique de Medeiros. **Avaliação do nível de atividade física de idosas frequentadoras do projeto municipal conviver**, 2015. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Atividade Física, IPAQ, IDOSOS
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português.

98. CABRAL, F. D.; FERREIRA, T. V.; **VENEZIANO, L. S. N.**. Participação em banca de Eliene Barbosa Ferreira **Avaliação do nível de atividade física em indivíduos portadores de hipertensão arterial sistemica da unidade de estratégia de Saúde de Família do Município de Acreuna**, 2015. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: IPAQ, hipertensão arterial sistêmica, exercício físico e, Exercícios físicos
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

99. MIRANDA, L. K. M.; CABRAL, F. D.; SILVA, R. N.. Participação em banca de Liriane Martins Santos Menezes. **Benefícios da Fisioterapia Respiratória em Neonatos Pré-termos na Unidade de Terapia Intensiva**, 2015. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Fisioterapia Respiratória, Unidade de Terapia Intensiva, Pré-termo
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

100. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; FERREIRA, T. V.. Participação em banca de Heleno Vitor Gomes Martins. **Benefícios da Fisioterapia Sobre a qualidade de vida dos portadores da síndrome da apnéia obstrutiva do sono**, 2015. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Qualidade de Vida, Fisioterapia, Apnéia do Sono
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Portugues

101. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; SILVA, R. N.. Participação em banca de Erica Rodrigues Oliveira. **Perfil das traqueostomias realizadas na unidade de terapia intensiva do hospital municipal de Rio Verde**, 2015. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Perfil das traqueostomias , Unidade de Terapia Intensiva, Hospital
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

102. CABRAL, F. D.; **VENEZIANO, L. S. N.**; SILVA, R. N.. Participação em banca de Millene Leite Oliveira. **Relação do tempo de permanência em ventilação mecânica Invasiva com o Sexo Idade dos pacientes da unidade de terapia intensiva do Hospital Municipal de Rio Verde**, 2015. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Ventilação Mecânica, Sexo, Idade, Unidade de Terapia Intensiva, Permanência
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Referências adicionais: Brasil/Português

103. SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); CABRAL, F. D.; FREITAS FILHO, G. A.. Participação em banca de Kaliane Gomes Borges. **ATIVIDADE FISICA COMO METODO DE TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA REVISÃO**, 2013. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Hipertensão Arterial, Atividade Física, Tratamento
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

104. CABRAL, F. D.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); MACHADO, L. C. S.. Participação em banca de Ana Flávia da Silva Furtado. **Efeitos da Poluição Atmosférica no Sistema Respiratório: Uma Revisão**, 2013. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Sistema Respiratório, Poluição, Atmosfera
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Portugues.

105. SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva); CABRAL, F. D.; MACHADO, L. C. S.. Participação em banca de Drielle Nogueira Alves. **FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O INSUCESSO DO DESMAME VENTILATÓRIO DE PACIENTES CRÍTICOS: UMA REVISÃO**, 2013. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Insucesso, Desmame , Ventilação Mecânica
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português

106. CABRAL, F. D.; FREITAS FILHO, G. A.; SILVA, R. C. D. (Renato Canevari Dutra da Silva). Participação em banca de Ludymilla Vicente Barbosa. **Comparação da força muscular respiratória de idosas hígidas participantes de um programa de atividades físicas com idosas sedentárias**, 2012. (Fisioterapia) Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.
Palavras-chave: Idoso, Força respiratória; atividade física
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português.

Totais de produção

Produção bibliográfica
Artigos completos publicados em periódico
Capítulos de livros publicados

Trabalhos publicados em anais de eventos	34
Apresentações de trabalhos (Conferência ou palestra)	1
Apresentações de trabalhos (Congresso)	22
Apresentações de trabalhos (Simpósio)	3

Produção técnica

Curso de curta duração ministrado (outro)	2

Orientações

Orientação concluída (trabalho de conclusão de curso de graduação)	49

Eventos

Participações em eventos (congresso)	16
Participações em eventos (seminário)	2
Participações em eventos (simpósio)	13
Participações em eventos (oficina)	3
Participações em eventos (encontro)	13
Participações em eventos (outra)	18
Organização de evento (outro)	1
Participação em banca de trabalhos de conclusão (graduação)	106

Página gerada pelo sistema Currículo Lattes em 16/09/2024 às 08:51:33.

001500


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

GO

NOME
FERNANDO DUARTE CABRAL

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
4588205 DGPC GO

CPF
000.112.291-60

DATA NASCIMENTO
21/07/1983

FILIAÇÃO
ANTONIO JOAO DA SILVA CABRAL
RITA DIVINA DUARTE CABRAL

PERMISSÃO | ACC | CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04289017463

VALIDADE
08/10/2031

1ª HABILITAÇÃO
06/02/2008

OBSERVAÇÕES

Fernando Duarte Cabral
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GOIANIA, GO

DATA EMISSÃO
13/10/2021

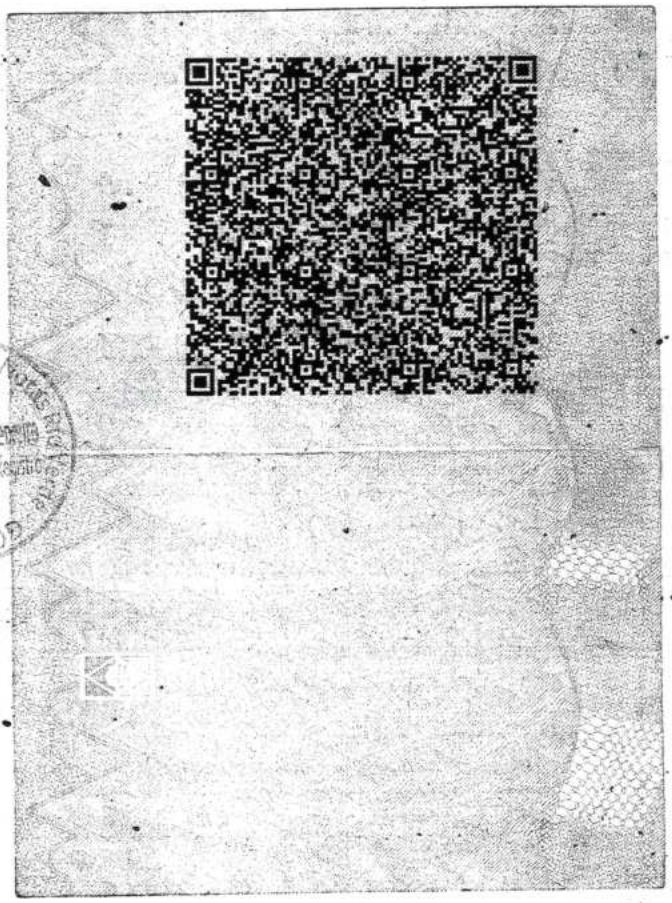
Marcio Roberto Silva - Presidente do DETRAN-GO
ASSINATURA DO EMISSOR

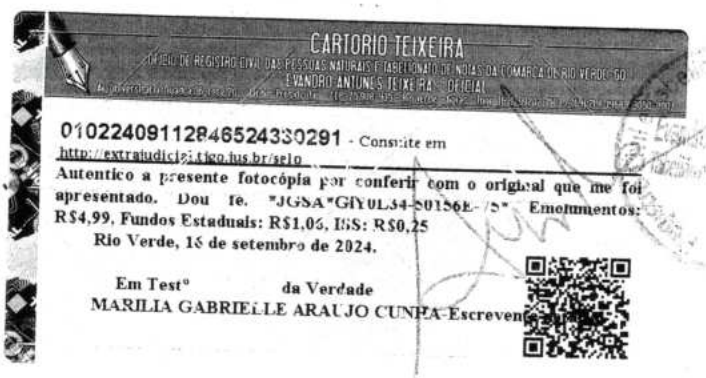
88507431402
GO152791175

GOIÁS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2262990162

PROIBIDO PLASTIFICAR
2262990162




CARTORIO TEIXEIRA
OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE-GO
EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL

01022409112846524330291 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Autentico a presente fotocópia por conferir com o original que me foi apresentado. Dou fé. *JGSA*GIY0L34-80156E-*5* Emolumentos: R$4,99, Fundos Estaduais: R$1,06, ISS: R$0,25
Rio Verde, 16 de setembro de 2024.

Em Test° da Verdade
MARILIA GABRIELLE ARAUJO CUNHA-Escrevente


CARTÓRIO TEIXEIRA
OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE-GO
EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL

01022410010109124330314 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Autentico a fotocópia por conferir com a fotocópia autenticada que me foi apresentada. Dou fé. *WRTA*GSE9631V-51216A-*9* Emolumentos: R$4,99, Fundos Estaduais: R$1,06, ISS: R$0,25
Rio Verde, 07 de outubro de 2024.

Em Test° da Verdade
Vitoria Rodrigues Santiago-Escrevente coord. notarial

Registro Civil e Tabelionato de Notas Rio Verde - GO
Evandro Antunes Teixeira
Tabelião e Oficial de Registro

001501

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de unidade hospitalar.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório

Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024

Tabelionato

FERNANDO DUARTE CABRAL

RG: 3481320-9

CPF: 000.112.291-60

001502



CARTÓRIO TEIXEIRA

OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE-GO

EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL

Av. Universitária, Quadra 08, Lote 20 - Jardim Presidente - CEP: 75.908-935 - Rio Verde - Goiás - Fone: (64) 98202-1503 / (64) 2141-1468 / 3050-8087

01022410034406424300877 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

Reconheço por Semelhança a assinatura de FERNANDO DUARTE CABRAL. Dou fé. *WRTA*FJEKWQU-662065-90* Emolumentos: R$6,67, Fundos Estaduais: R$1,42, ISS: R$0,33

Rio Verde, 07 de outubro de 2024.

Em Test° da Verdade

Vitória Rodrigues Santiago Escrevente coord. notarial

Registro Civil e Tabelionato de Notas Rio Verde - GO

Evandro Antunes Teixeira

Tabelião e Oficial de Registro

001503

Rafael Camargos Lemes

(64) 9.9643-0098 • rafaelcamargo17@gmail.com
Rua João Batista, 55, Vila Mariana, Rio Verde – GO.

Objetivo

Trabalhar em área administrativa ou jurídica, desempenhando funções de administrador, gerente ou coordenador, organizando os processos de atendimento, centrais de guias, hotelaria, auditoria e faturamento.

Resumo das qualificações

Administrador com mais de 04 anos de experiência na área Administrativa da Saúde Pública com atuação no Serviço de Verificação de Óbito e no Hospital Municipal de Rio Verde, cargo exercido atualmente, respondendo por atividades de gestão administrativa operacional e financeira, sendo também responsável pela gestão de pessoas, tecnologia da Informação, hotelaria, nutrição e serviço de atendimento ao usuário.

Excelente capacidade de gerenciamento de equipes, clientes, parceiros e fornecedores. Vivencia no desenvolvimento e execução de planejamento estratégico. Responsável pela elaboração e desenvolvimento das ferramentas de gestão, para acompanhamento dos indicadores de desempenho e estabelecimentos de metas e resultados.

Atuante durante toda a pandemia de Covid-19 na Gestão Administrativa do Hospital Municipal de Rio Verde-GO, realizando a conversão de toda unidade para unidade exclusiva para tratamento e atendimento da referida pandemia, criando um total de 75 leitos de UTI totalmente equipados, para atendimento de toda a região sudoeste do estado, contribuindo para que o município se tornasse modelo de gestão durante a pandemia.

Atualmente, convertendo novamente a unidade em hospital geral, a fim de suprimir toda a demanda reprimida de cirurgias eletivas em decorrência da pandemia supracitada, buscando a intercambio e inovação para os processos hospitalares a fim de que seja concedida a unidade a acreditação junto a ONA.

Bacharel em direito pela Universidade de Rio Verde, atua também como advogado, possuindo uma combinação de habilidades e qualidades que o destacam na proteção e promoção dos direitos de seus clientes, atuando com excelência na esfera civil, assegurando uma atuação eficiente e ética.

Possui entendimento abrangente das leis e regulamentações que regem questões como contratos, propriedade, família e sucessões. Conhecimento não só permite uma interpretação precisa das normas, mas também a aplicação estratégica das leis para garantir a melhor

001504

solução para o cliente, conseguindo analisar detalhadamente cada aspecto do caso, identificar os pontos críticos e desenvolvendo soluções eficazes e criativas para resolver disputas.

Possui a habilidade de se comunicar clara e eficazmente, sendo capaz de articular argumentos convincentes em tribunais, negociar acordos favoráveis e explicar termos legais complexos para clientes de forma compreensível. Além disso, possui uma comunicação eficaz inclui a capacidade de ouvir ativamente e compreender as necessidades e preocupações dos clientes, possuindo muita empatia e sensibilidade para os casos civis que envolvem questões pessoais delicadas e emocionais, como disputas familiares ou questões de sucessão, entendendo o impacto emocional das questões enfrentadas pelos clientes e oferecendo suporte e orientação com respeito e compreensão.

Tem na ética profissional a base de sua prática jurídica, operando com honestidade e integridade, mantendo altos padrões de conduta e respeito às normas legais e morais, pois a confiança do cliente é fundamental e deve ser preservada através de uma prática transparente e ética, sendo seu trabalho sempre pautado na perseverança e a determinação, enfrentando seus desafios sempre com resiliência, mantendo sempre o foco no melhor interesse do cliente.

Busca também a solução amigável dos conflitos, possuindo grande capacidade de negociação, resolvendo muitos acordos fora dos tribunais, possuindo habilidades de negociação refinadas, capazes de alcançar acordos vantajosos e justos para o cliente, evitando a necessidade de um litígio prolongado e oneroso.

Atividades profissionais

Secretaria Municipal de Saúde - Rio Verde - GO. Exerci o cargo de Diretor Administrativo do Serviço de Verificação de Óbito;
Novembro 2017 – Novembro 2020;

Secretaria Municipal de Saúde - Rio Verde - GO. Atualmente exerço o cargo de Diretor Geral do Hospital Municipal Universitário de Rio Verde;
Julho 2018 – Atualmente;

Profissional Liberal - Rio Verde - GO. Advogado devidamente inscrito na Ordem, atuante na área cível e administrativa;
Novembro 2012 – Atualmente.

Formação acadêmica

Graduação: Bacharel em Direito -UNIRV - Universidade de Rio Verde – GO;
2006 - 2010.

Pós/Especialização: Direito Processual Civil–Damásio/Ibemec.
2020-2021.

Pós/Especialização: Em Gestão Hospitalar – Centro de Ensino Avaliação e Pesquisa de Goiás.
2020 - 2021.

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de unidade hospitalar.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório

Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024

Tabelionato

RAFAEL CAMARGOS LEMES

RG: 4227165

CPF: 939.221.321-20

001506

CARTÓRIO TEIXEIRA

OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE-GO

EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL

Av. Universitária Quadra 08, lote 20 - Jardim Presidente - CEP: 75.908-435 - Rio Verde - Goiás - Fone: (64) 99202-1503 / (64) 3610-7468 / 3050-8007

01022410034406424300878 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

Reconheço por Semelhança a assinatura de RAFAEL CAMARGOS LEMES. Deu fé. *WRTA*FBJRVF5MK-675147-11* Emolumentos. R$6,67, Fundos Estaduais: R$1,42, ISS: R$0,33

Rio Verde, 07 de outubro de 2024.

Em Test° da Verdade

Vitória Rodrigues Santiago-Escrevente coord. notarial

Cartório Civil e Tabelionato de Notas Rio Verde - GO
Evandro Antunes Teixeira
Tabelião e Oficial de Registro

001507

PREFEITURA DE
RIO VERDE

Avenida Presidente Vargas, 3.215 - Vila Maria
CEP: 75905-900 - Rio Verde - Goiás
Fone: (64) 3602-8000
www.rioverde.go.gov.br

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, com sede em Rio Verde (GO), portador do CNPJ Nº 06.190.522/0001-80, declara , atestando para todos os fins de direito, que **RAFAEL CAMARGOS LEMES**, portador do CPF nº 939.221.321-20.

1) Foi nomeado Diretor Administrativo do HOSPITAL MUNICIPAL DE RIO VER DE GOIÁS (HMU) em, 18/07/2018;

2) Foi nomeado Diretor Geral do HOSPITAL MUNICIPAL DE RIO VERDE GOIÁS (HMU) em, 01/03/2023, cargo que ocupa atualmente.

A Unidade Hospitalar está situada na Avenida Jerônimo Martins, s/n, Parque Bandeirante e possui 115 (Cento e quinze) Leitos com CNES nº 2340690.

Por ser verdade firmamos a Presente Declaração.

Rio Verde (GO), 13 de setembro de 2024.

2º OFÍCIO

DJAN BARBOSA DE FREITAS
CPF: 922.895.331-49
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

2º OFÍCIO DE NOTAS - CARTÓRIO SCARIOT
Av. Presidente Vargas, 1240 - Setor Central - Rio Verde - GO - CEP: 75901-040
Fones: 64 3018-2289 / 64 99343-5400 - E-mail: 2oficiorv@gmail.com
01272409235884724300086
Consulte em http://extrajudicial.tigo.jus.br/selo
Reconheço por SEMELHANÇA a assinatura indicada de DJAN BARBOSA DE FREITAS. (*0027) Dou fé. (F2UEYM6FQ-66074-12).
Rio Verde-GO, 24 de setembro de 2024 - 10:03:25h. Total R$ 8,42
Em Test° da Verdade
ADRIANE MORAES DE OLIVEIRA
Escrevente Notarial

CÓPIA REDUZIDA DO ORIGINAL

2º OFÍCIO DE NOTAS - CARTÓRIO SCARIOT
Av. Presidente Vargas, 1240 - Setor Central - Rio Verde - GO - CEP: 75901-040
Fones: 64 3018-2289 / 64 99343-5400 - E-mail: 2oficiorv@gmail.com
01272409232925724330037
Consulte em http://extrajudicial.tigo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO
A presente fotocópia é reprodução fiel do documento que me foi apresentado; dou fé. (*0027). Total R$ 6,30. Rio Verde-GO, 24 de setembro de 2024 - 10:15:20h.
ADRIANE MORAES DE OLIVEIRA
Escrevente Notarial

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2452170940

2 e 1 NOME E SOBRENOME
RAFAEL CAMARGOS LEMES

9ª HABILITAÇÃO
03/05/2013

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO
17/03/1983, RIO VERDE, GO

4a DATA EMISSÃO
21/11/2022

4b VALIDADE
18/11/2032

ACC
D

4c DOC IDENTIDADE / ÓRG EMISSOR / UF
4227165 DGPC GO

4d CPF
939.221.321-20

4e Nº REGISTRO
05769854605

9 CAT HAB
AB

NACIONALIDADE
BRASILEIRO

FILIAÇÃO
KANIVALDO MOREIRA LEMES
MARLENE APARECIDA CAMARGOS LEMES

7 ASSINATURA DO PORTADOR

	9	10	11	12
ACC				
A			18/11/2032	
A1				
B			18/11/2032	
B1				
C				
C1				

	9	10	11	12
D				
D1				
BE				
CE				
C1E				
DE				
D1E				

12 OBSERVAÇÕES

LOCAL
GOIANIA, GO

ASSINADO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
75265946143
GO1616988204

2452170940

GOIÁS

I<BRA057698546<057<<<<<<<<<<<<
8303176M3211186BRA<<<<<<<<<<<8
RAFAEL<<CAMARGOS<LEMES<<<<<<<<

QR-CODE

Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio do programa Assinador Serpro.

As orientações para instalar o Assinador Serpro e realizar a validação do documento digital estão disponíveis em: https://www.serpro.gov.br/assinador-digital.

SERPRO / SENATRAN

CARTÓRIO TEIXEIRA
OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE-GO
EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL

0102240921011152439000 4 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Autentico a presente fotocópia por conferir com o original que me foi apresentado. Dou fé. *ELLIS*22JN20VP 56470-*9*. Emolumentos: R$16,67, Funcos Estaduais: R$5,[illegible] ISS: R$0,83
Rio Verde, 23 de setembro de 2024.

Em Test° da Verdade
MARILIA GABRIELA [illegible] JO CUNHA-Escrevente

Registro Civil Tabelionato de Notas - GO

001509

3.2.2.2 Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento. (Policlínicas/AME/clínicas especializadas, etc).

Os documentos pertencentes a este item estão dispostos nas páginas seguintes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

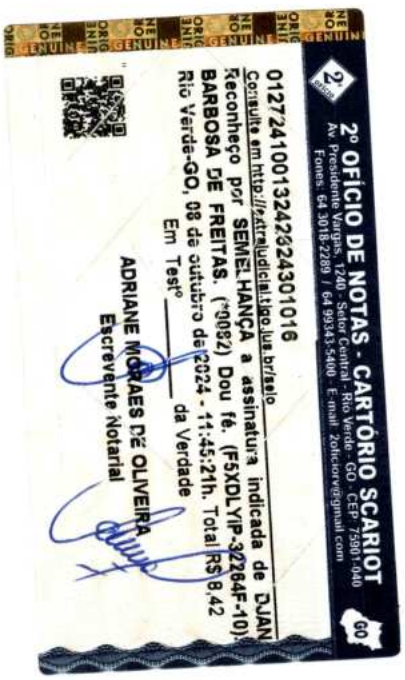
PREFEITURA DE
RIO VERDE

Avenida Presidente Vargas, 3.215 - Vila Maria
CEP: 75905-900 - Rio Verde - Goiás
Fone: (64) 3602-8000
www.rioverde.go.gov.br

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, com sede em Rio Verde (GO), portador do CNPJ Nº 06.190.522/0001-80, declara , atestando para todos os fins de direito, que **PAULO RENATO DA SILVA**, portador do CPF nº 574.024.691-15 foi nomeado Diretor Administrativo da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) Dr. José Povoa Mendes em, 03/06/2019, cargo este que permanece até o presente momento.

A Unidade de Atenção Secundária está situada na Rua Augusta Bastos, nº1900 , Jardim Goiás, com CNES nº 6834477.



Por ser verdade firmamos a Presente Declaração.

Rio Verde (GO), 04 de outubro de 2024.

2º OFÍCIO

DJAN BARBOSA DE FREITAS
CPF: 922.895.331-49
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

1511

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO - SENATRAN

gov.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

BR

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2426800577



2 e 1 NOME E SOBRENOME: PAULO RENATO DA SILVA

1ª HABILITAÇÃO: 27/09/2017

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO: 27/02/1973, RIO VERDE, GO

4a DATA EMISSÃO: 03/08/2022

4b VALIDADE: 28/07/2032

ACC: [redacted] D

4c DOC. IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF: 2123294 PC GO

4d CPF: 574.024.691-15

5 Nº REGISTRO: 06924990202

9 CAT HAB: B

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

FILIAÇÃO: IDALINA MARIA DA SILVA

7 ASSINATURA DO PORTADOR

9	10	11	12	9	10	11	12
ACC				D			
A				D1			
A1				BE			
B		28/07/2032		CE			
B1				C1E			
C				DE			
C1				D1E			

12 OBSERVAÇÕES

LOCAL: GOIANIA, GO

ASSINADO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
53790206053
GO1590539 35

2426800577

GOIÁS

2 e 1. Nome e Sobrenome / Name and Surname / Nombre y Apellidos – Primeira Habilitação / First Driver License / Primera Licencia de Conducir – 3. Data e Local de Nascimento / Date and Place of Birth DD/MM/YYYY / Fecha y Lugar de Nacimiento – 4a. Data de Emissão / Issuing Date DD/MM/YYYY / Fecha de Emisión – 4b. Data de Validade / Expiration Date DD/MM/YYYY / Validez Hasta – ACC – 4c. Documento Identidade - Órgão emissor / Identity Document - Issuing Authority / Documento de Identificación – Autoridad Expedidora – 4d. CPF – 5. Número de registro da CNH / Driver License Number / Número de Permiso de Conducir – 6. Categoria de Veículos da Carteira de Habilitação / Driver License Class / Categoria de Permisos de Conducir – Nacionalidade / Nationality / Nacionalidad – Filiação / Filiation / Filiación – 12. Observações / Observations / Observaciones – Local / Place / Lugar

I<BRA0692499O2<023<<<<<<<<<<<<
7302275M3207280BRA<<<<<<<<<<<6
PAULO<<RENATO<DA<SILVA<<<<<<<<

QR-CODE

Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio do programa Assinador Serpro.

As orientações para instalar o Assinador Serpro e realizar a validação do documento digital estão disponíveis em: https://www.serpro.gov.br/assinador-digital.

SERPRO / SENATRAN

CARTÓRIO TEIXEIRA
OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE-GO
EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL
Av. Universitária, Quadra 08, Lote 20 - Jardim Presidente - CEP: 75.908-435 - Rio Verde - Goiás - Fone: (64) 99202-1503 / (64) 2[illegible]-4468 / 3050-8037

01022410010110224390043 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/sel/

Autentico a presente fotocópia por conferir com o original que me foi apresentado. Dou fé. *WRTA*G4WILW6E-512129-94* Emolumentos: R$16,67, Fundos Estaduais: R$3,54, ISS: R$0,83

Rio Verde, 9º de outubro de 2024.

Em Test° da Verdade
Vitória Rodrigues Santiago Escrevente coord. notarial

Registro Civil Tabelionato de Rio Verde - GO
Evandro Antunes Teixeira
Tabelião e Oficial de Registro

1512

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório



Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024

2º OFÍCIO

PAULO RENATO DA SILVA
CPF: 574.024.691-15

PREFEITURA DE
RIO VERDE

Avenida Presidente Vargas, 3.215 - Vila Maria
CEP: 75905-900 - Rio Verde - Goiás
Fone: (64) 3602-8000
www.rioverde.go.gov.br

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, com sede em Rio Verde (GO), portador do CNPJ Nº 06.190.522/0001-80, declara , atestando para todos os fins de direito, que **FABIERRY CAMARGOPS JUNQUEIRA,** portador do CPF nº 031.254.871-02 foi nomeado **DIRETOR GERAL DA UNIDADE PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO (DAS-3)**, na unidade de PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO, em 05/05/2023, cargo este que permaneceu até no dia 02/05/2024.

A unidade de PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO está situada na Rua Rua Pascoal Moreira, S/N, Parque Bandeirantes, Rio Verde (GO), CEP 75.901-970, Regional de Saúde 001, com CNES nº 521880.



Por ser verdade firmamos a Presente Declaração.

Rio Verde (GO), 04 de outubro de 2024.

2º OFÍCIO

DJAN BARBOSA DE FREITAS
CPF: 922.895.331-49
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

1514

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
GO

NOME
FABIERRY CAMARGOS JUNQUEIRA



DOC. IDENTIDADE/ÓRG EMISSOR/UF
5281500 SPTCGO GO

CPF
031.254.871-02

DATA NASCIMENTO
12/01/1989

FILIAÇÃO
JOAO EVANGELISTA JUNQUEIRA
MARIA GERALDA CAMARGOS DOS SANTOS JUNQUEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04105820472

VALIDADE
07/04/2032

1ª HABILITAÇÃO
22/05/2007

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2376046238

CNH

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GOIANIA, GO

DATA EMISSÃO
18/04/2022

ASSINADO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

52951390030
GO156309431

2376046238

[redacted] GOIÁS [redacted]

DENATRAN CONTRAN

QR-CODE

Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio do programa Assinador Serpro.

As orientações para instalar o Assinador Serpro e realizar a validação do documento digital estão disponíveis em: https://www.serpro.gov.br/assinador-digital.

SERPRO / SENATRAN

CARTÓRIO TEIXEIRA
OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE-GO
EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL
Av. Universitária Quadra 08 Lote 20 - Jardim Presidente - CEP: 75.908-935 - Rio Verde - Goiás - Fone: (64) 99292-1503 / (64) 299-9468 / 3050-8007

01022410010110224390042 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

Autentico a presente fotocópia por conferir com o original que me foi apresentado. Dou fé. *WRTA*G26BLHAP-512156-81* Emolumentos: R$16,67, Fundos Estaduais: R$3,54, ISS: R$0,83

Rio Verde, 07 de outubro de 2024.

Em Testº da Verdade
Vitória Rodrigues Santiago Escrevente coord. notarial

Registro Civil e Tabelionato de Notas Rio Verde GO
Evandro Antunes Teixeira
Tabelião e Oficial de Registro

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório

Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024



gov.br Documento assinado digitalmente
FABIERRY CAMARGOS JUNQUEIRA
Data: 07/10/2024 14:07:58-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Tabelionato

FABIERRY CAMARGOS JUNQUEIRA

CPF: 031.254.871-02

1516

PREFEITURA DE
RIO VERDE

Avenida Presidente Vargas, 3.215 - Vila Maria
CEP: 75905-900 - Rio Verde - Goiás
Fone: (64) 3602-8000
www.rioverde.go.gov.br

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, com sede em Rio Verde (GO), portador do CNPJ Nº 06.190.522/0001-80, declara , atestando para todos os fins de direito, que **RICARDO MARTINS SOUSA**, portador do CPF nº 041.377.856-86 foi nomeado Diretor de Urgência e Emergência da UPA II, na unidade UPA DR PAULO CESAR DE CARVALHO TELLES, em 01/09/2022, cargo este que permaneu até o dia 31 de julho de 2024.

A UPA DR PAULO CESAR DE CARVALHO TELLES está situada na Rua 28, S/N, Quadra 17 AL 02, Vila Santa Cruz I, Rio Verde (GO), CEP 75.901-100, Regional de Saúde 001, com CNES nº 2997045.



Por ser verdade firmamos a Presente Declaração.

Rio Verde (GO), 04 de outubro de 2024.

2º OFÍCIO

DJAN BARBOSA DE FREITAS
CPF: 922.895.331-49
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

1517

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME RICARDO MARTINS SOUSA



FILIAÇÃO
BALTAZAR CANDIDO DE SOUSA

MARIA NEUZA MARTINS DE SOUSA

DATA NASCIMENTO
16/03/1978
NATURALIDADE
RIO VERDE - GO
OBSERVAÇÃO
*****

TIPO/FATOR RH
*****

Ricardo Martins Sousa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116, DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 041377856-86 DNI *****
RG 3458740 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 08/03/2019
REGISTRO CIVIL
CERTIDÃO DE CASAMENTO 727 BA-2 FLS65 CAIAPÔNIA-GO EM 27/10/2009

T. ELEITOR
*****
CTPS
*****
SÉRIE
UF
NIS/PIS/PASEP
*****
IDENTIDADE PROFISSIONAL
*****
CERT. MILITAR
*****
CNH
*****
CNS
*****

POLEGAR DIREITO



Deusny Aparecido Silva Filho
ASSINATURA DO DIRETOR

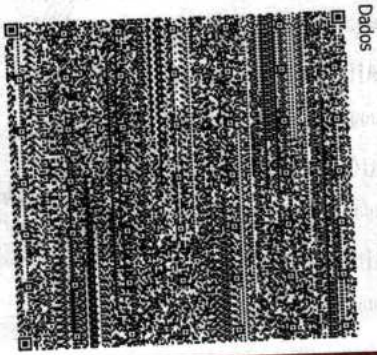
6F2F7645

P0017

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

Registro Civil e Tabelionato de Notas - Rio Verde - GO
Evandro Antunes Teixeira
Tabelião e Oficial de Registro

807382-7



Dados

CARTORIO TEIXEIRA
OFICIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS DA COMARCA DE RIO VERDE - GO
EVANDRO ANTUNES TEIXEIRA - OFICIAL

01022410010109124330267 - Consulte em:
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

Autentico a presente fotocópia por conferir com o original que me foi apresentado. Dou fé. *MGAC*32CGLHAP-46102C-8** Emolumentos: R$4,99, Fundos Estaduais: R$1,05, ISS: R$0,25

Rio Verde, 04 de outubro de 2125

Em Test° da Verdade
MARILIA GABRIELLE ARAUJO CUNHA - Escrevente Autorizada

Registro Civil e Tabelionato de Notas - Rio Verde - GO
Evandro Antunes Teixeira
Tabelião e Oficial de Registro

1518

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório

Rio Verde - GO, 30 de setembro de 2024





RICARDO MARTINS SOUSA

RG: 14093436

CPF: 041.377.856-86

MUNICIPIO DE SANTA HELENA DE GOIÁS

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, com sede em Santa Helena de Goiás (GO), portador do CNPJ Nº 11.315.213/0001-29, declara , atestando para todos os fins de direito, que **Taianne Clemente de Araújo Nogueira**, portadora do CPF nº 018.458.681-02 foi nomeada Diretora de Urgência e Emergência da UPA, na unidade UPA de Santa Helena de Goiás, em 12 de janeiro de 2022, cargo este que permaneu até o momento.

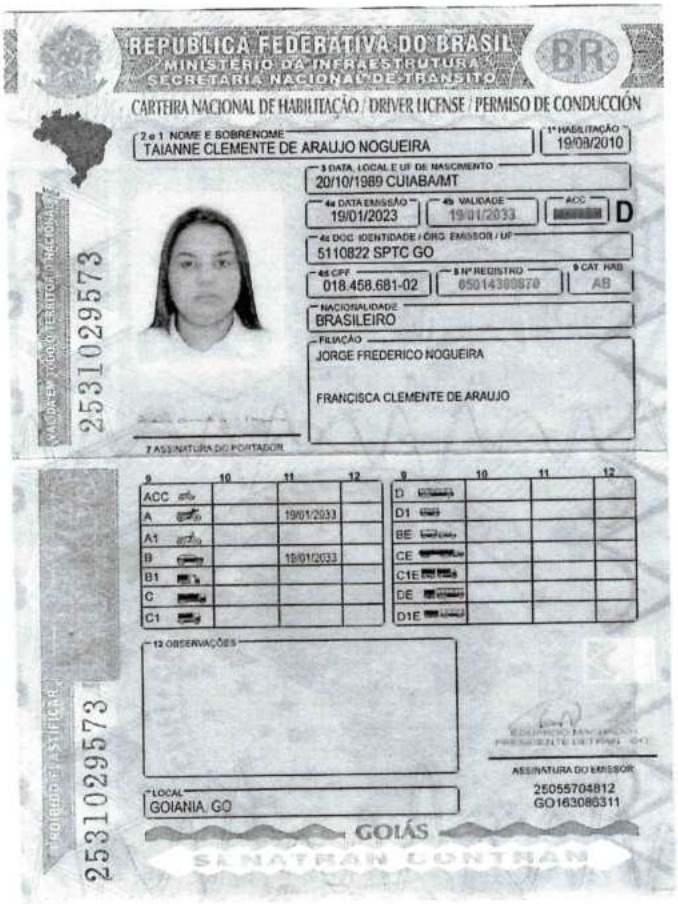
A UPA está situada na Av. Esperidião Paulo Curi, S/N, Lucilene , com CNES nº 9362185.

Por ser verdade firmamos a Presente Declaração.



Santa Helena de Goiás (GO), 11 de outubro de 2024.

Letícia Rosa e Silva
CPF: 799.109.551-72
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2 e 1 NOME E SOBRENOME
TAIANNE CLEMENTE DE ARAUJO NOGUEIRA

1ª HABILITAÇÃO
19/09/2010

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO
20/10/1989 CUIABA/MT

4a DATA EMISSÃO
19/01/2023

4b VALIDADE
19/01/2033

ACC
D

4c DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5110822 SPTC GO

4d CPF
018.458.681-02

5 Nº REGISTRO

6 CAT. HAB
AB

NACIONALIDADE
BRASILEIRO

FILIAÇÃO
JORGE FREDERICO NOGUEIRA

FRANCISCA CLEMENTE DE ARAUJO

7 ASSINATURA DO PORTADOR

9	10	11	12
ACC			
A		19/01/2033	
A1			
B		19/01/2033	
B1			
C			
C1			

9	10	11	12
D			
D1			
BE			
CE			
C1E			
DE			
D1E			

12 OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO EMISSOR
25055704812
GO163086311

LOCAL
GOIANIA, GO

GOIÁS
SENATRAN CONTRAN

2531029573



2 e 1. Nome e Sobrenome / Name and Surname / Nombre y Apellidos – Primeira Habilitação / First Driver License / Primera Licencia de Conducir – 3. Data e Local de Nascimento / Date and Place of Birth DD/MM/YYYY / Fecha y Lugar de Nacimiento – 4a. Data de Emissão / Issuing Date DD/MM/YYYY / Fecha de Emisión – 4b. Data de Validade / Expiration Date DD/MM/YYYY / Valido Hasta – ACC – 4c. Documento Identidade - Orgão emissor / Identity Document - Issuing Authority / Documento de Identificación - Autoridad Expedidora – 4d. CPF – 5. Número de registro da CNH / Driver License Number / Número de Permiso de Conducir – 9. Categoria de Veículos da Carteira de Habilitação / Driver license Class / Categoria de Permisos de Conducir – Nacionalidade / Nationality / Nacionalidad – Filiação / Filiation / Filiación – 12. Observações / Observations / Observaciones - Local / Place / Lugar

I<BRA050143898<707<<<<<<<<<<<
8910200F3301199BRA<<<<<<<<<<<0
TAIANNE<<CL<DE<ARAUJO<NOGUEIRA

CARTÓRIO 2º OFÍCIO
3641-1664
SANTA HELENA DE GOIÁS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS

026567AA113557

2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás - GO
Fones: (64) 3641-1664 / 3641-3784

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original. Dou Fé.
Santa Helena de Goiás-GO, 11 de Outubro de 2024 às 10:43

Daniela Maciel de Oliveira
Escrevente Autorizada

Emol.: R$4,99, Fundos: R$1,06, ISS: R$0,25, Total: R$6,30.
Selo: 00512410113341324330003
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/buscat

'QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO'

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório



Rio Verde - GO, 11 de outubro de 2024

Taianne Clemente de Araújo Nogueira

TAIANNE CLEMENTE DE ARAÚJO NOGUEIRA

RG: 5110822

CPF: 018.458.681-02

Secretaria Municipal
SAÚDE
SANTA HELENA DE GOIÁS

DECLARAÇÃO

Eu, Vanessa Gonçalves Teixeira, Secretária de Saúde de Santa Helena de Goiás, declaro, para os devidos fins, que a Sra. Lidiane Vieira de Souza, Enfermeira, casada, residente e domiciliada nesta, inscrita no COREN- GO nº 242747, exerceu a seguinte função nesta Secretaria:

- Superintendente Geral em Saúde: de Março de 2015 a Dezembro de 2016 (Incluindo experiência em Atenção Secundária);

Santa Helena de Goiás, 20 de Dezembro de 2016.

Vanessa Gonçalves Teixeira

Secretária Municipal de Saúde

CARTÓRIO 2º 2541-1 SANTA HELENA DE GOIÁS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIAS
2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás 00567AA116023
Fones: (64) 3641-1664 / 3641-3784
Reconheço por **SEMELHANÇA** a assinatura indicada de **VANESSA GONÇALVES TEIXEIRA**, posto que análoga à constante de nossos arquivos, do que DOU FÉ. Santa Helena de Goiás-GO, 11 de Outubro de 2024 às 09:23.
Daniela Maciel de Oliveira
Escrevente Autorizada
Emol.: R$6,67, Fundos: R$1,41, ISS: R$0,33, Total: R$8,41.
Selo: 00512410113172724300006
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/buscas
"QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO"

CARTÓRIO 2º 2541-1 SANTA HELENA DE GOIÁS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIAS
2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás 00567AA116025
Fones: (64) 3641-1664 / 3641-3784
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original. Dou Fé.
Santa Helena de Goiás-GO 11 de Outubro de 2024 às 09:25.
Daniela Maciel de Oliveira
Escrevente Autorizada
Emol.: R$4,99, Fundos: R$1,06, ISS: R$0,25, Total: R$6,30.
Selo: 00512410113341324330002
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/buscas
"QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME LIDIANE VIEIRA DE SOUZA DA MOTA



FILIAÇÃO
SIVALDO FLAUZINO VIEIRA

ELCI VIEIRA DE SOUZA

DATA NASCIMENTO
28/01/1987

TIPO/FATOR RH
*****

NATURALIDADE
SANTA HELENA DE GOIÁS - GO

OBSERVAÇÃO
*****

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NÃO PLASTIFICAR

LEI Nº 7.116, DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 019625831-63 DNI*****
RG 4521366 2ª VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO 16/01/2020

REGISTRO CIVIL
CERTIDÃO DE CASAMENTO 4948 B-21 FLS48 SANTA HELENA DE GOIÁS-GO EM 29/06/2013

T. ELEITOR
052603381058

CTPS
*****

SÉRIE UF

NIS/PIS/PASEP
*****

IDENTIDADE PROFISSIONAL
*****

CERT. MILITAR
*****

CNH
*****

CNS
*****

POLEGAR DIREITO

Dausny Aparecido Silva Filho
ASSINATURA DO DIRETOR

694D4B43

P0047

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CARTÓRIO 2º OFÍCIO 3641-1664 SANTA HELENA DE GOIÁS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS
2º Tabelionato de Notas de Santa Helena de Goiás - 089567AA116018
Fones: (64) 3641-1664 / 3641-3784

AUTENTICAÇÃO

Autentico para os devidos efeitos a presente fotocópia que é parte de um documento que me foi apresentado. Lei nº 8.935 de 18/11/1994. Dou Fé. Santa Helena de Goiás-GO, 11 de outubro de 2024 às 09:16.

Daniela Maciel de Oliveira
Escrevente Autorizada

Emol.: R$4,99, Fundos: R$1,06, ISS: R$0,25, Total: R$6,30.
Selo: 00512410113341324330000
Consulte em: http://see.tjgo.jus.br/cuscas

"QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO"

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

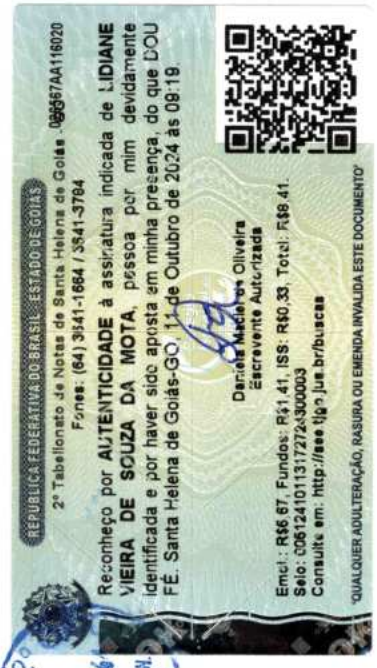
EM BRANCO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

CARTA DE ACEITAÇÃO

Pelo presente instrumento, declaro de livre e espontânea vontade a minha plena aceitação na indicação de minha pessoa pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, na Proposta de Trabalho correspondente à sua participação no processo do Instrumento de Chamamento Público nº 09/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Processo: 202400010033097, como profissional com experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária.

Declaro a aceitação de participar nas atividades de Direção ou Gerência da unidade: Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, podendo o IPGSE me apresentar em sua Proposta de Trabalho no Processo de Chamamento Público nº 09/2024.

Por ser verdade, firmo o presente instrumento, com firma reconhecida em Cartório



Rio Verde - GO, 11 de outubro de 2024

Lidiane Vieira de Souza da Mota

LIDIANE VIEIRA DE SOUZA DA MOTA

RG: 4521366

CPF: 019.625.831-63

3.3 Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar.

3.3.1 Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário.

O quadro de pessoal médico da Policlínica Estadual de Quirinópolis será constituído por profissionais de vínculo de Pessoa Jurídica-PJ, preferencialmente.

Os profissionais deverão apresentar registro no conselho de classe ativo além da documentação de especialização conforme resolução CFM Nº 2.221/2018, e vasta experiência condizente com a especialidade e área de atuação, assim como as comprovações legais obrigatórias.

As especialidades contempladas na Policlínica são: Anestesiologia, Angiologia/Cirurgia Vascular, Cardiologia, Coloproctologia, Clínico Geral (linha do cuidado), Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Obstetrícia (pré-natal de alto risco), Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia e Urologia. A estimativa de atendimento mensal é de 2800 consultas médicas e a quantidade por especialidade será definida conforme Termo de Colaboração.

Os atendimentos médicos serão realizados das 07:00 às 19:00, de segunda a sexta-feira. Cada profissional informará, após formalização do contrato, os dias e períodos de atendimento para confecção de escala e disponibilização da agenda para Complexo Regulador do Estado.

Tabela com Quadro médico proposto para Policlínica Estadual de Quirinópolis:

Especialidade	Forma de Vínculo	Horário/ Período	Salário	Especificação
Anestesiologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 8.448,00	Acompanhamento de exames (colonoscopia e endoscopia), de pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e consultas especializadas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Angiologia/Cirurgia Vascular	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 4.400,00	Realizar consultas, exames físicos, solicitar exames de imagem, para avaliar a circulação e a condição dos vasos sanguíneos. Realizar Doppler.
Cardiologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 21.865,50	Avaliação e acompanhamento de pacientes com doenças cardíacas ou fatores de risco cardiovascular. Testes Ergométricos, emissão de laudos de Eletrocardiograma, realização de Ecocardiografia, MAPA e Holter.
Coloproctologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 4.400,00	Avaliação e tratamento de condições focando na saúde do trato digestivo inferior. Realização de colonoscopia.
Clínico Geral	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 22.400,00	Ordenador do Projeto Terapêutico Singular (PTS); Responsável por interconsulta, para realização da Avaliação Global Interdisciplinar, com foco principal nas Linhas de Cuidado Prioritárias. Atendimentos conforme demandas da unidade, acompanhamento dos atendimentos multiprofissionais

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

				e coordenação da equipe médica. Atendimentos junto a equipe de ambulância/UTI móvel conforme a demanda da Policlínica de Quirinópolis-GO, para o transporte de pacientes nos 3 períodos de funcionamento da Hemodiálise.
Dermatologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 6.300,00	Avaliação, diagnóstico e tratamento de condições que afetam a pele, cabelo e unhas. Realização de procedimentos diagnósticos, como biópsias de pele. Realização de pequenos procedimentos cirúrgicos para remoção de lesões cutâneas.
Endocrinologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 4.400,00	Avaliação, diagnóstico e tratamento de doenças hormonais e metabólicas.
Gastroenterologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 8.448,00	Avaliação, diagnóstico e tratamento de doenças do sistema digestivo, Realização de Endoscopia Digestiva Alta, Colonoscopia Mucosectomia (ressecção de nódulos por colonoscopia e clips se necessário.
	PJ	Matutino:		Avaliação, diagnóstico e tratamento de doenças do

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Ginecologia		07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 9.605,00	sistema reprodutivo e à saúde geral. Realização de Colposcopia.
Hematologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 5.200,00	Avaliação, diagnóstico e tratamento de doenças relacionadas ao sangue e aos órgãos hematopoiéticos.
Infectologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 4.000,00	Atendimento especializado no diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas.
Mastologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 5.520,00	Atendimento focado na saúde das mamas, incluindo a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças mamárias, como câncer de mama e outras condições benignas.
Nefrologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 48.800,00	Responsável pela Terapia renal substitutiva (TRS). Responsável técnico pelo serviço de hemodiálise. Consultas ambulatoriais especializado e apoio diagnóstico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Neurologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 8.832,00	Atendimento para avaliação, diagnóstico e tratamento de doenças do sistema nervoso central e periférico. Realização de eletroencefalografia e eletroneuromiografia.
Obstetrícia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 9.605,00	Acompanhamento do pré-natal de alto risco.
Oftalmologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 26.400,00	Consultas especializadas eletivas, interconsultas e pareceres. Realização de exames oftalmológicos.
Ortopedia/Traumatologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 19.602,00	Atendimento especializado, diagnóstico e tratamento de condições que afetam o sistema musculoesquelético, incluindo ossos, articulações, músculos, tendões e ligamentos.
Otorrinolaringologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino:	R$ 4.430,00	Atendimento especializado, diagnóstico e tratamento de condições relacionadas aos ouvidos, nariz e garganta. Realização de Vídeo-laringoscopias.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

		13:00 às 19:00		
Pediatria	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 4.000,00	Realizar consultas, exames físicos e avaliação geral da saúde da criança.
Pneumologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 4.750,00	Avaliação, diagnóstico e tratamento de condições respiratórias e doenças do sistema pulmonar.
Psiquiatria	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 9.600,00	Avaliação, diagnóstico e tratamento de transtornos mentais e emocionais.
Radiologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 48.800,00	Realizar e laudar: ultrassonografias, tomografias, mamografias, densitometria óssea, raio-x, doppler vascular, ecocardiografia. Realizar punções aspirativas.
Reumatologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00	R$ 8.800,00	Avaliação, diagnóstico e tratamento especializado de doenças que afetam as

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

		Vespertino: 13:00 às 19:00		articulações, músculos e tecidos conectivos.
Urologia	PJ	Matutino: 07:00 às 13:00 Vespertino: 13:00 às 19:00	R$ 10.800,00	Avaliação, diagnóstico e tratamento de condições que afetam o sistema urinário e o sistema reprodutor masculino. Realização de citoscopia.

Tabela 68 - Quadro médico proposto para Policlínica Estadual de Quirinópolis

3.3.2 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.

PROTOCOLO MÉDICO				
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo da hipertensão arterial sistemica (HAS).

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

HAS: Hipertemsão Arterial Sistêmica.

PAS: Pressão Arterial Sistólica.

PAD: Pressão Arterial Diastólica.

MRPA: Monitorização Residencial da Pressão Arterial.

MAPA: Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial.

HVE: Hipertrofia do VentrículoEesquerdo (HVE).

TSH: Exame Hormonio Tiroidiano.

EIM: Espessura Íntima-média.

VOP: Velocidade da Onda de Pulso.

VO: Via Oral.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Medidas de Pressão Arterial:

Ausência de elevações consistentes na pressão arterial em múltiplas medições (pelo menos em duas consultas).

Causas Secundárias:

Identificação de causas secundárias de hipertensão (como doenças endócrinas, renais ou uso de medicações) que possam explicar os níveis elevados.

Condições Clínicas:

Pacientes sem sintomas associados (como cefaleia, tontura) que possam indicar hipertensão grave.

Exames Físicos Normais:

Exame físico que não revela sinais de hipertensão, como aumento do tamanho do coração ou alterações nos vasos sanguíneos.

Idade e História Familiar:

Pacientes jovens sem histórico familiar de hipertensão ou doenças cardiovasculares.

Condições Temporárias:

Excluir medições realizadas em situações estressantes, como dor intensa, febre ou durante atividade física.

Uso de Medicamentos:

Considerar o uso de medicamentos que possam influenciar a pressão arterial, como corticosteroides ou anti-inflamatórios.

Esses critérios ajudam a assegurar que o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica seja preciso e que outras causas sejam adequadamente investigadas. A avaliação deve sempre ser realizada por um profissional de saúde.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

- Esfigmomanômetro.
- Braçadeira.
- Estetoscópio.
- Material de limpeza.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível definida pelo aumento persistente da pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg (definição brasileira) aferidas com técnica correta em pelo menos duas ocasiões.

Trata-se de uma condição extremamente prevalente e que acomete mais de um bilhão de adultos no mundo todo. No Brasil, em particular, cerca de 30-35% da população são portadores da doença.

8.2 Quadro Clínico

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição caracterizada por níveis elevados de pressão arterial. O quadro clínico pode variar, mas geralmente inclui os seguintes aspectos:

8.3 Sintomas:

- **Assintomática:** Muitas pessoas não apresentam sintomas, especialmente em estágios iniciais.
- **Cefaleia:** Dores de cabeça frequentes, especialmente na parte posterior da cabeça.
- **Tontura:** Sensação de vertigem ou desequilíbrio.
- **Fadiga:** Cansaço excessivo.
- **Palpitações:** Sensação de batimentos cardíacos acelerados ou irregulares.
- **Visão turva:** Problemas de visão ocasional.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- **Dificuldade respiratória:** Pode ocorrer em casos mais graves.

Sinais Clínicos:

- **Pressão arterial elevada:** Medida em mmHg, considerando níveis superiores a 140/90 mmHg como hipertensão.

Classificação da HAS (Diretriz Europeia 2018 / Diretriz Brasileira 2020)		
Classificação	**Sistólica (mmHg)**	**Diastólica (mmHg)**
Ótima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Pré-hipertensão	**130-139**	**85-89**
HAS estágio 1	140-159	90-99
HAS estágio 2	160-179	100-109
HAS estágio 3	≥ 180	≥ 110
Sistólica isolada	≥ 140	< 90

Tabela 69 - Classificação da HAS (Diretriz Europeia 2018 / Diretriz Brasielira 2020).

Alterações no exame físico: Como pulsos periféricos assimétricos ou sinais de sobrecarga cardíaca.

8.4 Diagnóstico

O diagnóstico de hipertensão arterial deve se pautar em diversas medidas de pressão arterial. Será considerado hipertenso (medida de consultório) o paciente que mantiver pressões ≥ 140 x 90 mmHg em, pelo menos, duas consultas espaçadas em dias ou semanas. Pacientes classificados como hipertensão estágio 3 devem receber o diagnóstico na primeira consulta.

O aparelho de braço automático que utilizar a medida oscilométrica, devidamente autorizado e calibrado, é preferível ao aneroide por mostrar maior acurácia, excetuando-se pacientes portadores de fibrilação atrial.

Exames complementares como a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) ou a monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) se tornaram cada vez mais importantes no diagnóstico da hipertensão e no cuidado do paciente hipertenso.

A MAPA se destaca por ser capaz de prever melhor lesões em órgãos-alvo que as medidas em consultório; esse método costuma ser o preferido para o diagnóstico e a confirmação de hipertensão.

A MRPA é uma alternativa de menor custo que se correlaciona muito bem com a MAPA.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) : Método que permite a aferição da pressão arterial durante o dia e a noite por meio de medidas, em geral, a cada 15-20 minutos durante o dia e a cada 30-60 minutos durante o sono. É capaz de diagnosticar e confirmar o diagnóstico de hipertensão, bem como identificar casos de hipertensão do jaleco branco e hipertensão mascarada (ver, adiante, o tópico sobre MAPA). Considera-se HAS (média): vigília ≥ 135 x 85, sono ≥ 120 x 70, 24 horas ≥ 130 x 80 mmHg.

Monitorização residencial da pressão arterial (MRPA): Método de medida da pressão arterial na residência do paciente com esfigmomanômetro digital certificado por 5 dias (com três medidas pela manhã e três medidas à tarde), podendo ser realizado por profissional ou pelo próprio paciente treinado. Considera-se HAS uma média de pressões PAS ≥ 130 e/ou PAD ≥ 80 mmHg.

Estabelecido o diagnóstico de hipertensão arterial, devem-se solicitar investigação complementar de lesões de órgão-alvo e avaliação de comorbidades.

Exames indicados para todos os pacientes:

- Eletrólitos, ureia e creatinina;
- Glicemia de jejum;
- Perfil lipídico;
- Ácido úrico;
- Urinálise (EAS ou urina tipo 1);
- Microalbuminúria ou estimativa de proteinúria em amostra (spot urinário);
- Hemograma completo;
- Hormônio tireoidiano (TSH);
- Eletrocardiograma.
- **Eletrocardiograma:** Avalia o aumento e a sobrecarga de câmaras esquerdas, arritmias e sinais de isquemia.
- **Ecocardiograma:** Exame mais sensível que o eletrocardiograma quanto ao diagnóstico de hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE), agrega valores à avaliação de tamanho do átrio esquerdo nas funções sistólica e diastólica. É indicado na presença de indícios de HVE no eletrocardiograma ou a pacientes com suspeita clínica de insuficiência cardíaca. Considera-se HVE quando a massa do ventrículo esquerdo indexada para a superfície corpórea é ≥ 116 g/m2 no homem e 96 g/m2 na mulher pelas diretrizes brasileiras.
- **Ultrassonografia de carótidas e vertebrais:** Indicada na presença de sopro carotídeo, suspeita ou sinais de doença cerebrovascular ou presença de doença aterosclerótica em outros territórios. O aumento na espessura íntima-média (EIM) das carótidas e/ou a identificação de placas de aterosclerose predizem a ocorrência de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

acidentes vasculares encefálicos e infarto do miocárdio, independentemente de outros fatores de risco CV.

- **Medida da velocidade da onda de pulso (VOP), quando disponível:** Indicada a hipertensos de baixo e médio riscos, sendo considerada o método útil para a avaliação da rigidez arterial, ou seja, do dano vascular. VOP com valores > 10 m/s são consideradas anormais na população em geral, porém já existem valores de referência ajustados para decis de idade e sexo.

Investigação de hipertensão secundária: Triagem para hipertensão secundária não está recomendada como rotina. Suspeitar quando:

- Início do quadro antes dos 30 anos de idade;
- Hipertensão resistente verdadeira;
- Assimetria de pulsos;
- Piora de função renal;
- Presença de sopro abdominal ou massa palpável;
- Alterações ao exame físico que sugiram causa secundária: síndrome de Cushing, acromegalia, hipertireoidismo;
- Mudanças súbitas na pressão arterial (suspeita de feocromocitoma);
- Presença de hipocalemia (suspeita de hiperaldosteronismo);
- Presença de proteinúria e hematúria importantes (suspeita de doença renal primária);
- Suspeita de apneia obstrutiva do sono.

Monitorização Ambulatorial da pressão Arterial (MAPA)

Indicações:

- Diagnóstico de HAS;
- Suspeita de hipertensão do jaleco branco (pacientes com nível tensional aumentado na consulta, sem fatores de risco importantes e sem sinais de lesão de órgão-alvo);
- Suspeita de hipertensão mascarada (normotensos com lesão de órgão-alvo);
- Suspeita de hipertensão resistente ou resposta inadequada ao tratamento medicamentoso;
- Confirmação de pressão arterial normal em hipertensos com medida domiciliar normal;
- Confirmação do diagnóstico de hipertensão em pacientes limítrofes;
- Suspeita de hipertensão episódica (ex.: feocromocitoma);
- Suspeita de disfunção autonômica;
- Avaliação da resposta terapêutica;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Relato de sintomas de hipotensão em uso de anti-hipertensivos.

Importância na decisão clínica: A MAPA é fundamental no diagnóstico dos casos duvidosos (principalmente pela possibilidade de hipertensão mascarada e de efeito do jaleco branco) e para a monitorização terapêutica de hipertensos resistentes ou cuja medida na consulta não é um parâmetro confiável de monitorização. Destaca-se por ser capaz de prever com maior exatidão lesões de órgão-alvo e por ser mais precisa e confiável no diagnóstico e na confirmação da hipertensão arterial.

8.5 Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial se estabelece entre hipertensão essencial (primária) e causas de hipertensão secundária:

- Hipertensão essencial (primária);
- Hiperaldosteronismo primário;
- Síndrome de Cushing;
- Hipertensão renovascular;
- Uso de drogas e medicamentos: Cocaína, anfetaminas, antidepressivos e outros;
- Doença renal primária (glomerulopatias);
- Doença renal crônica;
- Coarctação da aorta;
- Feocromocitoma;
- Hipertireoidismo;
- Eventualmente, hipotireoidismo;
- Acromegalia;
- Doença hipertensiva da gravidez;
- Hiperparatireoidismo;
- Apneia do sono;
- Efeito do jaleco branco.

8.6 Tratamento

Tratamento Não Farmacológico:

- Mudança de hábito alimentar;
- Praticar atividade física;
- Baixo consumo de bebida alcoólica;
- Evitar chocolates e produtos do cacau;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Evitar café e produtos da cafeína;
- Controle de estresse.

Tratamento Farmacológico:

Classe A: Diuréticos tiazídicos: Escolha uma das opções (em ordem de preferência):

- Clortalidona (12,5, 25 e 50 mg/comprimido) 12,5-25 mg VO de 24/24 horas;
- Indapamida (1,5 e 2,5 mg/comprimido) 1,5-2,5 mg VO de 24/24 horas;
- Hidroclorotiazida (25 e 50 mg/comprimido) 25-50 mg VO de 24/24 horas.

Classe B: Bloqueadores de canais de cálcio (BCC): Escolha uma das opções (Levanlodipino e Lercanidipino apresentam menos efeitos colaterais):

- Anlodipino (2,5, 5 e 10 mg/comprimido) 2,5-10 mg VO de 24/24 horas;
- Felodipino (2,5, 5 e 10 mg/comprimido) 2,5-10 mg/dia VO de 24/24 horas;
- Manidipino (10 e 20 mg/comprimido) 10-30 mg VO de 24/24 horas;
- Nifedipino oros (30 e 60 mg/comprimido) 30-60 mg VO de 24/24 horas;
- Nifedipino retard (10 e 20 mg/comprimido) 10-60 mg/dia VO de 12/12 ou 8/8 horas;
- Nitrendipino (10 e 20 mg/comprimido) 10-30 mg/dia VO de 24/24 horas;
- Levanlodipino (2,5 e 5 mg/comprimido) 2,5-5 mg VO de 24/24 horas;
- Lercanidipino (10 e 20 mg/comprimido) 10-20 mg VO de 24/24 horas;
- Lacidipino (4 mg /comprimido) 2-6 mg VO de 24/24 horas.

Classe C: Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA): Escolha uma das opções (não associar a BRA):

- Benazepril (5 e 10 mg/comprimido) 10-40 mg VO divididos em 1-2 doses diárias;
- Captopril (12,5, 25 e 50 mg/comprimido) 25-150 mg/dia VO divididos em 3 doses diárias;
- Enalapril (5, 10 e 20 mg/comprimido) 5-40 mg/dia VO divididos em 1-2 doses diárias;
- Fosinopril (10 e 20 mg/comprimido) 10-40 mg VO de 24/24 horas;
- Lisinopril (5, 10 e 20 mg/comprimido) 10-40 mg VO de 24/24 horas;
- Ramipril (2,5, 5 e 10 mg/comprimido) 2,5-20 mg VO divididos em 1-2 doses diárias.

Classe D: Bloqueadores do receptor de angiotensina II (BRA): Escolha uma das opções:

- Candesartana (8, 16 e 32 mg/comprimido) 8-32 mg VO de 24/24 horas;
- Losartana (25, 50 e 100 mg/comprimido) 25-100 mg/dia VO divididos em 1-2 doses diárias;
- Olmesartana (20 e 40 mg/comprimido) 20-40 mg VO de 24/24 horas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Telmisartana (40 e 80 mg/comprimido) 20-80 mg VO de 24/24 horas;
- Valsartana (80, 160 e 320 mg/comprimido) 80-320 mg VO de 24/24 horas.

Classe E: Bloqueador do receptor mineralocorticoide: Escolha uma das opções (em ordem de preferência):

- Espironolactona (25, 50 e 100 mg/comprimido) 25-100 mg/dia VO de 24/24 horas;
- Amilorida (2,5 e 5 mg/comprimido) 2,5-5 mg VO de 24/24 horas.

Segun Escolha uma das classes ou associe-as conforme Orientações ao Prescritor, com, no máximo, um fármaco por classe.

Classe F: Betabloqueadores: Escolha uma das opções (preferir Carvedilol, Bisoprolol ou Nebivolol):

- Atenolol (25, 50 e 100 mg/comprimido) 50-100 mg/dia VO de 12/12 horas;
- Bisoprolol (1,5, 2,5, 5 e 10 mg/comprimido) 5-20 mg/dia VO de 24/24 horas;
- Carvedilol (3,125, 6,25, 12,5, 25 mg/comprimido) 12,5-50 mg/dia VO de 12/12 horas;
- Metoprolol (25, 50 e 100 mg/comprimido) 50-200 mg/dia VO de 24/24 horas;
- Nebivolol (5 mg/comprimido) 2,5-10 mg VO de 24/24 horas;
- Propranolol (10, 40 e 80 mg/comprimido) 80-320 mg/dia VO até de 6/6 horas (dose máxima: 640 mg);
- Propranolol LA (10, 40 e 80 mg/comprimido) 80-320 mg/dia VO de 12/12 horas.

Classe G: Vasodilatadores diretos: Escolha uma das opções:

- Hidralazina (25 e 50 mg/comprimido) 50-200 mg/dia VO divididos em 3 tomadas;
- Minoxidil (5 e 10 mg/comprimido) 5-100 mg/dia VO de 24/24 horas.

Classe H: Agentes centrais: Escolha uma das opções:

- Clonidina (0,1, 0,15, 0,2 mg/comprimido) 0,2-0,9 mg/dia VO dividido em 2 tomadas;
- Rilmenidina (1 mg/comprimido) 1-2 mg VO divididos em 1-2 tomadas;
- Alfametildopa (250 e 500 mg/comprimido) 500-2.000 mg/dia VO divididos em 2 tomadas.

Classe I: Alfabloqueadores:

- Doxazosina (1, 2 e 4 mg/comprimido) 1-16 mg VO de 24/24 horas.

Classe J: Inibidores diretos de renina:

- Alisquireno (150 e 300 mg/comprimido) 150-300 mg VO de 24/24 horas.da linha:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de adesão ao tratamento.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Seguimento ambulatorial: A hipertensão arterial é uma doença crônica com consequências importantes quando não controlada e, como tal, deve ter acompanhamento médico regular, com intervalo entre as consultas de três, seis ou 12 meses, dependendo do estágio e do controle da doença e de suas comorbidades.

13. ANEXO

Não se aplica

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658.

Stergiou GS, Palatini P, Parati G, et al. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. J Hypertens. 2021; 39(7):1293-1302.

Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018; 39(33):3021-3104.

Unger T, Borghi C, Charchar F, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. J Hypertens. 2020; 38(6):982-1004.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Viera AJ, Yano Y, Lin FC, et al. Does this adult patient have hypertension?: The rational clinical examination systematic review. JAMA. 2021; 326(4):339-347.

US Preventive Services Task Force, Krist AH, Davidson KW, et al. Screening for hypertension in adults: US preventive services task force reaffirmation recommendation statement. JAMA. 2021; 325(16):1650-1656.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
CARDIOPATIA CHAGASICA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo da cardiopatia chagásica.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

CMC: Cardiomiopatia Chagásica.

DC: Doença de Chagas.

VE: Ventrículo Esquerdo.

VD: Ventrículo Direito.

FA: Flutter atrial.

ECG: Eletrocardiograma.

RM: Ressonância Magnética.

EEF: Estudo eletrofisiológico.

FA: Fibrilação Atrial.

FV: Fibrilação Ventricular.

TV: Taquicardia Ventricular.

BAV: Bloqueio Atrio Ventricular.

BRE: Bloqueio de Ramo Esquerdo.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

IC: Insuficiência Cardiáca.

CDI: Cardioversor-desfibrilador implantável.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão para o diagnóstico de cardiopatia chagásica geralmente incluem:

Causas alternativas de cardiopatia: Exclusão de outras doenças cardíacas, como doença coronariana, miocardiopatias de outras origens (por exemplo, hipertensivas ou alcoólicas) e cardiopatias congênitas.

História clínica: Pacientes sem histórico de exposição ao Trypanosoma cruzi, que é o agente causador da doença de Chagas.

Exames laboratoriais: Resultados negativos em testes sorológicos para a doença de Chagas.

Condições agudas: Situações como infarto do miocárdio agudo ou miocardite viral que podem mimetizar os sintomas da cardiopatia chagásica.

Fatores de risco: Exclusão de pacientes com fatores de risco que possam explicar os sintomas cardíacos, como hipertensão não tratada ou diabetes mellitus.

Imagens cardíacas: Resultados de ecocardiogramas ou ressonâncias magnéticas que não mostram anormalidades típicas da cardiopatia chagásica, como dilatação ventricular ou disfunção.

Esses critérios são importantes para garantir um diagnóstico preciso e evitar confusões com outras condições cardíacas.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

A cardiomiopatia chagásica (CMC) é um espectro da doença de Chagas (DC) causada pelo protozoário Trypanosoma cruzi que se manifesta como cardiomiopatia dilatada, insuficiência cardíaca, arritmias e morte súbita.

A transmissão ocorre pelo vetor barbeiro, o inseto Triatoma infestans (o parasita está contido nas fezes do inseto), via vertical, transfusão de sangue, transplante de órgãos sólidos, compartilhamento de agulhas/seringas contaminadas por pessoas em uso de drogas ilícitas ou via oral (por alimentos crus contaminados pelo parasita, no Brasil, mais frequentemente, o caldo de cana e o açaí não processados).

Fase aguda: A lesão miocárdica dá-se por lise direta das células infectadas, quando os parasitas intracelulares são abundantes, e a miocardite costuma ser difusa e intensa.

Fase crônica: A persistência parasitária no miocárdio permite um processo inflamatório focal, de baixa intensidade, porém incessante, que, associado à suscetibilidade genética e aos danos mitocondriais, acarreta a agressão tecidual. Como resultado, temos necrose e fibrose reativa e reparativa diretamente estimulada pelo T. cruzi e por reação imunológica à persistência parasitária.

8.2 Quadro Clínico

O paciente, em geral, se queixa de fadiga, dispneia aos esforços, palpitações, tontura, síncope e dor torácica (típica ou atípica). Eventualmente, os pacientes podem ser assintomáticos, e o diagnóstico é estabelecido por meio de exames complementares.

A história de moradia em área endêmica e em condições que favoreçam a ocorrência da doença (casa de pau a pique) é importante para se pensar neste diagnóstico.

A CMC pode se manifestar de maneiras diferentes em quatro grandes síndromes:

- **Insuficiência cardíaca:** Geralmente biventricular, manifestando-se como dispneia aos esforços, fadiga, dor precordial, edema de membros inferiores, ascite, hepatomegalia,

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

turgência jugular. Em geral, os sintomas de insuficiência ventricular direita são mais pronunciados do que os da esquerda;

- **Fenômenos embólicos:** Trombos formados nos ventrículos dilatados podem migrar para as artérias cerebrais (VE) e para o pulmão (VD), causando tanto um acidente vascular isquêmico quanto um tromboembolismo pulmonar; além disso, a ocorrência de fibrilação atrial também propicia formação de trombos e embolização arterial;
- **Arritmias:** São causas de sintomas, como fraqueza, dispneia, dor torácica, palpitação, tontura, síncope e morte súbita. Qualquer arritmia pode ocorrer nesses pacientes, desde doença do sistema de condução com bradicardias, FA/Flutter atrial, bloqueios a TV/FV. Grande parte desses pacientes falece de morte súbita, e os mecanismos envolvidos na gênese das arritmias são fibrose e denervação simpática do coração;
- **Dor precordial:** Esses pacientes podem apresentar dor precordial mesmo na ausência de insuficiência cardíaca. Em geral, a dor é atípica, mas pode se apresentar como angina clássica. Os principais mecanismos fisiopatológicos envolvidos podem estar relacionados à doença microvascular ou da regulação da vasoconstricção/vasodilatação. Ademais, esses pacientes não estão isentos de doença aterosclerótica.

8.3 Diagnóstico

- **Radiografia de tórax:** O principal achado da radiografia de tórax é a cardiomegalia, que pode ou não vir acompanhada de congestão pulmonar. Pacientes dispneicos com cardiomegalia sem congestão podem ter predominância de doença ventricular direita. Derrames pericárdico e pleural podem estar presentes.
- **Eletrocardiograma (ECG):**

  Alterações definidoras de CMC: Bradicardia sinusal ≤ 40 bpm, extrassístole ventricular polimórfica, BRD, alteração primária da repolarização ventricular, BAV de 2º e 3º graus, BRE, área elétrica inativa, disfunção do nó sinusal, TVNS, FA/Flutter atrial, FV;

  Alterações NÃO definidoras de CMC (inespecíficas): Bradicardia sinusal > 40 bpm, extrassístole ventricular isolada, BRD incompleto, alteração secundária da repolarização ventricular, BAV de 1º grau, BRE incompleto, desvio do eixo QRS para esquerda, arritmia sinusal (não respiratória), taquicardia sinusal, BDAS, QRS de baixa voltagem, marca-passo migratório.
- **Diagnóstico sorológico:** O diagnóstico é confirmado principalmente por sorologia (ELISA ou imunofluorescência) IgG positiva para o parasita. Nenhum dos dois exames tem especificidade ou sensibilidade para o diagnóstico, sendo que os dois métodos sorológicos em conjunto trazem maior acurácia. Caso sejam discordantes, o diagnóstico

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

é inconclusivo e o exame deve ser repetido. Para mais informações, acesse Doença de Chagas.

- **Ecocardiograma:** Exame de imagem inicial, é capaz de evidenciar disfunção sistólica do VD e VE, além de aneurisma apical do VE e aumento das câmaras cardíacas. Pode haver déficit segmentar por fibrose muscular causada pela doença, mas a hipocinesia difusa predomina nas fases mais avançadas. Com a dilatação ventricular (e atrial), pode ocorrer insuficiência mitral e/ou tricúspide secundárias.
- **Ressonância magnética (RM) do coração:** Quando estiver disponível e não houver contraindicação, a RM cardíaca fornece informações estruturais mais fidedignas e identificação de trombos, além de poder avaliar perfusão e fibrose miocárdica.
- **Holter de 24 horas:** Exame muito importante para investigar arritmias, auxiliar na classificação prognóstica e avaliar a eficácia terapêutica de arritmias.
- **Teste ergométrico/ergoespirométrico:** Indicado para avaliação funcional, estratificação de risco e auxílio na indicação de transplante cardíaco. Em caso de dor precordial, palpitações, síncope relacionadas ou não aos esforços.
- **Demais exames:** Os testes funcionais isquêmicos e a coronariografia devem ser solicitados para diagnóstico diferencial com doença arterial coronariana. A biópsia endomiocárdica é raramente necessária e, na maioria dos casos, inconclusiva, com achados inespecíficos. O estudo eletrofisiológico (EEF) é indicado em caso de investigação de bradi ou taquiarritmias inconclusivas por exames não invasivos ou quando houver indicação de ablação de arritmias (FA/Flutter atrial ou TV monomórfica).

8.4 Tratamento

Fase aguda

Antiparasitário: Uso por 60-90 dias:

- Benznidazol (50-100 mg/comprimido) 5 mg/kg/dia VO, divididos em 2-3 tomadas (12/12 ou 8/8 horas) nas refeições, por 60-90 dias. Dose máxima 300 mg/dia.

Fase crônica

Terapia antitrombótica: FA e CHADSVASC ≥ 2 (mulher) e ≥ 1 (homem), Trombo mural, AVE isquêmico prévio. Escolha uma das opções:

- Varfarina (5 mg/comprimido) iniciar com 1 comprimido VO de 24/24 horas e ajustar a dose conforme RNI, a fim de manter entre 2-3. Em pacientes com alto risco trombótico;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Rivaroxabana 20 mg 24/24 horas após o jantar (15 mg 24/24 horas se ClCr 15-50 mL/min; contraindicado se ClCr < 15 mL/min);
- Apixabana 5 mg 12/12 horas (2,5 mg 12/12 horas se 2 ou mais das características: idade ≥ 80 anos, peso ≤ 60 kg ou creatinina sérica ≥ 1,5 mg/dL; contraindicado, se creatinina sérica >2,5 mg/dL ou ClCr < 25 mL/min);
- Dabigatrana 150 mg 12/12 horas (75 mg 12/12 horas se ClCr 15-30 mL/min; contraindicado, se ClCr < 15 mL/min);
- Edoxabana 60 mg 24/24 horas (30 mg 24/24 horas se ClCr 15-50 mL/min; contrindicado, se ClCr < 15 mL/min).

Profilaxia de morte súbita e tratamento de taquiarritmias:

- Amiodarona (200 mg/comprimido) 200 mg VO de 24/24 horas, até 8/8 horas;

Betabloqueadores: Escolha uma das opções:

- Atenolol 25-100 mg VO de 12/12 horas;
- Propranolol 10-80 mg VO 12/12 ou 8/8 horas;
- Carvedilol 3,125-25 mg VO de 12/12 horas;
- Bisoprolol 2,5-10 mg VO de 24/24 horas;
- Metoprolol 25-100 mg VO de 24/24 horas.

Tratamento Não Farmacológico

- Implante de CDI para prevenção de morte súbita. Acesse Cardiomiopatia Chagásica.
- Implante de marca-passo para bradicardias sintomáticas de acordo com a diretriz específica.
- Terapia de ressincronização para pacientes com IC sintomática e indicação da mesma.

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de adesão ao tratamento.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O acompanhamento é realizado anualmente por meio de exame físico, anamnese e realização de eletrocardiograma para avaliar as mudanças na doença.

O ecocardiograma deve ser repetido conforme a função ventricular. Quanto mais alterada, maior deve ser a periodicidade do exame.

Demais exames devem ser selecionados conforme sinais e sintomas.

Para pacientes com a forma indeterminada, recomenda-se realização anual ou bianual de ECG para avaliar evolução para CMC.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Marin-Neto JA, Rassi Jr. A, Oliveira GMM, et al. Guideline of the Brazilian Society of Cardiology on Diagnosis and Treatment of Patients with Chagas Disease Cardiomyopathy. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2022.

Cardoso CS, Ribeiro ALP, Oliveira CDL, et al. Beneficial effects of benznidazole in Chagas disease: NIH SaMi-Trop cohort study. PLoS Negl Trop Dis. 2018; 12(11):e0006814.

Bocchi EA, Fiorelli A. The paradox of survival results after heart transplantation for cardiomyopathy caused by Trypanosoma cruzi. First Guidelines Group for Heart Transplantation of the Brazilian Society of Cardiology. Ann Thorac Surg. 2001; 71(6):1833-8.

Bocchi EA, Fiorelli A, First Guideline Group for heart transplantation of the Brazilian Society of Cardiology. The Brazilian experience with heart transplantation: a multicenter report. J Heart Lung Transplant. 2001; 20(6):637-45.

Fragata-Filho AA, França FF, Fragata CS, et al. Evaluation of parasiticide treatment with benznidazol in the electrocardiographic, clinical, and serological evolution of Chagas disease. PLoS Negl Trop Dis. 2016; 10(3):e0004508.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Rassi A Jr, Rassi A, Little WC, et al. Development and validation of a risk score for predicting death in Chagas' heart disease. N Engl J Med. 2006; 355(8):799-808.

Andrade JP, Marin-Neto JA, Paola AA, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Latino Americana para o Diagnóstico e Tratamento da Cardiopatia Chagásica. Arq Bras Cardiol. 2011; 97(2 Suppl 3):1-48.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
DOENÇA CORONÁRIANA CRÔNICA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo da doença coronariana crônica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

DCC: Doença Coronariana Crônica.

DAC: Doença Arterial Coronariana.

SCC: Síndromes Coronarianas Crônicas.

CCS: Canadian Cardiovascular Society.

VO: Via Oral.

SC: Subcutâneo.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

História Clínica:

Ausência de sintomas típicos (dor torácica, dispneia).

Presença de condições que mimetizam a dor cardíaca (ex: refluxo gastroesofágico).

Exames Físicos:

Sinais vitais estáveis e sem anormalidades cardíacas significativas.

Exames Diagnósticos:

Resultados normais em testes de estresse (ex: teste ergométrico, cintilografia).

Angiografia coronariana que não mostra estenoses significativas.

Condições Comórbidas:

Presença de doenças pulmonares ou gastrointestinais que possam explicar os sintomas.

Condições psiquiátricas que afetem a percepção da dor.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Idade e Fatores de Risco:

Pacientes jovens sem fatores de risco significativos (como hipertensão, diabetes, tabagismo).

História Familiar:

Ausência de histórico familiar de doenças cardíacas precoces.

Esses critérios ajudam a evitar diagnósticos incorretos e a direcionar o tratamento adequado. É importante que a avaliação seja feita por um profissional de saúde qualificado.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

A doença coronariana crônica (DCC) é uma condição cardíaca caracterizada pela presença de aterosclerose nas artérias coronárias, que supply o coração com sangue oxigenado. Essa condição resulta em um estreitamento ou bloqueio dessas artérias, levando à redução do fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco.

O termo "doença arterial coronariana" (DAC) crônica vem sendo substituído por "síndromes coronarianas crônicas" (SCC) por ser um conjunto de sinais e sintomas cujos mecanismos fisiopatológicos são diversos e complexos, podendo culminar em isquemia miocárdica e angina pectoris.

Tais mecanismos, que muitas vezes se sobrepõem, evolvem processo inflamatório crônico, formação de placa de ateroma e aterosclerose, disfunção endotelial, alteração da coagulação, vasoespasmo e resistência vascular coronarianos.

Ressalta-se que apenas 5% da circulação coronariana é epicárdica e 95% do fluxo está na microcirculação, contribuindo para o rompimento de um paradigma de DAC como uma doença única cuja manifestação é a obstrução aterosclerótica macrovascular epicárdica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.2 Manifestações Clínicas

Existem seis tipos de apresentações mais prevalentes para as síndromes coronarianas crônicas:

Pacientes com suspeita de DAC e sintomas como angina estável ou dispneia aos esforços;

Pacientes com quadro agudo de insuficiência cardíaca e/ou disfunção ventricular esquerda e suspeita de DAC;

Pacientes assintomáticos ou sintomáticos com sintomas estabilizados e com menos de 1 ano de uma síndrome coronariana aguda ou revascularização do miocárdio recente;

Pacientes assintomáticos ou sintomáticos com sintomas estabilizados e mais de 1 ano de uma síndrome coronariana aguda ou revascularização do miocárdio;

Pacientes assintomáticos nos quais a doença coronariana é detectada por exames de triagem.

A angina estável caracteriza-se por dor ou desconforto no tórax (precordio ou epigastro) que pode irradiar para regiões adjacentes (mandíbula, ombro, membros superiores, dorso e pescoço). É tipicamente desencadeada ou agravada por atividade física ou estresse emocional e atenuada com o repouso e uso de nitroglicerina e derivados. Geralmente, é caracterizada pelos pacientes como sensação de sufocamento, queimação, opressão e peso.

A dor pode ser acompanhada de sintomas adrenérgicos como, palidez, sudorese fria, náusea e vômitos.

Tipicamente, o episódio de angina dura alguns minutos após a adoção das medidas de alívio. Um desconforto repentino e fugaz ou contínuo, com duração de várias horas, raramente se trata de angina, assim como os casos de dor pleurítica, dor torácica localizada através da ponta de um dedo e dor reproduzida por movimento ou palpação da parede torácica.

Deve-se estar atento aos casos de dor atípica ou equivalentes anginosos que podem caracterizar DAC estável, como desconforto epigástrico, intolerância ao esforço, dispneia e fadiga excessiva, os quais são mais observados em mulheres, idosos, renais crônicos e diabéticos.

Classificação da angina:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Dor tipo A: Classificamos como angina definitiva, aquela que apresenta dor típica com as 3 características presentes: 1) Relação com esforço, 2) Irradiação e 3) Sintomas associados (dispneia ou adrenérgicos);

Dor tipo B: Dor provavelmente anginosa, aquela que ocorre somente com duas características típicas presentes;

Dor tipo C: Dor provavelmente não anginosa é uma dor atípica com características típicas, porém que não se pode afirmar com certeza ser ou não doença coronariana;

Dor tipo D: A dor torácica não anginosa é aquela com nenhum das características acima.

Graduação da angina:

Como forma de graduar a gravidade da angina, e assim guiar a abordagem diagnóstica e terapêutica, utiliza-se a classificação da Canadian Cardiovascular Society (CCS);

Classe I: Angina aos esforços extenuantes;

Classe II: Angina aos esforços extra-habituais, como subir 1 andar de escadas ou andar rapidamente no plano;

Classe III: Angina aos esforços habituais ou mínimos como tomar banho, vestir-se etc.;

Classe IV: Angina em repouso.

8.3 Diagnóstico

Durante a avaliação inicial de um paciente com suspeita de DAC estável, os exames recomendados para todos os pacientes são:

Exames laboratoriais: Avaliação bioquímica como forma de identificar fatores de risco e agravantes para DAC são recomendados, como perfil lipídico e Lp(a), creatinina, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, função renal e proteinúria, proteína C reativa, troponina basal e BNP. Apesar de não possuir valor diagnóstico, o hemograma e função tireoidiana é útil, uma vez que a anemia e distúrbios da tireoide podem piorar os sintomas;

Eletrocardiograma de repouso : Pode ser normal, apresentar alterações de repolarização, como inversão de onda T ou infradesnivelamento de segmento ST, além de presença de onda Q patológica (área eletricamente inativa), bloqueios e sobrecargas. Essas alterações estão relacionadas com presença de isquemia miocárdica e/ou a lesões estruturais cardíacas;

Radiografia de tórax : Primeira modalidade de imagem realizada nos pacientes com dor torácica. Sua principal finalidade é o diagnóstico diferencial da angina, podendo demonstrar cardiomegalia, pneumotórax, pneumomediastino, fraturas de costela e infecções agudas, ectasia de aorta, massas intratorácicas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Ecocardiograma de repouso : Importante tanto para elucidação diagnóstica quanto para avaliação do prognóstico, pois possibilita avaliação da função sistólica e diastólica, alterações da motilidade segmentar ventricular, das valvas cardíacas e do pericárdio e pressão arterial pulmonar.

8.4 Tratamento

Tratamento farmacológico – Terapia Antiplaquetária:

Esquema A: Monoterapia: Escolha uma das opções:

Ácido acetilsalicí-lico 100 mg VO de 24/24 horas, uso contínuo;

Clopidogrel 75 mg VO de 24/24 horas, uso contínuo em pacientes com intolerância ao Ácido acetilsalicí-lico;

Prasugrel 5-10 mg VO de 24/24 horas, uso contínuo em pacientes com intolerância ao Ácido acetilsalicí-lico, apenas com anatomia coronariana conhecida:

Em monoterapia, apenas após ICP e alto risco de sangramento, completados 1-3 meses de DAPT (indicação IIa).

Ticagrelor 90 mg VO de 12/12 horas, uso contínuo em pacientes com intolerância ao Ácido acetilsalicí-lico:

Em monoterapia, apenas após ICP e alto risco de sangramento, completados 1-3 meses de DAPT (indicação IIa).

Esquema B: DAPT: Associação:

I. Ácido acetilsalicí-lico 100 mg VO de 24/24 horas+II. Inibidor de P2Y12.

Opções de Inibidor de P2Y12 (II):

Clopidogrel 75 mg VO de 24/24 horas;

Prasugrel 5-10 mg VO de 24/24 horas;

Ticagrelor 90 mg VO de 12/12 horas.

Esquema C: AAS + rivaroxabana: Associação:

I. Ácido acetilsalicí-lico 100 mg VO de 24/24 horas+II. Rivaroxabana 2,5 mg VO 12/12 horas.

Tratamento Farmacológico – Associação à Antiagregação

Estatina (uso contínuo): Escolha uma das opções:

Atorvastatina 10-80 mg VO de 24/24 horas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Pravastatina 10-40 mg VO de 24/24 horas, à noite;
Sinvastatina 10-80 mg VO de 24/24 horas, à noite;
Rosuvastatina 10-40 mg VO de 24/24 horas.

Outros hipolipemiantes: Escolha uma das opções ou associe-as conforme descrito em "Orientações ao Prescritor":

Ezetimiba 10 mg VO de 24/24 horas, à noite, uso contínuo;
Evolocumabe 140 mg SC de 2/2 semanas ou 420 mg SC 1x/mês, uso contínuo;
Alirocumabe 75 mg SC 1x a cada 2 semanas. Se a resposta for inadequada, a dose pode ser aumentada para o máximo de 150 mg SC 1x vez a cada 2 semanas ou 300 mg SC 1x a cada 4 semanas;
Inclisiran 284 mg SC no início do tratamento, novamente após 3 meses e depois a cada 6 meses.

Betabloqueadores: Terapia anti-isquêmica (uso contínuo): Escolha uma das opções:

Carvedilol 3,125 mg VO de 12/12 horas. Progredir dose até o máximo tolerado (dose habitual: 50-100 mg/dia);
Bisoprolol 1,25 mg VO de 24/24 horas. Progredir dose até o máximo tolerado (dose habitual: 10 mg/dia);
Metoprolol 50-100 mg VO de 12/12 horas;
Atenolol 25-100 mg VO de 24/24 horas;
Propranolol 10-80 mg VO de 8/8 ou 6/6 horas.

Bloqueadores dos canais de cálcio não diidropiridínicos. Terapia anti-isquêmica, alternativa aos betabloqueadores de uso contínuo: Escolha uma das opções:

Diltiazem 60 -180 mg VO de 8/8 horas;
Verapamil 80-120 mg VO de 8/8 horas.

Bloqueadores de canais de cálcio diidropiridínicos (uso contínuo). Em associação aos betabloqueadores ou como alternativa: Escolha uma das opções:

Anlodipino (2,5, 5 e 10 mg/cp) 2,5-10 mg VO de 24/24 horas;
Felodipino (2,5, 5 e 10 mg/cp) 2,5 -10 mg/dia VO de 24/24 horas;
Manidipino (10 e 20 mg/cp) 10-30 mg VO de 24/24 horas;
Nifedipino oros (30 e 60 mg/cp) 30-60 mg VO de 24/24 horas;
Nifedipino retard (10 e 20 mg/cp) 20-60 mg/dia VO de 12/12 ou 8/8 horas;
Nitrendipino (10 e 20 mg/cp) 10-30 mg/dia VO de 24/24 horas;
Levanlodipino (2,5 e 5 mg/cp) 2,5-5 mg VO de 24/24 horas. Apresenta menos efeitos colaterais;
Lercanidipino (10 e 20 mg/cp) 10-20 mg VO de 24/24 horas. Apresenta menos efeitos colaterais;
Lacidipino (4 mg/cp) 2-6 mg VO de 24/24 horas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Vasodilatadores coronarianos: Em casos de dor: Podem ser utilizados em conjunto com os betabloqueadores. Escolha uma das opções:

Mononitrato de isossorbida (20 mg/cp) 20-40 mg VO de 12/12 ou 8/8 horas;
Dinitrato de isossorbida (5 mg/cp) 2,5-5 mg VO por dose. Pode-se repetir a dose a cada 2-3 horas, em caso de dor persistente;
Propatilnitrato (10 mg/cp) 10 mg VO de 8/8 ou 6/6 horas. Pré-exercício: 10 mg VO 5-10 minutos antes do exercício.

Antianginosos adicionais: Escolha uma das opções:

Ivabradina (5-7,5 mg/cp) 5-7,5 mg VO de 12/12 horas. Indicada em pacientes com ritmo sinusal e frequência cardíaca maior que 70 bpm, apesar de dose máxima de betabloqueador e insuficiência cardíaca;
Ranolazina (500-1.000 mg/cp) 500-1.000 mg VO de 12/12 horas;
Trimetazidina (35 mg/cp) 35 mg VO de 12/12 horas;
Alopurinol Iniciar com 150 mg VO 12/12 horas e, se tolerância, aumentar para 300 mg 12/12 horas.

Inibidores de bomba de prótons: Escolha uma das opções:

Omeprazol 40 mg VO de 24/24 horas, pela manhã em jejum;
Pantoprazol 40 mg VO de 24/24 horas, pela manhã em jejum;
Lansoprazol 30 mg VO de 24/24 horas, pela manhã em jejum;
Esomeprazol 40 mg VO de 24/24 horas, pela manhã em jejum.

Tratamento Não Farmacológico

Dieta:

Dieta pobre em gordura trans, frituras, sódio, carnes processadas, açúcares refinados e, rica em vegetais, frutas, legumes, castanhas, carboidratos complexos, fibras, gorduras polinsaturadas e proteínas magras (classe I).

Atividade física:

Frequência regular de atividade física aeróbica moderada a alta intensidade (≥ 150 minutos/semana) para melhorar a capacidade funcional, reduzir hospitalizações e mortalidade (classe I);
Exercícios resistivos são recomendados, ≥ 2x/semana, para melhorar força muscular, capacidade física e reduzir risco cardiovascular (classe I).

Tabagismo e etilismo:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Estímulo para cessar o tabagismo;

Pacientes com DAC documentada angiograficamente, tabagistas ativos possuem maior risco de morte súbita e IAM em 5 anos do que ex-tabagistas. Propor tratamento medicamentoso para cessar tabagismo (classe I);

Pode ser recomendado uso de cigarro eletrônico por curto período como ponte para cessar o tabagismo (classe IIb);

Não ingerir ou ter baixo consumo de bebida alcoólica (≤ 1 dose para mulher e ≤ 2 doses para homens).

Imunizações:

Imunização anual contra Influenza é recomendada para reduzir morbidade de mortalidade geral e cardiovascular (classe I);

Imunização contra o coronavírus 2019 é recomendada para reduzir complicações da covid-19 (classe I);

Imunização contra pneumococo é recomendada para reduzir morbidade de mortalidade geral (classe IIa).

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de adesão ao tratamento.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O acompanhamento do paciente portador de DAC é predominantemente ambulatorial. No entanto, a história natural da doença apresenta muitas vezes um comportamento dinâmico, com períodos assintomáticos, desenvolvimento de angina estável e ocorrência de eventos agudos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Todos os pacientes devem ser estimulados a realizarem terapias comportamentais para redução do risco cardiovascular, como cessação do tabagismo, prática regular de atividades físicas, redução do estresse, controle de peso e redução da gordura corporal e de comorbidades associadas, como diabetes, dislipidemia, hipertensão, doença renal crônica e doenças pró-inflamatórias/ trombóticas.

As internações ocorrem, portanto, no contexto de síndrome coronariana aguda e também para tratamento de revascularização, seja cirúrgico ou percutâneo.

Deve-se realizar retornos pelo menos 1 vez ao ano para reavaliar sintomas, adesão a terapia medicamentosa e estilo de vida e possíveis complicações.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Yock P, Fitzgerald P, Popp R, et al. Intravascular ultrasound. Sci Am Science Med. 1995; 2:68-72

Fitzgerald PJ, St Goar FG, Connolly AJ, et al. Intravascular ultrasound imaging of coronary arteries. Is three layers the norm? Circulation. 1992; 86(1):154-158.

Pijls NH, De Bruyne B, Peels K, et al. Measurement of fractional flow reserve to assess the functional severity of coronary-artery stenoses. N Engl J Med. 1996; 334(26):1703-1708.

Huang D, Swanson EA, Lin CP, et al. Optical coherence tomography. Science. 1991; 254(5035):1178-1181.

Chaitman BR. Ranolazine for the treatment of chronic angina and potential use in other cardiovascular conditions. Circulation. 2006; 113(20):2462-2472

Beyder A, Strege PR, Reyes S, et al. Ranolazine decreases mechanosensitivity of the voltage-gated sodium ion channel Na(v)1.5: a novel mechanism of drug action. Circulation. 2012; 125:(22):2698-2706.

Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, et al. 2021 AHA/ ACC/ ASE/ CHEST/ SAEM/ SCCT/ SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2021; 144(22):e368-e454. Erratum in: Circulation. 2021; 144(22):e455.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo da doença pulmonar obstrutiva crônica.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório médico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3. DEFINIÇÕES

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

VEF1: Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo.

CVF: Capacidade Vital Forçada.

PEF: Peak Flow.

TC: Tomografia.

SF: Soro Fisiológico.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Outras Condições Respiratórias

Asma: Diferenciar a DPOC da asma, especialmente em pacientes que apresentam sintomas semelhantes.

Doenças Intersticiais Pulmonares: Como fibrose pulmonar, que afetam a função pulmonar de maneira diferente.

Bronquiectasia: Uma condição que envolve a dilatação e inflamação dos brônquios.

Causas Cardíacas

Insuficiência Cardíaca: Sintomas como dispneia podem ser atribuídos a problemas cardíacos, não pulmonares.

Causas Agudas

Infecções Respiratórias Agudas: Como pneumonia ou bronquite aguda, que podem provocar sintomas temporários semelhantes.

Uso de Substâncias

Exposição a Irritantes: Identificar se os sintomas são causados por exposição aguda a poluentes ou irritantes, e não uma condição crônica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Transtornos de Ansiedade ou Estresse

Sintomas Psicogênicos: Ansiedade ou estresse podem causar sensação de falta de ar que não está relacionada a problemas pulmonares.

Histórico Familiar e Pessoal

Avaliação de Doenças Congênitas: Condições genéticas, como a deficiência de alfa-1 antitripsina, que podem causar problemas pulmonares.

Duração e Padrão dos Sintomas

Sintomas que são episódicos ou temporários e não apresentam padrão crônico, como aqueles que surgem em resposta a fatores ambientais específicos.

A exclusão de outras condições é essencial para um diagnóstico correto da DPOC e para garantir que o tratamento seja adequado.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é definida como uma obstrução persistente ao fluxo de ar decorrente de um processo inflamatório crônico dos alvéolos e das pequenas vias aéreas.

DPOC é uma condição heterogênea, cuja patogênese envolve acometimento das vias aéreas (bronquite crônica e bronquiolite), do parênquima pulmonar (enfisema) e da vasculatura pulmonar. É resultado da resposta inflamatória exacerbada do tecido pulmonar, diante da exposição de gases e de partículas nocivas, em conjunto com fatores individuais, como predisposição genética, presença de outras comorbidades, prematuridade e infecção respiratória prévia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.2 Apresentação Clínica

Anamnese

Quadro clínico: Dispneia, tosse crônica e expectoração são os três principais sintomas decorrentes da DPOC. A presença desses sintomas em pacientes com fatores de risco, como tabagismo, exposição à fumaça e partículas nocivas, deve levar à suspeição de DPOC.

Dispneia é um sintoma subjetivo e muitas vezes não valorizado pelo paciente em razão do sedentarismo. Frequentemente é descrito como cansaço, dificuldade para completar a respiração, sensação ofegante, desconforto torácico e sensação de opressão.

Atenção! Tabagistas ou ex-tabagistas não valorizam a tosse crônica, referindo-se a esta como algo inerente ao ato de fumar. É fundamental fazer anamnese dirigida nesses casos.

Exame Físico

Paciente costuma apresentar-se com exame físico normal no início do quadro e entre as exacerbações.

Exame do tórax: Presença de enfisema pode ser evidenciada por hiperinsuflação pulmonar, diminuição do murmúrio vesicular e da ausculta cardíaca. Prolongamento do tempo expiratório e sibilos evidenciam a presença de obstrução ao fluxo aéreo. Para mais informações, acesse o Atlas de Radiologia de DPOC.

Outros achados:

Ortopneia;
Uso de musculatura acessória durante inspiração;
Cianose;
Asterixis por hipercapnia;
Caquexia.

Manchas amarelas nos dedos por acúmulo de nicotina e alcatrão são indicativas de tabagismo pesado.

Indicativos de doença grave: Tórax em barril ou tonel (aumento do diâmetro anteroposterior) e diafragma retificado que aumenta o timpanismo na percussão pulmonar.

8.3 Fatores de Risco

Fatores ambientais:

Tabagismo ativo ou passivo;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Exposição à fumaça decorrente de queima de combustíveis;
Exposição ocupacional;
Poluição ambiental.

Fatores individuais:

Predisposição genética (deficiência de alfa-1-antitripsina);
Asma e hiper-reatividade brônquica;
Prematuridade;
Infecções respiratórias recorrentes.

No Brasil, é comum em regiões do interior ocorrer queima de lenha para cozinhar e queima de pasto. Vale ressaltar na anamnese, pois nem sempre é valorizado como exposição ambiental.

8.4 Abordagem Diagnóstica

O diagnóstico de DPOC deve ser considerado em todos os pacientes com os fatores de risco e sintomas suspeitos. Na presença destes, deve-se solicitar espirometria , que é fundamental para o diagnóstico.

É importante ressaltar que existe DPOC em não tabagistas, principalmente em mulheres com fatores de risco ambiental como poluição ambiental e uso de fogão a lenha, sobretudo em países em desenvolvimento como o Brasil.

Exames laboratoriais de rotina não são necessários para o diagnóstico inicial da DPOC, porém podem ser utilizados para identificação de outras causas de dispneia ou doenças concomitantes, além de auxiliar na identificação do perfil exacerbador.

Exames Complementares

Exames laboratoriais:

Hemograma (avaliação de eosinófilos);
Creatinina;
TGO;
TGP;
Glicemia de jejum;
Triglicerídeos e colesterol total e frações;
EAS.

A dosagem de BNP é interessante para avaliar insuficiência cardíaca, em casos de dúvida diagnóstica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Monitorização do peak flow (PEF): Embora usualmente utilizada no diagnóstico e acompanhamento da asma, seu uso é limitado na DPOC, visto que costuma subestimar o grau de obstrução do fluxo aéreo nessa doença.

Volumes pulmonares e capacidade de difusão de monóxido de carbono: Não é um exame indicado de rotina para diagnóstico de DPOC, no entanto pode ser útil para estabelecer a presença de enfisema (capacidade de difusão reduzida) e hiperinsuflação pulmonar (capacidade pulmonar total aumentada).

Radiografia de tórax: Não está indicada de rotina para avaliação diagnóstica da DPOC por sua baixa sensibilidade. No entanto, costuma ser solicitada por sua utilidade na exclusão de diagnósticos diferenciais e comorbidades. Está indicada diante de um episódio de exacerbação aguda, para avaliação de pneumonia e outras complicações da doença (ex.: pneumotórax).

Alterações esperadas na radiografia de tórax:

Hipertransparência pulmonar com apagamento de estruturas vasculares;
Hiperinsuflação pulmonar;
Área cardíaca estreita na incidência frontal;
Contorno diafragmático plano e aumento do espaço retroesternal na incidência em perfil;
Na hipertensão pulmonar com cor pulmonale avançado, observam-se aumento da área cardíaca (principalmente no perfil com redução do espaço retroesternal) e proeminência de vasos hilares.

Tomografia de tórax: Assim como a radiografia de tórax, não é recomendação de rotina para diagnóstico, porém pode ser considerada em vigência de exacerbações agudas para avaliação de complicações pulmonares (infecção, pneumotórax, bolhas gigantes). Além disso, a maioria dos pacientes com DPOC ou suspeita é de tabagistas ou ex-tabagistas, sendo indicada a realização de TC de tórax para rastreio de nódulo pulmonar.

Gasometria arterial: Indicada em pacientes com VEF1 < 50%, saturação de oxigênio na oximetria de pulso < 92%, pacientes com diminuição do nível de consciência e na exacerbação aguda da DPOC. Importante nesse contexto para avaliação de acidose, hipoxemia e hipercapnia, com consequente indicação de oxigênio suplementar. Um aumento da concentração de bicarbonato sérico pode indicar hipercapnia crônica, refletindo um processo compensatório do rim.

Alfa-1-antitripsina: Deve ser solicitado em todo paciente com diagnóstico de DPOC, segundo GOLD. Sinais sugestivos são: apresentação precoce (< 45 anos) e ausência de fatores de risco clássicos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Teste da caminhada de 6 minutos: Indicador sensível da capacidade funcional cardiopulmonar do paciente, sendo utilizado como marcador precoce de prognóstico e de avaliação da resposta terapêutica.

Ecocardiograma : Indicador de hipertensão pulmonar e utilizado em diagnóstico diferencial de causas de dispneia.

Espirometria :

Indicação: Para todos os pacientes com suspeita clínica de DPOC para confirmação diagnóstica, avaliação prognóstica do grau de limitação do fluxo de ar, acompanhamento da resposta ao tratamento e da progressão da doença;

Objetivo: Demonstrar a limitação ao fluxo aéreo e a ausência de reversibilidade por prova broncodilatadora através da manobra de volume expiratório forçado;

Alterações esperadas: O diagnóstico de DPOC é confirmado quando há uma razão VEF1/CVF (índice de Tiffeneau) < 0,7 após prova broncodilatadora. A DPOC habitualmente está associada a um VEF1 < 80% do previsto, na ausência de outra justificativa para os sintomas e a obstrução do fluxo aéreo;

Volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1): Corresponde ao volume mobilizado no primeiro segundo da manobra de volume expiratório forçado;

Capacidade vital forçada (CVF): Representa o volume total expirado em uma manobra forçada, isto é, com o maior esforço possível do paciente;

Razão VEF1/CVF: O distúrbio obstrutivo provoca redução do VEF1 mais acentuada que da CVF, reduzindo a razão entre os dois. Diagnóstico de obstrução é dado pela razão < 0,7 após prova broncodilatadora;

Prova broncodilatadora: Após 400 microgramas de Salbutamol e 10 minutos de intervalo, é repetida a manobra e avaliado se há diferença entre as curvas e valores. Se houver aumento de 200 mL e variação de mais de 12% no VEF1 ou aumento de 350 mL de CVF, significa que o paciente apresenta resposta broncodilatadora positiva;

PRISm (Preserved Ratio Impaired Spirometry): Pacientes que apresentam VEF1 e/ou CVF < 80% do valor predito, após prova broncodilatadora, mas que mantém a relação > 0,7. São pacientes não diagnosticados com DPOC, mas que estão sob o risco de desenvolver a doença, principalmente aqueles com fatores de risco.

8.5 Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial é estabelecido com outras causas de obstrução ao fluxo aéreo e dispneia aos esforços no adulto:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Asma (a presença de asma e de DPOC pode coexistir. De acordo com o GOLD 2022, não há síndrome de sobreposição, mas, sim, doenças distintas que podem coexistir. Nesses casos, deve-se seguir o protocolo da asma);
Bronquite crônica com espirometria normal (pode vir a desenvolver DPOC);
Bronquiectasia;
Tuberculose;
Estenose de via aérea central: disfunção de corda vocal; corpo estranho; tumor de via aérea; compressão extrínseca ou obstrução endobrônquica;
Bronquiolite obliterante;
Panbronquiolite difusa;
Insuficiência cardíaca;
Linfangioleiomiomatose.

8.6 Tratamento

Recomendações:

A interrupção do tabagismo é a principal medida a ser adotada para redução da progressão da doença;
A definição do grupo do paciente (A, B, E) é fundamental para um início de tratamento adequado;
O escalonamento de terapias é feito com base em sintomas e exacerbações, independentemente do grupo inicial;
Todo paciente deve ser orientado à reabilitação pulmonar, à vacinação e à evitação de exposição;
Em toda consulta, deve ser avaliada a técnica de uso dos dispositivos;
Oferecer o uso de espaçador com dispositivos inalatórios por aerossol;
A escolha da substância deve ser feita de acordo com a disponibilidade, efeitos adversos e custo-benefício.

GRUPO A

Esquema A: Broncodilatador de curta duração para resgate: Escolha uma das opções:

Bromidrato de fenoterol gotas (5 mg/mL) 2-8 gotas (0,5-2 mg) diluídas em 3 mL de SF 0,9% via nebulização até de 6/6 horas;
Bromidrato de fenoterol aerossol (100 microgramas/dose) 1-2 jatos via inalatória até de 6/6 horas;
Sulfato de salbutamol gotas (5 mg/mL) 10-20 gotas (2,5-5 mg) diluídas em 3 mL de SF 0,9% via inalatória até de 6/6 horas;
Sulfato de salbutamol aerossol (100 microgramas/dose) 1-2 jatos via inalatória até de 6/6 horas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Brometo de ipratrópio gotas (0,25 mg/mL) 0,5 mg (40 gotas) diluído em 3 mL de SF 0,9% via inalatória até de 6/6 horas;
Brometo de ipratrópio (25 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória até de 6/6 horas.
Brometo de ipratrópio + Bromidrato de fenoterol aerossol (25/50 microgramas/dose) 2 jatos em caso de falta de ar e até 4 jatos seguidos com intervalo de 5 minutos entre as doses (máximo de 8 jatos/dia).

Esquema B: Broncodilatador de longa duração em monoterapia (LABA ou LAMA). Escolha uma das opções:

Fumarato de formoterol cápsula (12 microgramas/dose) 12-24 microgramas (1-2 cápsulas) via inalatória de 12/12 horas;
Xinafoato de salmeterol (25 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória de 12/12 horas;
Maleato de indacaterol (150 microgramas/dose) 150-300 microgramas (1-2 cápsulas) via inalatória de 24/24 horas;
Cloridrato de olodaterol (2,5 microgramas/dose) 5 microgramas (2 doses) via inalatória de 24/24 horas;
Brometo de tiotrópio cápsula (2,5 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória de 24/24 horas;
Brometo de glicopirrônio (50 microgramas/dose) 50 microgramas (1 cápsula) via inalatória de 24/24 horas;
Brometo de umeclidínio (62**,5 microgramas/dose)** 62,5 microgramas (1 dose) via inalatória de 24/24 horas.

GRUPO B

Esquema A: Nesse caso, serão dois dispositivos. Um para LABA e outro para LAMA. Escolher uma opção:

Associação

I.LABA.+II. LAMA.+III. Broncodilatador de curta duração para resgate.

Opções de LABA (beta-2-agonista de longa duração) (I):

Fumarato de formoterol (12 microgramas/dose) 12-24 microgramas (1-2 cápsulas) via inalatória de 12/12 horas;
Xinafoato de salmeterol (25 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória de 12/12 horas;
Maleato de indacaterol (150 microgramas/dose) 150-300 microgramas (1-2 cápsulas) via inalatória de 24/24 horas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Cloridrato de olodaterol (2,5 microgramas/dose) 5 microgramas (2 doses) via inalatória de 24/24 horas.

Opções de LAMA (antimuscarínico de longa duração) (II):

Brometo de tiotrópio (2,5 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória de 24/24 horas;
Brometo de glicopirrônio (50 microgramas/dose) 50 microgramas (1 cápsula) via inalatória de 24/24 horas;
Brometo de umeclidínio (62,5 microgramas/dose) 62,5 microgramas (1 dose) via inalatória de 24/24 horas.

Opções de broncodilatadores de ação curta para resgate (III):

Bromidrato de fenoterol gotas (5 mg/mL) 2-8 gotas (0,5 a 2 mg) diluídas em 3 mL de SF 0,9% via nebulização até de 6/6 horas;
Bromidrato de fenoterol aerossol (100 microgramas/dose) 1-2 jatos até de 6/6 horas;
Sulfato de salbutamol aerossol (100 microgramas/dose) 1-2 jatos via inalatória até de 6/6 horas;
Sulfato de salbutamol gotas (5 mg/mL) 0,5-1 mL (10-20 gotas) diluídas em 3-5 mL de SF 0,9% via inalatória até de 6/6 horas;
Brometo de ipratrópio gotas (0,25 mg/mL) 0,5 mg (40 gotas) diluído em 3 mL de SF 0,9% via inalatória até de 6/6 horas;
Brometo de ipratrópio (25 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória até de 6/6 horas;
Brometo de ipratrópio + Bromidrato de fenoterol (20/50 microgramas/d**ose)** 2 jatos em caso de falta de ar e até 4 jatos seguidos com intervalo de 5 minutos entre as doses (máximo de 8 jatos/dia).

Esquema B: Uso de dispositivo único: Associação:

I. Dois broncodilatadores de ação longa (LAMA + LABA)+II. Broncodilatador de curta duração para resgate.

Opções de dois broncodilatadores de ação longa (LAMA + LABA) (I):

Brometo de tiotrópio + Cloridrato de olodaterol (2,5 microgramas + 2,5 microgramas) 5 microgramas (2 inalações) via inalatória de 24/24 horas;
Brometo de umeclidínio + Trifenatato de vilanterol (62,5 microgramas + 25 microgramas) 1 inalação via inalatória de 24/24 horas;
Maleato de indacaterol + Brometo de glicopirrônio (110 microgramas + 50 microgramas) 1 cápsula via inalatória de 24/24 horas.

Opções de broncodilatadores de ação curta para resgate (II): Escolha uma das opções:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Bromidrato de fenoterol gotas (5 mg/mL) 2-8 gotas (0,5-2 mg) diluídas em 3 mL de SF 0,9% via nebulização até de 6/6 horas;

Bromidrato de fenoterol aerossol (100 microgramas/dose) 1-2 jatos até de 6/6 horas;

Sulfato de salbutamol aerossol (100 microgramas/dose) 1-2 jatos via inalatória até de 6/6 horas;

Sulfato de salbutamol gotas (5 mg/mL) 0,5-1 mL (10-20 gotas) diluído em 3-5 mL de SF 0,9% via inalatória até de 6/6 horas;

Brometo de ipratrópio gotas (0,25 mg/mL) 0,5 mg (40 gotas) diluído em 3 mL de SF 0,9% via inalatória até de 6/6 horas;

Brometo de ipratrópio (25 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória até de 6/6 horas.

Brometo de ipratrópio + Bromidrato de fenoterol (20/50 microgramas/dose) 2 jatos em caso de falta de ar e até 4 jatos seguidos com intervalo de 5 minutos entre as doses (máximo de 8 jatos/dia).

GRUPO E

Esquema A: Associação:

I. Combinação de dois broncodilatadores de longa duração (LABA + LAMA)+II. Broncodilatador de curta duração para resgate.

Opções de broncodilatadores de ação longa (I): Associação de LABA + LAMA:

Opções de LABA (beta-2-agonista de longa duração):

Fumarato de formoterol (12 microgramas/dose) 12-24 microgramas (1-2 cápsulas) via inalatória de 12/12 horas;

Xinafoato de salmeterol (25 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória de 12/12 horas;

Maleato de indacaterol (150 microgramas/dose) 150-300 microgramas (1-2 cápsulas) via inalatória de 24/24 horas;

Cloridrato de olodaterol (2,5 microgramas/dose) 5 microgramas (2 doses) via inalatória de 24/24 horas;

Opções de LAMA (antimuscarínico de longa duração):

Brometo de tiotrópio (2,5 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória de 24/24 horas;

Brometo de glicopirrônio (50 microgramas/dose) 50 microgramas (1 cápsula) via inalatória de 24/24 horas;

Brometo de umeclidínio (62,5 microgramas/dose) 62,5 microgramas (1 dose) via inalatória de 24/24 horas.

Opções de LAMA + LABA em dispositivo único:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Brometo de tiotrópio + Cloridrato de olodaterol (2,5 microgramas + 2,5 microgramas) 5 microgramas (2 inalações) via inalatória de 24/24 horas;

Brometo de umeclidínio + Trifenatato de vilanterol (62,5 microgramas + 25 microgramas) 1 inalação via inalatória de 24/24 horas;

Maleato de indacaterol + Brometo de glicopirrônio (110 microgramas + 50 microgramas) 1 cápsula via inalatória de 24/24 horas.

Opções de broncodilatadores de ação curta para resgate (II): Escolha uma das opções:

Bromidrato de fenoterol gotas (5 mg/mL) 2-8 gotas (0,5-2 mg) diluídas em 3 mL de SF 0,9% via nebulização até de 6/6 horas;

Bromidrato de fenoterol aerossol (100 microgramas/dose) 1-2 jatos até de 6/6 horas;

Sulfato de salbutamol aerossol (100 microgramas/dose) 1-2 jatos via inalatória até de 6/6 horas;

Sulfato de salbutamol gotas (5 mg/mL) 0,5-1 mL (10-20 gotas) diluído em 3-5 mL de SF 0,9% via inalatória até de 6/6 horas;

Brometo de ipratrópio gotas (0,25 mg/mL) 0,5 mg (40 gotas) diluído em 3 mL de SF 0,9% via inalatória até de 6/6 horas;

Brometo de ipratrópio (25 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória de até 6/6 horas.

Esquema B: Em pacientes com eosinófilo > 300 células/microlitro ou acima de 100 com história de exacerbação grave e/ou asma associada.

Associação:

I. LAMA (antimuscarínico de longa duração)+II. LABA (beta-2-agonista de longa duração)+III. CI (corticoide inalatório).

Opções de antimuscarínico de longa duração (I): Escolha uma das opções:

Brometo de tiotrópio (2,5 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória de 24/24 horas;

Brometo de glicopirrônio (50 microgramas/dose) 50 microgramas (1 cápsula) via inalatória de 24/24 horas;

Brometo de umeclidínio (62,5 microgramas/dose) 62,5 microgramas (1 dose) via inalatória de 24/24 horas.

Opções de beta-2-agonistas de ação longa (II): Escolha uma das opções:

Fumarato de formoterol (cápsula de 12 microgramas/dose) 12-24 microgramas (1-2 cápsulas) via inalatória de 12/12 horas;

Xinafoato de salmeterol (25 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória de 12/12 horas;

Maleato de indacaterol (150 microgramas/dose) 150-300 microgramas (1-2 cápsulas) via inalatória de 24/24 horas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Cloridrato de olodaterol (2,5 microgramas/dose) 5 microgramas (2 doses) via inalatória de 24/24 horas.

Opções combinadas de antimuscarínico de longa duração e beta-2-agonista de longa duração (I + II): Escolha uma das opções:

Brometo de tiotrópio + Cloridrato de olodaterol (2,5 microgramas + 2,5 microgramas) 5 microgramas (2 inalações) via inalatória de 24/24 horas;
Brometo de umeclidínio + Trifenatato de vilanterol (62,5 microgramas + 25 microgramas) 1 inalação via inalatória de 24/24 horas;
Maleato de indacaterol + Brometo de glicopirrônio (110 microgramas + 50 microgramas) 1 cápsula via inalatória de 24/24 horas.

Opções de corticoide inalatório (ICS) (III):

Budesonida (200-400 microgramas/dose) 1-2 cápsulas via inalatória de 12/12 horas;
Dipropionato de beclometasona (200 microgramas/dose) 1-2 jatos via inalatória de 12/12 horas;
Propionato de fluticasona (50-250 microgramas/dose) 1-2 jatos via inalatória de 12/12 horas.

Opções combinadas de ICS + LAMA + LABA (III + I + II):

Furoato de fluticasona + Brometo de umeclidínio + Trifenatato de vilanterol (100 microgramas + 62,5 microgramas + 25 microgramas). Aspirar 1 jato a cada 24/24 horas;
Dipropionato de beclometasona + Fumarato de formoterol + Brometo de glicopirrônio (100 microgramas + 6 microgramas + 12,5 microgramas). Inalar 2 jatos de 12/12 horas.

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de hospitalização;

Adesão ao tratamento.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A DPOC pode afetar significativamente a qualidade de vida, limitando atividades diárias e levando a problemas psicológicos, como ansiedade e depressão.

Consultas regulares com profissionais de saúde são essenciais para monitorar a progressão da doença, ajustar tratamentos e fornecer apoio contínuo.

Essas considerações ajudam a entender melhor a DPOC e a importância do seu manejo adequado.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agustí A, Celli BR, Criner GJ, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. Eur Respir J. 2023; 61(4):2300239.

Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. Lancet. 2007; 370(9589):741-50.

Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, et al. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. Eur Respir J. 2006; 28(3):523-32.

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Broaddus VC, Ernst JD, Lazarus SC, et al. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 6th ed. Philadelphia: Saunders, 2016.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
ASMA BRONQUICA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo da asma bronquica.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório médico.

3. DEFINIÇÕES

FeNO: Fração expirada de óxido nítrico.

CI: Corticóide Inalatório.

GINA: Iniciativa Global para Recomendações em Asma.

VEF1: Volume expiratório forçado no 1° segundo.

DPOC: Doença Obstrutiva Crônica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão para o diagnóstico de asma brônquica podem variar conforme as diretrizes, mas geralmente incluem:

Doenças Pulmonares Alternativas: Condições como DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), fibrose pulmonar, ou doenças intersticiais que possam explicar os sintomas.

Causas Cardiovasculares: Doenças cardíacas que podem mimetizar sintomas asmáticos, como insuficiência cardíaca ou arritmias.

Reações Alérgicas Severas: Anafilaxia ou outras reações alérgicas que não se enquadram no quadro da asma.

Infecções Respiratórias Agudas: Sintomas que se devem a infecções, como pneumonia ou bronquite aguda.

Uso de Medicamentos: Medicamentos que possam causar sintomas semelhantes, como beta-bloqueadores, ou drogas que possam exacerbar a asma.

Doenças Psicossomáticas: Condições como transtornos de ansiedade que podem causar sintomas respiratórios sem relação com a asma.

Fatores Ambientais: Exposição a irritantes ou alérgenos que não são típicos da asma, como poluição severa ou fumaça de cigarro em ambientes fechados.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.1 Definição

Doença inflamatória crônica das vias respiratórias caracterizada pela hiper-responsividade brônquica a antígenos que leva à limitação do fluxo expiratório de forma variável e reversível.

8.2 Apresentação Clínica

Anamnese

Quadro clínico: Geralmente o quadro de asma apresenta dispneia, tosse e chiado no peito que ocorrem de forma intermitente e são desencadeados por fatores externos como viroses, exposição a alérgenos, ar frio e/ou exercício físico.

Sinais e sintomas:

Dispneia;
Sibilância (chiado);
Tosse, que é a manifestação mais frequente e persistente da asma, em geral pior durante a noite ou no início da manhã;
Expectoração mucoide;
Pressão e desconforto torácicos durante a crise.
História de exacerbações:
Sinais e sintomas paroxísticos;
Frequência de crises e sazonalidade (mudança do clima);
Associação a exposição ambiental (odores fortes, produtos de limpeza, pelos de animais, mofo);
História de uso de medicamentos como betabloqueadores ou Ácido acetilsalicílico;
Broncoespasmo após atividade física ou crise de riso;
Necessidade de visitas ao serviço de emergência e hospitalizações;
Alívio dos sintomas com o uso de broncodilatador.
História patológica pregressa (fundamental na caracterização da asma e atopia):
Asma na infância;
Sinusite crônica;
Rinite e/ou conjuntivite alérgicas;
Dermatite atópica;
Polipose nasal.

História social:

Características da residência, escola ou local de trabalho;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Tabagismo;
Profissão (asma ocupacional);
Uso de drogas ilícitas.

Fatores sugestivos de asma:

Sazonalidade;
Crises desencadeadas por infecções virais, alérgenos, poluentes ou por exercício físico;
História pessoal de atopia;
Exacerbações mais comuns durante a noite;
Resposta à medicação broncodilatadora;
Exacerbações desencadeadas por Ácido acetilsalicílico ou betabloqueadores.

8.3 Fatores de Risco

Histórico familiar de asma;
Gênero masculino – durante a infância;
Gênero feminino – após 40 anos de idade;
Dermatite atópica;
Rinite alérgica;
Poluição e exposição ambiental a alérgenos como ácaros, pólen, alérgenos de barata, pelos de animais;
Tabagismo ativo;
Tabagismo passivo durante a infância;
Obesidade.

8.4 Abordagem Diagnóstica

O diagnóstico da asma é, muitas vezes, um desafio. Os sinais e sintomas são inespecíficos e não há um exame complementar patognomônico. É fundamental que haja a combinação de história clínica com hiper-responsividade de vias respiratórias e variabilidade do fluxo expiratório.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

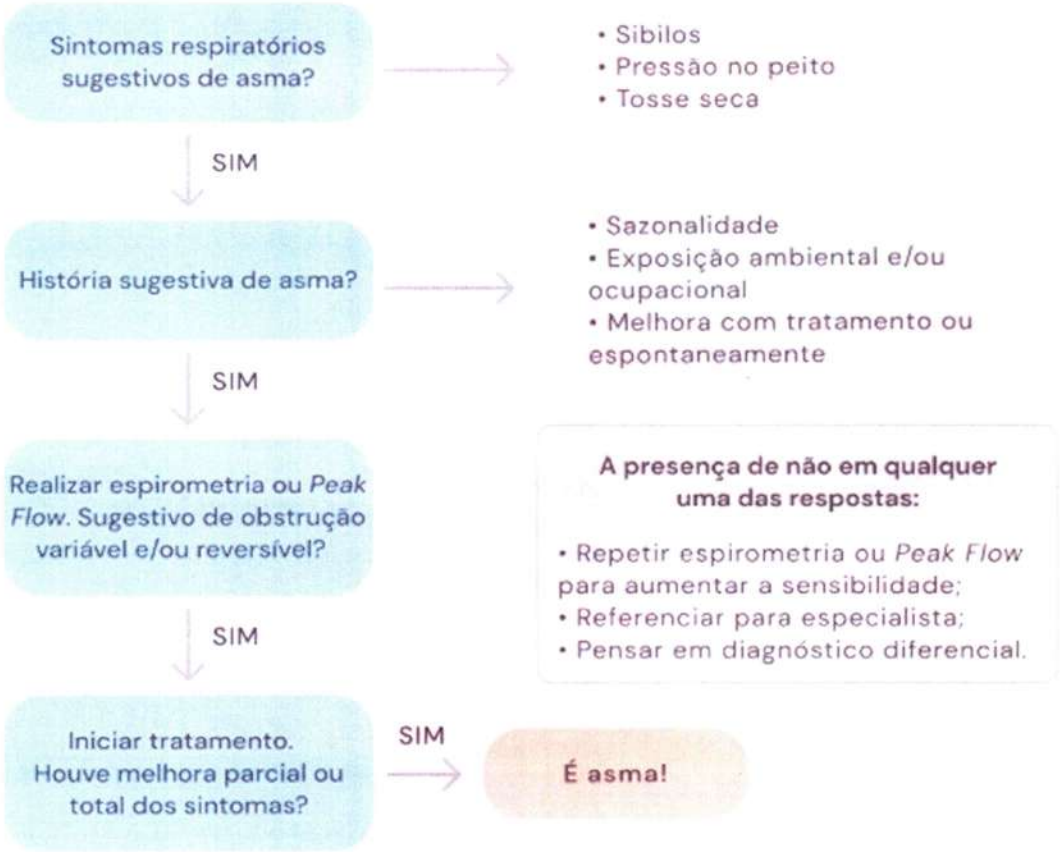


Figura 162 – Fluxo abordagem diagnóstica

A história típica de asma é caracterizada pela presença de sibilos, tosse, dispneia e pressão no peito que variam ao longo do tempo e com a exposição a alérgenos, ar frio, exercicio físico, gargalhada e viroses. Classicamente é pior pela manhã e/ou noite.

Hiper-responsividade e Variabilidade do Fluxo Expiratório

A obstrução expiratória ao fluxo de ar deve ser sempre documentada na asma, e, para tal, é possível utilizar exames de função respiratória. Se possível, a espirometria deve ser realizada antes de se iniciar tratamento. Em locais sem acesso a esse exame, pode-se utilizar o pico de fluxo expiratório.

Espirometria : Indicada a todos os pacientes com suspeita de asma para diagnóstico, determinação de gravidade e acompanhamento do tratamento. O objetivo é demonstrar a limitação ao fluxo aéreo e a reversibilidade por prova broncodilatadora, o que caracteriza a asma.

Uma espirometria normal não exclui o diagnóstico de asma. Além disso, a prova broncodilatadora nem sempre será positiva, principalmente nos pacientes em uso de medicação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Alterações esperadas:

Índice de Tiffeneau (VEF1/CVF) < 70%;

Volume expiratório forçado no 1o segundo (VEF1) < 80%;

Prova broncodilatadora positiva: aumento em 200 mL e 12% em VEF1 e/ou CVF após broncodilatador – 400 microgramas de Salbutamol;

Incremento em 200 mL e 12% do VEF1 ou CVF após 4 semanas de tratamento.

Uma alteração precoce nos distúrbios obstrutivos é a redução do FEF em 25-75%, que demonstra que o fluxo expiratório está reduzido, mesmo com o parâmetro anterior mencionado dentro dos valores de referência. Não deve, no entanto, ser usado isoladamente como rotina no diagnóstico da asma.

Prova broncodilatadora: Corresponde à avaliação de VEF1 e CVF após broncodilatador de curta duração. De acordo com a Iniciativa Global para Recomendações em Asma (GINA), aumento em 200 mL e 12% em VEF1 e/ou CVF é considerado positivo. Pelo consenso sobre espirometria da American Thoracic Society (ATS) e da European Respiratory Society (ERS), o aumento superior a 10% do predito é considerado positivo. Por enquanto, ainda é mantido o critério anterior na asma.

Prova broncoconstritora: Pode ser utilizada para aumentar a sensibilidade da espirometria usando-se Metacolina como broncoconstritor e observando-se a queda na VEF1 após sua administração. Se a queda for superior a 20%, a prova é positiva. O teste, no entanto, é pouco específico, podendo ser positivo também em rinite alérgica, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), bronquiectasia e fibrose cística (condições não asmáticas igualmente caracterizadas por hiper-responsividade).

Monitorização do peak flow (PEF): Indicada como alternativa no diagnóstico da asma, na ausência de espirometria. Auxilia também no acompanhamento terapêutico e para classificar a gravidade das crises. Representa a variabilidade do fluxo aéreo durante o dia, sendo compatível com asma uma variação > 20% durante o dia. Em casos de monitorização domiciliar, com duas medidas diárias por 2 semanas, se ocorrer variação maior que 10%, é considerado compatível com asma. Nos pacientes em vigência de tratamento, melhora em 20% do PEF também é compatível com asma.

Exames Complementares

Hemograma : Embora não seja necessária para o diagnóstico, a presença de eosinofilia > 4% (300-400 cél/microlitro) corrobora o diagnóstico de asma alérgica e/ou eosinofílica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Imunoglobulina E : Indicada para pacientes com diagnóstico de asma e necessidade de definição de fenótipo. Não é necessária para todos os pacientes, sendo indicada principalmente para os quadros graves.

Teste de alergia (prick test): Útil para definir os possíveis alérgenos causadores da alergia e da exacerbação da asma. Não é definidor para o diagnóstico de atopia, mas contribui para sua identificação. A correlação entre gatilho e crise deve ser definida mais pela história clínica do que pelo teste em si.

Radiografia de tórax : Exame de imagem indicado para avaliação inicial de pacientes com suspeita de asma, podendo revelar complicações ou causas alternativas de sibilância.

Tomografia de tórax : Não está indicada para a avaliação diagnóstica inicial, porém pode ser útil para pacientes com sintomas recorrentes e na suspeita de complicações como bronquiectasias e aspergilose broncopulmonar alérgica.

Fração expirada de óxido nítrico (FeNO): Mensura a quantidade de NO liberado e reflete o metabolismo dos eosinofílicos. A presença de valores elevados sugere um tipo de resposta T2. Não é definidora de asma, mas auxilia na definição do fenótipo nos casos graves.

Como confirmar o diagnóstico em quem já está usando medicação? Muitos pacientes iniciam corticosteroide inalatório (CI) e broncodilatador de longa duração após uma crise de broncospasmo. Para confirmar o diagnóstico nesses pacientes, muitas vezes é necessário reduzir a dose ou suspender a medicação e avaliar a resposta clínica. Atenção! É fundamental manter esses pacientes sob supervisão para o caso de exacerbação dos sintomas.

É importante a confirmação do diagnóstico de asma, visto que tanto o subdiagnótico quanto o excesso de diagnóstico são comuns na prática clínica. Nesse sentido, o consenso GINA orienta sempre a documentação de história clínica sugestiva associada à comprovação da hiper-responsividade e variabilidade do fluxo expiratório. O diagnóstico definitivo conta com esses dois aspectos. No caso de história bem sugestiva, mas na indisponibilidade de comprovação da função respiratória, a resposta clínica ao tratamento determina o diagnóstico. Nos pacientes que não respondem ou que não têm alterações na espirometria ou pico de fluxo sugestivo, é importante realizar diagnóstico diferencial.

8.5 Diagnóstico Diferencial

Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);
Bronquite eosinofílica;
Disfunção de corda vocal (Imobilidade laríngea);
Corpo estranho;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE);
Asma cardíaca (insuficiência cardíaca);
Bronquiectasia;
Bronquiolite;
Fibrose cística;
Compressão de vias respiratórias;
Obstrução endobrônquica;
Aspergilose broncopulmonar alérgica;
Granulomatose eosinofílica com poliangiite;
Síndrome de Löeffler;
Pneumonite por hipersensibilidade;
Tuberculose pulmonar.

8.6 Tratamento

STEP 1 - Asma leve

Esquema A: CI + Formoterol em dispositivo único: Escolha uma das opções:

Formoterol + budesonida 6/200 microgramas. Inalar 1 capsula sob demanda até de 4/4 horas (dose máxima de Formoterol: 72 microgramas/dia);
Formoterol + beclometasona 6/200 microgramas. Inalar 1 jato sob demanda até de 4/4 horas (dose máxima de Formoterol: 72 microgramas/dia).

Esquema B: Repetir dose de corticoide inalatório sempre que o SABA for utilizado. Não utilizar SABA em monoterapia como resgate. Associação:

I. CI em baixa dose sob demanda+II. SABA sob demanda.

Opções de CI em baixa dose sob demanda (I):

Budesonida (100 microgramas/spray) 2 doses inalatórias, sob demanda associado ao SABA. Pode ser repetido, se necessário;
Beclometasona (200-400 microgramas/jato) 1 dose inalatória, sob demanda associado ao SABA. Pode ser repetido, se necessário;
Fluticasona (50-250 microgramas/spray) 1 dose inalatória sob demanda associado ao SABA. Pode ser repetido, se necessário.

Opção de SABA sob demanda (II):

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Bromidrato de fenoterol (100 microgramas/spray) Inalar 1-2 jatos sob demanda de 4/4 horas, sob demanda associado ao CI;

Sulfato de salbutamol (100 microgramas/spray) Inalar 1-2 jatos sob demanda de 4/4 horas, sob demanda associado ao CI.

STEP 2 - Asma Leve

Escolha um dos esquemas abaixo e avalie necessidade de associação do esquema C.

Esquema A: CI + Formoterol em dispositivo único: Escolha uma das opções:

Formoterol + budesonida 6/200 microgramas Inalar 1 cápsula sob demanda até de 4/4 horas (dose máxima de Formoterol: 72 microgramas/dia);

Formoterol + beclometasona 6/200 microgramas Inalar 1 jato sob demanda até de 4/4 horas (dose máxima de Formoterol: 72 microgramas/dia).

Esquema B: Repetir dose de corticoide inalatório sempre que o SABA for utilizado. Não utilizar SABA em monoterapia como resgate: Associação:

I. CI em baixa dose de manutenção+II. Beta-2-agonista de curta duração sob demanda.

Opções de CI em baixa dose de manutenção (I):

Budesonida (100 microgramas/spray) 1-2 doses inalatórias de 12/12 horas (até 400 microgramas/dia);

Beclometasona (200 microgramas/jato) 1 dose inalatória de 12/12 horas (até 500 microgramas/dia);

Fluticasona (50 microgramas/spray) 1-2 doses inalatórias de 12/12 horas (até 250 microgramas/dia);

Mometasona (200 microgramas/spray) 1 dose inalatória de 12/12 horas (até 400 microgramas/dia).

Opções de beta-2-agonista de curta duração sob demanda (II):

Bromidrato de fenoterol aerossol (100 microgramas/spray) Inalar 1-2 jatos sob demanda de 4/4 horas;

Sulfato de salbutamol aerossol (100 microgramas/spray) Inalar 1-2 jatos sob demanda se 4/4 horas.

Esquema C: Terapias adjuvantes: escolha uma das opções:

Montelucaste 10 mg VO 1x ao dia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

STEP 3 - Asma Moderada

Esquema A: Associação:

I. Manutenção: CI em baixa dose + Formoterol+II. Resgate: CI + Formoterol+III. Considerar associação: Antileucotrieno.

Opções de manutenção: CI e LABA (I):

Fumarato de formoterol di-hidratado + budesonida 6/200 microgramas. Inalar 1 cápsula de 12/12 horas e enxaguar a boca após o uso;

Fumarato de formoterol di-hidratado + propionato de fluticasona 12/250 microgramas. Inalar 1 capsula de 12/12 horas e enxaguar a boca após o uso;

Formoterol + beclometasona 6/200 microgramas. Inalar 01 jato de 12/12 horas e enxaguar a boca após o uso.

Opções de resgate: CI + Formoterol (II):

Formoterol + budesonida 6/200 microgramas. Inalar 1 cápsula sob demanda até de 4/4 horas (dose máxima de Formoterol: 72 microgramas/dia). Considerar dose de manutenção;

Formoterol + beclometasona 6/200 microgramas. Inalar 1 jato sob demanda até de 4/4 horas (dose máxima de Formoterol: 72 microgramas/dia). Considerar dose de manutenção.

Opção de antileucotrieno (III):

Montelucaste 10 mg tomar 1 comprimido/dia.

Esquema B: Repetir dose de corticoide inalatório sempre que o SABA for utilizado. Não utilizar SABA em monoterapia como resgate. Associação:

I. Manutenção: CI em baixa dose + LABA+II. Resgate: CI + SABA sob demanda+III. Considerar associação: Antileucotrieno.

Opções de manutenção: CI em baixa dose + LABA (I):

Fumarato de formoterol di-hidratado + budesonida 6/200 microgramas 1 cápsula via inalatória de 12/12 horas e enxaguar a boca após o uso;

Fumarato de formoterol di-hidratado + beclometasona 6/100 microgramas 2 jatos via inalatória de 12/12 horas e enxaguar a boca após o uso;

Fumarato de formoterol di-hidratado + propionato de fluticasona 12/250 microgramas 1 capsula via inalatória de 12/12 horas e enxaguar a boca após o uso;

Xinoato de salmeterol + propionato de fluticasona 25/125 microgramas 1 puff via inalatória de 12/12 horas;

Trifenatato de vilanterol + furoato de fluticasona 25/100 microgramas 1 jato via inalatória de 24/24 horas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Opções de resgate: CI + SABA sob demanda (II):

Opções de CI:

Budesonida (100 microgramas/spray) 2 doses inalatórias, sob demanda associado ao SABA. Pode ser repetido, se necessário;

Beclometasona (200 microgramas/jato) 1 dose inalatória, sob demanda associado ao SABA. Pode ser repetido, se necessário;

Fluticasona (50-250 microgramas/spray) 1 dose inalatória sob demanda associado ao SABA. Pode ser repetido, se necessário.

Opções de SABA:

Bromidrato de fenoterol (100 microgramas/spray) inalar 1-2 jatos sob demanda de 4/4 horas;
Sulfato de salbutamol (100 microgramas/spray) inalar 1-2 jatos sob demanda se 4/4 horas.

Opções de antileucotrieno (III):

Montelucaste 10 mg 01 comp por via oral de 24/24 horas.

STEP 4 - Asma Moderada

Escolha um dos esquemas:

Esquema A: Associação:

I. Manutenção: CI em média a alta dose + formoterol+II. Resgate: CI + Formoterol+III. Considerar associação: LAMA e/ou antileucotrieno.

Se associar LAMA, considerar dispositivo com terapia tripla, substituindo o dispositivo com LABA e CI do item I.

Opções de Manutenção: CI em média a alta dose e LABA (I):

Fumarato de formoterol di-hidratado + budesonida 12/400 microgramas. Inalar 1 cápsula de 12/12 horas e enxaguar a boca após o uso;

Fumarato de formoterol di-hidratado + beclometasona 6/200 microgramas 2 jatos via inalatória de 12/12 horas e enxaguar a boca após o uso;

Fumarato de formoterol di-hidratado + propionato de fluticasona 12/250 microgramas. Inalar 1 capsula de 12/12 horas e enxaguar a boca após o uso;

Opções de Resgate: CI + Formoterol (II):

Fumarato de formoterol di-hidratado + budesonida 6/200 microgramas Inalar 1 cápsula sob demanda até de 6/6 horas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Fumarato de formoterol di-hidratado + beclometasona 6/200 microgramas 2 jatos via inalatória de 12/12 horas e enxaguar a boca após o uso;

Opções de LAMA e/ou antileucotrieno (III):

Brometo de tiotrópio (2,5 microgramas/dose) 2 jatos via inalatória de 24/24 horas;

Brometo de glicopirrônio (50 microgramas/dose) 50 microgramas (1 cápsula) via inalatória de 24/24 horas;

Brometo de umeclídio (62,5 microgramas/dose) 62,5 microgramas (1 dose) via inalatória de 24/24 horas.

Dipropionato de beclometasona + fumarato de formoterol di-hidratado + brometo de glicopirrônio 100/6/12,5 microgramas inalar 2 puffs de 12/12 horas (em Submeclidínio + vilanterol 100/62,5/25 microgramas Aspirar 1 jato/dia (em substituição ao item I);

Montelucaste 10 mg VO de 24/24 horas (tomar à noite).

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de hospitalização.

Adesão ao tratamento.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A asma pode afetar significativamente a qualidade de vida, impactando atividades diárias e sono, e requer um gerenciamento contínuo e adequado para minimizar esses efeitos.

Essas considerações são importantes para um entendimento abrangente da asma e seu manejo eficaz.

13. ANEXO

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention, 2022. [Internet]. (Accessed on January 29, 2024).

Beasley R, Holliday M, Reddel HK, et al. Controlled Trial of Budesonide–Formoterol as Needed for Mild Asthma. N Engl J Med. 2019; 380(21):2020-2030.

Crapo RO. Pulmonary-function testing. N Engl J Med. 1994; 331(1):25-30.

Fanta CH. Asthma. N Engl J Med. 2009; 360(10):1002-14.

Thomas A, Lemanske RF Jr, Jackson DJ. Approaches to stepping up and stepping

Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Marseglia GL, Cirillo I, Vizzaccaro A, et al. Role of forced expiratory flow at 25-75% as an early marker of small airways impairment in subjects with allergic rhinitis. Allergy Asthma Proc. 2007; 28(1):74-8.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO				
DOENÇA RENAL CRÔNICA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de doença renal crônica.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

LRA: Lesão Renal Aguda.

EV: Endovenoso.

VO: Via Oral.

PA: Pressão Arterial.

DRC: Doença Renal Crônica.

DM: Diabetes Melitos.

HAS: Hipertensão Arterial Sistemica.

AINEs: Anti-inflamatórios não esteroides.

IRA: Insuficiência Renal Aguda.

SUS: Sistema Único de Saúde.

PTH: Paratormônio.

USG: Ultrassonografia.

CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Doenças Renais Agudas

Lesão Renal Aguda (LRA): É fundamental diferenciar a DRC da LRA, que pode ter causas reversíveis.

Condições Médicas Subjacentes

Doenças Cardiovasculares: Algumas condições podem mimetizar sintomas renais, como insuficiência cardíaca congestiva.

Doenças Hepáticas: Hepatopatias podem levar a alterações nos níveis de creatinina e função renal.

Causas Medicamentosas

Efeitos de Medicamentos: Certos fármacos (como anti-inflamatórios não esteroides ou antibióticos) podem causar alterações temporárias na função renal.

Desidratação Aguda

Desidratação: Pode levar a um aumento temporário na creatinina e não indica necessariamente DRC.

Doenças Metabólicas

Diabetes Melito Descontrolado: Deve ser tratado antes de confirmar a DRC, pois pode causar lesão renal aguda.

Infecções Urinárias

Pielonefrite Aguda: Infecções do trato urinário que podem causar alterações temporárias na função renal.

Sintomas Transitórios

Duração dos Sintomas: Sintomas que são agudos ou transitórios, sem evidência de dano renal persistente.

História de Trauma

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Lesões Renais Traumatológicas: O histórico de trauma agudo pode afetar a função renal temporariamente.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Síndrome clínica secundária à alteração definitiva da função e/ou da estrutura do rim, e caracteriza-se por sua irreversibilidade com evolução lenta e progressiva.

Em termos práticos, a doença renal crônica (DRC) é constatada se:

Taxa de filtração glomerular < 60 mL/minuto/1,73m²; OU
Evidência de dano renal (ex.: albuminúria);
Achados anormais em exames de imagem por mais de 3 meses.

8.2 Fatores de Risco

Volume de urina geralmente baixo;
Alta excreção urinária de ácido úrico, de cálcio e de oxalato;

8.3 Apresentação Clínica

Anamnese e Exame Físico

Pacientes costumam permanecer assintomáticos até que haja perda de, pelo menos, 50% de sua função renal (estágio 3). Sendo assim, muitas vezes o diagnóstico de DRC é obtido por meio de achados em exames de rotina, principalmente em pacientes com fatores de risco (hipertensão arterial sistêmica [HAS] e diabetes melito [DM]), submetidos ao rastreamento.

As manifestações de início do quadro clínico sintomático costumam ser com:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Hematúria: em casos de glomerulonefrites;

Urina espumosa;

Alterações de rotina de micção (polaciúria, noctúria, oligúria);

HAS;

Edema podendo ser periférico (principalmente perimaleolar e periorbitário) até anasarca;

Anemia com fraqueza associada;

Manifestações urêmicas (náuseas, vômitos, inapetência, hálito urêmico, prurido, confusão mental, convulsões, pericardite, neuropatia e outros);

Gosto metálico.

8.4 Diagnóstico

Antecedentes pessoais: Investigar possíveis etiologias para DRC, avaliando:

HAS: nefrosclerose hipertensiva;

DM;

Glomerulopatias primárias ou tubulointersticiais;

Doenças vasculares renais;

Doenças autoimunes sistêmicas (ex.: lúpus eritematoso sistêmico, vasculites associadas ao anticorpo anticitoplasma de neutrófilo [ANCA]);

Uropatia obstrutiva;

Pielonefrite crônica;

Medicamentos (principalmente anti-inflamatórios não esteroides [AINEs]);

Doenças congênitas (principalmente malformação do sistema urinário); avaliar doenças familiares.

Exames laboratoriais iniciais:

Ureia e creatinina sérica;

Urinálise (elementos anormais do sedimento [EAS] ou urina tipo 1);

Relação albumina/creatinina na urina (spot urinário) ou urina de 24 horas (com dosagem de proteinúria);

Hemograma completo;

Eletrólitos;

Ultrassonografia (USG) de sistema urinário.

Acompanhamento

Creatinina sérica – clearance estimado usando: Cockroft-Gault, Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI), ou MDRD. A fórmula de Cockroft-Gault é menos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

fidedigna e deve sempre ser calculada utilizando-se o peso ideal do paciente. A equação preferida é a do CKD-EPI;

Avaliar solicitação de bicarbonato sérico/gasometria venosa (avaliar reserva alcalina);

Hemograma (para avaliação de anemia);

Cálcio;

Fosfato e paratormônio (PTH, para avaliação de hiperparatireoidismo secundário);

25-OH-vitamina D (manter acima de 30 nanogramas/mL);

Ácido úrico (associação comum com hiperuricemia);

Lipidograma (profilaxia primária com estatina) caso já estabelecido o diagnóstico de DRC e para acompanhamento, de acordo com o estágio da doença.

USG renal: indicada inicialmente para diagnóstico diferencial:

Rins pequenos: indicam doença crônica como a secundária a HAS ou glomerulopatias em estágio terminal;

Rins de tamanhos normais ou grandes podem ser encontrados em pacientes com DRC secundário a DM;

Alterações renais variadas: obstrução de sistema urinário com hidronefrose ou ainda doença policística renal.

Biópsia Renal

Na DRC, alguns casos necessitam de biópsia renal.

Biopsiar se creatinina em ascensão sem etiologia presumida em que diagnóstico mude o tratamento e evite uma DRC terminal;

Não se indica biópsia na DRC se doença muito avançada (rins pequenos evidenciados na USG) - geralmente apenas fibrose, sem diagnóstico e com risco de sangramento pela biópsia. Esses casos também não se beneficiam com tratamentos para doenças crônicas em fases iniciais ou agudas.

Urinálise (EAS ou urina tipo 1): pode sugerir os diagnósticos a seguir:

Hematúria com dismorfismo eritrocitário, cilindros hemáticos: Hemácias lisadas no glomérulo sugerindo glomerulonefrites;

Albuminúria maciça com hematúria mínima ou ausente: Glomerulopatia não proliferativa (ex.: DM, nefropatia membrosa, glomerulosclerose segmentar e focal, glomerulopatia por lesão mínima, amiloidose);

Cilindros granulares e epiteliais com células epiteliais livres: Sugerem necrose tubular aguda;

Piúria isolada: Sugere doença tubulointersticial ou infecção.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Hemograma completo: Em DRC avançado, geralmente pacientes com ClCr < 30 podem apresentar anemia. Avaliar estoque de ferro e ácido fólico, por poder também ser causa ou agravador da anemia.

Cálcio, fosfato e PTH (metabolização óssea): Indivíduos com hiperparatireoidismo secundário à DRC apresentando hipocalcemia, hiperfosfatemia e aumento de PTH são comuns em estágios mais avançados. Dosagem anual no estágio 3 e a cada 3 meses nos estágios 4 e 5. Se DRC em estágio 5, dosar cálcio e fósforo todo os meses.

Bicarbonato de sódio (reserva alcalina): Geralmente diminuído na DRC. Acompanhar níveis anualmente no estágio 3 e a cada 3 meses nos estágios 4 e 5.

ESTÁGIO	FUNÇÃO RENAL	TFG	MANEJO
1	• Função glomerular preservada; • Presença ou não de fatores de risco; • Doença renal crônica definida apenas pela presença de proteinúria e/ou hematúria e/ou alteração no exame de imagem.	> 90ml/min/1,73m²	• Acompanhamento na APS, com tratamento dos fatores de progressão da DRC e da doença cardiovascular; • TFG e EAS anuais.
2	• Creatinina normal; • Leve redução da função glomerular; • Ausência de sintomas; • Doença renal crônica definida apenas pela presença de proteinúria e/ou hematúria e/ou alteração no exame de imagem.	60 a 89ml/min/1,73m²	• Acompanhamento na APS, com tratamento dos fatores de progressão da DRC e da doença cardiovascular; • TFG e EAS anuais.
3a	• Moderada redução da função glomerular; • Elevação dos níveis de creatinina e ureia; • Paciente clinicamente estável.	45 a 59ml/min/1,73m²	• Acompanhamento na APS com tratamento dos fatores de progressão da DRC e da doença cardiovascular.
3b	• Moderada redução da função glomerular; • Elevação dos níveis de creatinina e ureia; • Paciente clinicamente estável.	30 a 44ml/min/1,73m²	• Acompanhamento na APS com tratamento dos fatores de progressão da DRC e da doença cardiovascular; • Encaminhamento para avaliação com nefrologista.

Figura 163 – Função Renal e Manejo

8.4 Diagnóstico Diferencial

Muitas vezes em uma primeira abordagem, um paciente pode apresentar creatinina elevada, suscitando dúvidas se a causa é por DRC ou insuficiência renal aguda (IRA). O diagnóstico diferencial é estabelecido entre as possíveis causas de DRC ou IRA naquele paciente. Para isso, devem-se avaliar:

HAS crônica (nefrosclerose hipertensiva) – avaliar tempo de doença e se a pressão arterial (PA) está bem controlada;

DM (nefropatia diabética) – avaliar tempo de doença e se glicemia está bem controlada;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Glomerulopatias, tubulopatias ou vasculopatias conhecidas previamente ou relato de urina espumosa;

Doenças autoimunes sistêmicas conhecidas como: nefrite lúpica; vasculites associadas ao ANCA, como granulomatose com poliangiíte e poliangiíte microscópica; vasculite crioglobulinêmica;

História de uropatia obstrutiva, pielonefrite crônica ou de repetição, doenças congênitas (principalmente malformação de sistema urinário), doenças familiares (doença renal policística) ou uso de medicamentos nefrotóxicos, em especial, AINEs.

8.5 Tratamento

Dieta e Hidratação

Dieta:

Restrição de sal: < 2 g/dia;

Restrição proteica leve (0,8 g/kg/dia): Pelo menos 50% de proteínas de alto valor biológico (se paciente com doença renal terminal, recomenda-se 0,9 g/kg/dia para evitar desnutrição).

Restrição de potássio na dieta se paciente apresentar hipercalemia.

Restrição hídrica: Ingestão controlada de líquidos. Na prática, um volume estimado de 500 mL/dia, acrescido da quantidade equivalente ao débito urinário de 24 horas, é aceitável. De modo geral, o paciente com diurese preservada (a maioria dos casos) não precisa de restrição hídrica significativa.

Restrição de fosfato (800 mg/dia), se hiperfosfatemia.

Tratamento Farmacológico

Nefroproteção: Escolha uma das seguintes opções:

Losartana (geralmente disponível no Sistema Único de Saúde [SUS]) (50 mg/comprimido) 25-100 mg/dia VO de 12/12 ou 24/24 horas (dose máxima: 100 mg/dia);

Valsartana (80 mg/comprimido) 80-320 mg/dia VO de 24/24 horas;

Candesartana (8 mg/comprimido) 8-32 mg/dia VO de 24/24 horas;

Captopril (geralmente disponível no SUS) (25 mg/comprimido) 25-100 mg/dia VO de 8/8 horas;

Enalapril (geralmente disponível no SUS) (5 mg/comprimido) 2,5-40 mg/dia VO de 12/12 horas (dose máxima: 40 mg/dia);

Ramipril (2,5 mg/comprimido) 2,5-10 mg/dia VO de 24/24 horas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Pacientes com albuminúria > 500 mg/dia (ou 500 mg/g de creatinina no SPOT urinário) que estão em uso de IECA ou BRA, independentemente de DM:

Dapagliflozina 5 a 10 mg/dia em dose única diária;
Finerenona: Recomendada quando paciente com terapia para DM otimizada e uso de IECA ou BRA. Estudos iniciais sugerem que há benefício mesmo quando em associação a inibidores do cotransportador sódio-glicose (iSGLT2). Aguardam-se mais estudos para comprovar os resultados.

Tratamento da anemia – reposição de ferro:
Sulfato ferroso (300 mg/comprimido) 300 mg VO de 8/8 horas. No paciente com DRC avançada, a absorção de ferro pela via enteral é prejudicada pelo aumento dos níveis de hepcidina. Nesses casos, a suplementação de vitamina C é sugerida por algumas bibliografias (acidifica a urina e favorece a absorção intestinal);
Sacarato de hidróxido férrico (100 mg/5 mL) 1 ampola 5 mL + SF 0,9% 100 mL EV em, no mínimo, 15 minutos. A dose total poderá ser consultada na tabela disponível na bula e dependerá da deficiência de ferro do paciente e de seu nível de hemoglobina. Esquema comum é o uso de uma ampola de 100 mg EV 1x/semana, durante 4-12 semanas, e reavaliação.

Tratamento da anemia – agentes estimuladores da eritropoese (início após a correção da deficiência de ferro):
Eritropoetina recombinante (4.000 unidades/frasco) 50-100 unidades/kg de peso, até 3x/semana, via SC (ou EV em 2-3 minutos);
Se deficiência de folato: Ácido fólico 5 mg/dia.
Tratamento da acidose metabólica: Bicarbonato de sódio em pó 500 mg/cápsula . Iniciar com dose de 2 cápsulas (1 g) 1x/dia. As doses habituais são de 1-3 g diários, dependendo do paciente. O objetivo é manter o HCO3 acima de 22 mEq/L.

Tratamento da hiperfosfatemia:

Carbonato de cálcio (geralmente disponível no SUS) (500-1.500 mg/comprimido) 1 comprimido VO 1-3x/dia, junto às refeições;
Sevelâmer (800 mg/comprimido) 800-1.600 mg VO de 8/8 horas (se hipercalcemia associada e somente em pacientes que estão em diálise).

Tratamento do hiperparatireoidismo secundário:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Calcitriol dose inicial de 0,25 microgramas por dia em dose única. A dose pode ser aumentada conforme os níveis de paratormônio (PTH), cálcio e fósforo;

Paricalcitol 5 microgramas/mL (cada ampola). Dose inicial de 1 ampola por sessão de diálise. A dose deve ser ajustada conforme os níveis de PTH, cálcio e fósforo;

Cinacalcete 30 mg por dia. Dose inicial. A dose deve ser ajustada conforme os níveis de PTH, cálcio e fósforo.

Tratamento de hipervolemia: Furosemida (geralmente disponível no SUS) 40 mg/comprimido ou 20 mg/2 mL) 40-160 mg/dia VO.

Dislipidemia: com exceção dos pacientes em diálise, todo paciente com mais de 50 anos deve receber Estatina; para aqueles com idade inferior a 50 anos, apenas se houver um fator de risco cardiovascular adicional, como DM.

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de progressão da doença;

Taxa de adesão ao tratamento.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Inter Suppl. 2013; 3(1):1-150.

Chen TK, Knicely DH, Grams ME. Chronic kidney disease diagnosis and management: a review. JAMA. 2019; 322(13):1294-1304.

Barrera-Chimal J, Lima-Posada I, Bakris GL, et al. Mineralocorticoid receptor antagonists in diabetic kidney disease - mechanistic and therapeutic effects. Nat Rev Nephrol. 2022; 18(1):56-70

Pitt B, Filippatos G, Agarwal R, et al. Cardiovascular events with finerenone in kidney disease and type 2 diabetes. N Engl J Med. 2021; 385(24):2252-2263.

Romagnani P, Remuzzi G, Glassock R, et al. Chronic kidney disease. Nat Rev Dis Primers. 2017; 3:17088.

Abboud H, Henrich WL. Clinical practice. Stage IV chronic kidney disease. N Engl J Med. 2010; 362(1):56-65.

Hruska KA, Teitelbaum SL. Renal osteodystrophy. N Engl J Med. 1995; 333(3):166-174.

Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th ed. New York: McGraw-Hill, 2012.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO				
TRANSTORNO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de disfunção erétil.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

IMC: Índice de Massa Corpórea.
DE: Disfunção Erétil.
IIFE: Índice internacional de disfunção erétil.
SAID: And Drive Scal.
SHIM: Sexual Health Inventory for Men.
VO: Via Oral.
DM: Diabetes Mellitus.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Condições médicas:

Doenças cardiovasculares;
Diabetes mellitus - DM;
Hipertensão;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Doenças hormonais (como hipogonadismo);
Distúrbios neurológicos (como esclerose múltipla ou doença de Parkinson);

Uso de medicamentos:

Medicamentos que podem causar disfunção erétil como efeitos colaterais, como antidepressivos, antihipertensivos, e alguns tratamentos hormonais.

Fatores psicológicos:

Ansiedade, depressão ou estresse que podem influenciar a função sexual.

Histórico de abuso de substâncias:

Uso excessivo de álcool ou drogas recreativas.

Exames laboratoriais:

Exames de sangue para avaliar níveis hormonais, glicose e perfil lipídico podem ajudar a excluir causas orgânicas.

Avaliação do histórico sexual:

Verificar se a disfunção ocorre em todas as situações ou apenas em algumas, o que pode indicar uma causa psicológica.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

A disfunção erétil é definida como a persistente falha em ter ou manter uma ereção com rigidez e duração suficientes para permitir uma relação sexual satisfatória. A prevalência do transtorno tende a ser alta na população geral e a aumentar com a idade, especialmente depois dos 50 anos. Uma série de estudos determinou que, entre 20-75 anos, a prevalência seria de 16%. Entre 20-30 anos, a prevalência foi de 8%, e, entre 70-75 anos, de 37%.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.2 Apresentação Clínica

Anamnese

Quadro clínico:

Incapacidade em conseguir ou manter ereções durante o ato sexual com duração mínima de 6 meses;

Ocorre na maioria das tentativas de relação (mais que 75% dos casos);

Estão comumente associados: Baixa autoestima, baixa autoconfiança, diminuição da sensação de masculinidade, humor deprimido, medo ou evitação de relações, diminuição da satisfação sexual e do desejo sexual no paciente e em sua(seu) parceira(o);

Consequências: Desconforto do paciente e parceiras(os) e problemas de fertilidade;

Classificação quanto ao início do quadro:

Primária: Forma rara, na qual o paciente sempre teve dificuldade em ter e manter a ereção;

Secundária: Manifestação mais comum, na qual o paciente começa a apresentar a disfunção em determinado momento, mas havia funcionamento normal antes;

Total: Não consegue ter ereções em nenhum momento e sob nenhuma circunstância;

Situacional: Quando a disfunção ocorre em apenas algumas situações, mas não em todas. Por exemplo, consegue manter a ereção ao se masturbar, mas não com sua(seu) parceira(o).

Curso e prognóstico:

As recaídas são comuns na maior parte dos casos. Entretanto, podem ser manejadas adequada e satisfatoriamente, em especial quando o paciente encara o quadro de forma natural.

Fatores de risco e de contribuição para o quadro:

Fatores temperamentais: Certos traços de personalidade, depressão, ansiedade (ex.: Ansiedade de performance) etc.;

Fatores socioculturais: Educação, religião etc.;

Idade;

Tabagismo;

Estresse;

Fadiga;

Consumo de álcool ou outras drogas;

Obesidade;

Dislipidemia;

Hipertensão;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Outras doenças cardiovasculares (grande correlação);
Sedentarismo;
Diabetes;
Outras doenças endócrinas (ex.: hipotireoidismo, deficiência de testosterona etc.);
Secundário a outras formas de disfunção sexual masculinas (ex.: transtorno do desejo hipoativo ou ejaculação precoce);
Problemas com os relacionamentos anteriores;
Andar de bicicleta (controverso);
Síndrome das pernas inquietas;
Apneia obstrutiva do sono;
Esclerodermia;
Doença de Peyronie;
Tratamento de câncer de próstata (braquiterapia e prostatectomia);
Uso de certas medicações (anti-hipertensivos, diuréticos tiazídicos, Espironolactona, Metildopa, Clonidina, antidepressivos, Cetoconazol e Cimetidina);
Alterações neurológicas (ex.: lesão medular, esclerose múltipla e demência);
Pornografia: Resultados dos estudos conflitantes (controverso);
Doença renal crônica.

Exame Físico

Sugere-se que o exame físico inclua:

Uma avaliação cuidadosa dos pulsos femorais e periféricos;
Procurar por placas penianas (indicativas de doença de Peyronie);
Avaliar se há alterações capilares, ginecomastia, diminuição dos testículos (sinais de hipogonadismo);
Avaliar o reflexo cremastérico, que é um indício de integridade do centro toracolombar da ereção;
Avaliar alterações do campo visual, que pode estar presente em homens hipogonádicos com tumores de hipófise;
Aferir pressão arterial e calcular o IMC.

8.3 Diagnóstico

O diagnóstico deve incluir, além do exame físico e dos exames complementares, uma anamnese, em que se avalie a libido, a reserva erétil, a presença de conflitos interpessoais, o início do problema, os fatores de risco (como medicações em uso) e as causas (tentar identificar

qual a condição subjacente ao quadro). É muito importante avaliar quando o problema começou e as situações em que ocorre. Informações do(a) companheiro(a) também podem ser úteis.

ACHADO	POSSÍVEL CAUSA
Início agudo	Psicogênica, trauma geniturinário
Ereção não sustentada	Ansiedade, vazamento venoso
Depressão ou uso de drogas	Depressão, drogas
Perda de ereção noturnas	Doença vascular ou neurológica

Tabela 70 – Achado e possíveis causas

O exame físico é importante para descartar outras causas orgânicas.

Escalas: Podem ser úteis o índice internacional de disfunção erétil (IIFE), disponível em português. Existem também, em inglês, o Sexual Arousal, Interest, and Drive Scale (SAID) e o Sexual Health Inventory for Men (SHIM).

Exames de rotina:

Glicemia de jejum ou hemoglobina glicada;
Hemograma completo;
Função renal;
Função hepática;
Função tireoidiana;
Perfil lipídico;
Testosterona sérica total (se baixa, solicitar prolactina também);
Teste noturno de tumescência peniana.

Testes laboratoriais para DE:

Avaliação do estado hormonal (testosterona total e frações, LH e FSH, prolactina, SHBG, hormônio estimulador da tireoide [TSH]);
Hemoglobina A1c, bioquímica, perfil lipídico;
Antígenos específicos da próstata (triagem para câncer de próstata);
Urina tipo 1.

Teste neurológico: Não costuma ser necessário, mas pode estar indicado em pacientes com história de comprometimento neurológico ou metabólico (ex.: nefropatia).

Exames avançados:

Testes de tumescência e rigidez peniana noturna: Quantificam número, tumescência e rigidez das ereções que o homem apresenta enquanto dorme. Deve ser realizado em, pelo

menos, duas noites separadas. São realizados quando se quer diferenciar uma causa orgânica ou psicogênica. Homens com disfunção erétil psicogênica apresentam o teste normal;

Teste de injeção intracavernosa: Fornece informação limitada em relação ao status vascular;

Doppler peniano: Estudo especificamente a patofisiologia hemodinâmica da função erétil. É utilizada quando se suspeita de uma causa vascular. Quando o teste é normal, não é necessária outra avaliação vascular;

Arteriografia pudenda: Deve ser realizada apenas em pacientes candidatos a revascularização.

Avaliação psicológica: É realizada avaliação psicológica sobre depressão, ansiedade, estados transitórios de alteração do humor, fatores do relacionamento, expectativas em relação ao ato sexual e performance, autoestima etc.

Critérios Diagnósticos Baseados no DSM-5:

Segundo o DSM-5, por, pelo menos, 6 meses, em 75-100% das relações, o paciente deve apresentar pelo menos um dos seguintes critérios: Dificuldade em ter uma ereção, redução da rigidez ou dificuldade de manter a ereção até o fim da relação;

Em consequência, o paciente passa a apresentar sofrimento importante;

O quadro não é mais explicado pelo uso de uma substância, problemas no relacionamento, estresse, transtorno mental ou doença clínica.

8.4 Diagnóstico Diferencial

Depressão;

Função erétil normal (em homens com excessivas expectativas);

Uso de substâncias ou medicações;

Outras causas clínicas: Doenças vasculares, lesões medulares;

Outros transtornos sexuais: Ejaculação precoce, transtorno do desejo sexual masculino hipoativo.

8.5 Comorbidades

Ejaculação precoce;

Transtorno do desejo sexual masculino hipoativo;

Transtornos de ansiedade;

Transtornos do humor (especialmente, transtorno depressivo);

Hipertrofia prostática;

Dislipidemia;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Doença cardiovascular;
Hipogonadismo;
Esclerose múltipla;
Diabetes;
Outras causas orgânicas.

8.6 Tratamento

Tratamento Farmacológico

Inibidores da PDE-5 (primeira linha): Escolha uma das seguintes opções:
Citrato de sildenafila (25, 50 ou 100 mg/comprimido) iniciar com 50 mg VO, em dose única, 1 hora antes da relação sexual, de preferência de estômago vazio. Dose: 25-100 mg;
Vardenafila (5, 10 ou 20 mg/comprimido) iniciar com 10 mg VO, em dose única, 30 minutos antes da relação sexual, de preferência de estômago vazio;
Tadalafila (5, 10 e 20 mg/comprimido) iniciar com 10 mg VO, em dose única, 30 minutos antes da relação sexual. Dose (sem ser uso contínuo): 5-20 mg/dia;
Em caso de uso contínuo: sugere-se 5 mg/dia, sempre no mesmo horário.

Tratamento Não Farmacológico

Mudança de estilo de vida: Evitar obesidade e sedentarismo.
Tratamento das comorbidades (especialmente dislipidemia).
Psicoterapia, caso estejam associados transtornos ansiosos ou do humor.
Em caso de falha de tratamento dos fármacos de primeira linha, é possível implementar alguns procedimentos de segunda linha, como: Dispositivos a vácuo, substâncias penianas autoinjetáveis, Alprostadil intrauretral.

Casos refratários aos tratamentos de primeira e segunda linhas: Implante cirúrgico de prótese peniana e (muito raramente) revascularização peniana. Sugere-se encaminhamento ao especialista.

Orientações ao Paciente

Alertar o paciente sobre a importância de respeitar a dosagem máxima diária de cada fármaco.

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de adesão ao tratamento.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Há circunstâncias nas quais o paciente precisa ser encaminhado a um especialista, que pode ser um psiquiatra (de preferência com formação em sexologia clínica) ou um urologista:

Casos refratários;
Quando há a indicação para a autoadministração de alguns fármacos, reposição hormonal ou uso de dispositivos a vácuo;
Quando há suspeita de indicação cirúrgica;
Casos de disfunção erétil primária, total e de longa duração.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatry Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L. Psicofármacos - Consulta Rápida. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

Cunningham GR, Rosen RC. Overview of male sexual dysfunction. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on January 29, 2024).

Khera M. Evaluation of male sexual dysfunction. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on January 29, 2024).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Gonzáles AI, Sties SW, Wittkopf PG, et al. Validação do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) para uso no Brasil. Arq Bras Cardiol. 2013; 101(2):176-82.

Khera M. Treatment of male sexual dysfunction. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on January 29, 2024).

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de Psiquiatria - Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11a ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
FIMOSE E PARAFIMOSE				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de fimose e parafimose.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão para fimose e parafimose incluem:

Fimose:

Anatomia Normal: Excluir casos onde o prepúcio pode ser retraído facilmente sem dor ou desconforto.

Infecções Atuais: Excluir condições que possam ser tratadas antes de considerar a cirurgia, como balanite ou infecções urinárias.

Doenças Dermatológicas: Descartar condições como líquen escleroso ou outras doenças que afetem a pele do pênis.

Idade: Em crianças, a fimose é comum e muitas vezes resolve-se naturalmente. Avaliar a necessidade de tratamento em crianças com menos de 3 anos.

Parafimose:

Retração Recente: Excluir casos em que a retração do prepúcio foi recente e não houve complicações.

Ausência de Sintomas: Não considerar intervenções em casos assintomáticos.

Anatomia Normal: Verificar se a condição não é resultado de anomalias anatômicas que possam ser tratadas de outra forma.

Condições Médicas: Descartar doenças que possam interferir no tratamento, como diabetes descontrolada ou problemas de coagulação.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAL

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Material para Fimose

Lâminas de Avaliação: Para examinar a gravidade da fimose e identificar qualquer inflamação ou infecção.

Corticoides Tópicos: Pomadas que podem ser usadas para reduzir a inflamação e facilitar a retração do prepúcio em casos leves.

Antissépticos: Para limpeza da área afetada antes de qualquer procedimento.

Instrumentos Cirúrgicos: Em casos que requerem cirurgia (como circuncisão), pode-se utilizar bisturis, tesouras, pinças e outros equipamentos cirúrgicos.

Anestésicos Locais: Para garantir o conforto do paciente durante qualquer procedimento cirúrgico.

Material para Parafimose

Lâminas de Avaliação: Para avaliar a gravidade da condição e a presença de complicações.

Lubrificantes: Para ajudar na redução da glande e facilitar a retração do prepúcio.

Compressas: Para aplicar pressão na glande e reduzir o inchaço.

Corticoides Tópicos: Para diminuir a inflamação em casos mais leves.

Instrumentos de Emergência: Em casos graves, pode ser necessário o uso de pinças ou outros instrumentos para descompressão ou intervenção cirúrgica.

Anestésicos: Para procedimentos que podem causar dor ou desconforto.

7. EPI

Luvas estéreis;

Máscaras;

Óculos de Proteção;

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

FIMOSE: Estreitamento anatômico do orifício prepucial que impede a exposição total ou parcial da glande. Refere-se à impossibilidade ou dificuldade de retração do prepúcio e exposição da glande

Congênita: Considerada fisiológica até 3-4 anos de idade;

Adquirida (patológica): Relacionada com higiene inadequada, balanopostite crônica, balanite xerótica obliterante, retração forçada do prepúcio, trauma peniano.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PARAFIMOSE: Retenção do prepúcio atrás do sulco coronal acompanhada de incapacidade de redução do prepúcio retraído sobre a glande em sua posição normal.

Após a formação do anel de constrição, segue-se um edema na glande em decorrência da congestão venosa e linfática.

Eventualmente, pode haver comprometimento do suprimento vascular arterial distal, prejudicando sequencialmente os fluxos bulbar e uretral e podendo evoluir tardiamente para necrose cutânea ou peniana.

8.2 Apresentação Clínica

FIMOSE

Anamnese

Em geral, os pais se queixam de não conseguir realizar a retração do prepúcio. Pode haver relato de abaulamento do prepúcio durante a micção, o que corresponde à coleta de urina entre a glande e o prepúcio, com posterior exteriorização;

Os pais podem se queixar da presença de abaulamentos na região prepucial, contendo coleções amareladas (cistos de retenção de esmegma) ou saída de massa esbranquiçada da região peniana (saída de esmegma) durante tentativa de exposição da glande;

Ainda podem ocorrer balanopostite, quadro infeccioso resultante de coleção de urina e secreções decorrentes da maior dificuldade de higienização peniana na presença da fimose;

Outras queixas possíveis em casos de complicações:

Edema e dor peniana;
Disúria;
Redução do fluxo urinário;
Dor à ereção;
Infecções urinárias de repetição.

Exame físico

Com a criança posicionada em decúbito dorsal, o examinador realiza movimentos delicados de retração prepucial com o uso dos dedos polegar e indicador de ambas as mãos. Os movimentos se realizam na direção da base peniana, na tentativa de expor a glande. Deve-se ter cuidado para não provocar o descolamento forçado do prepúcio. Em casos de não exposição total da glande, confirma-se o diagnóstico de fimose, sendo possível classificar seu grau;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A aderência balanoprepucial é uma situação fisiológica em que o prepúcio se encontra aderido à glande sem estreitamento do orifício prepucial. Trata-se de uma situação fisiológica que, em geral, resolve-se até 5-6 anos de idade. É o principal diagnóstico diferencial com a fimose.

PARAFIMOSE

Anamnese

Irritabilidade (na criança);
Dificuldade de urinar, sintomas obstrutivos em crianças e adolescentes;
Obstrução urinária aguda;
Edema e dor na glande;
Edema doloroso do prepúcio retraído;
Presença de banda de constrição do tecido proximal à glande no sulco coronal;
O comprometimento afeta apenas a glande, não havendo alterações no restante do pênis (o corpo do pênis parece flácido).

8.3 Fatores de Risco:

Fimose (congênita ou adquirida);
Procedimento geniturinário sem retração posterior do prepúcio sobre a glande: exame peniano, cateterização urinária, cistoscopia, cirurgia endourológica;
Atividade sexual vigorosa;
Automanipulação pela criança ou retração inapropriada do prepúcio pelo cuidador no momento da higiene;
Trauma peniano;
PIERCING PENIANO OU URETRAL.

8.4 Diagnóstico

FIMOSE

Diagnóstico essencialmente clínico com base no exame físico peniano.

Classificação da fimose:

Grau 0: Retração completa;
Grau 1: Retração completa, com estreitamento atrás da glande;Grau 2: Exposição parcial da glande limitada pelo prepúcio;
Grau 3: Retração prepucial parcial com exposição apenas do meato uretral;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Grau 4: Retração prepucial discreta, mas não há exposição nem da glande nem do meato uretral;
Grau 5: Nenhuma retração prepucial é possível.

PARAFIMOSE

Considerar diagnóstico realizado apenas por exame clínico;

Excluir sempre a presença de um corpo estranho (pelos, objeto metálico, banda de borracha, vestimenta, fio) garroteando o pênis;

Verificar evidência da banda/anel de constrição e alteração distal do pênis.

8.5 Diagnóstico Diferencial

FIMOSE

Aderência balanoprepucial;
Hipospadia;
Epispadia;
Pênis embutido ou incluso;
Micropênis;
Fusão penoescrotal.

PARAFIMOSE

Diagnóstico Diferencial
Balanopostite;
Urticária;
Fratura peniana;
Estado edematoso generalizado;
Angioedema;
Hematoma peniano;
Edema peniano idiopático.

8.6 Tratamento

FIMOSE

Tratamento Farmacológico

Corticosteroide tópico:

Dipropionato de betametasona creme (0,05%) uso tópico 2x/dia, durante 4-6 semanas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Valerato de betametasona creme ou pomada (0,1-0,2%) uso tópico 2x/dia, durante 4-6 semanas;
Mometasona pomada (0,05-0,1%) uso tópico 2x/dia, durante 4-6 semanas;
Triancinolona creme ou pomada (0,01-0,5%) uso tópico 2x/dia, durante 4-6 semanas;
Clobetasol creme (0,05%) tópico 2x/dia, durante 4-6 semanas;
Dexametasona creme (0,1%) uso tópico 2x/dia, durante 4-6 semanas;
Fluticasona creme (0,05%) uso tópico 2x/dia, durante 4-6 semanas;
Hidrocortisona pomada ou creme (0,2%) uso tópico 2x/dia, durante 4-6 semanas.

PARAFIMOSE

Tratamento farmacológico

Analgesia/anestesia:

Controle sintomático, bem como auxílio para manobras de redução;
Analgesia, incluindo opioides;
A anestesia pode ser local com Lidocaína gel ou bloqueio do nervo dorsal peniano associado a bloqueio em anel (sempre sem uso de Epinefrina);
Pode-se aplicar anestésico diretamente sobre o local de incisão;
Em crianças, o procedimento é realizado, na maioria das vezes, com sedação.

Métodos invasivos:

Técnica de punção;
Fenda dorsal (ver figura técnica de fenda dorsal;
Postectomia de emergência;
Técnica de aspiração;

Avaliação cirúrgica especializada:

Após redução bem-sucedida da parafimose: Realizar avaliação de postectomia eletiva;
Insucesso na redução e sinais de sofrimento isquêmico (coloração azulada ou preta da pele com endurecimento à palpação): Realizar avaliação de urgência.

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de resolução.
Taxa de reincidência da fimose.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Avaliar a necessidade de tratamento cirúrgico (definitivo) em todos os casos;

Com a retirada do anel fibrótico, o tratamento definitivo melhora a possibilidade de higiene local, diminuindo o risco de complicações como balanites, balanopostites e parafimose;

Habitualmente aguardam-se até 4-5 anos de idade para se realizar o procedimento cirúrgico, salvo em vigência de complicações;

O tratamento com corticoide tópico promove tão somente o relaxamento do anel, o que possibilita a exposição e a adequada higiene da glande;

A medicação tópica deve ser aplicada onde fica evidente o estreitamento do prepúcio. Após leve tração da pele, aplicar a medicação até a metade da haste peniana:

A partir do 7° dia, aumentar levemente a tração do pênis sem causar dor;

Sempre reposicionar o prepúcio sobre a glande após a aplicação da medicação.

O corticoide tópico deve ser aplicado 2x/dia, sendo uma destas à noite, antes de o paciente ir dormir.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Moreno G, Ramirez C, Corbalán J, et al. Topical corticosteroids for treating phimosis in boys. Cochrane Database Syst Rev. 2024; 1(1):CD008973.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Gabros S, Nessel TA, Zito PM. Topical corticosteroids. [Internet]. StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. (Accessed on February 17, 2024.)

Sridharan K, Sivaramakrishnan G. Topical corticosteroids for phimosis in children: a network meta-analysis of randomized clinical trials. Pediatr Surg Int. 2021; 37(8):1117-25.

Nguyen ATM, Holland AJA. Balanitis xerotica obliterans: an update for clinicians. Eur J Pediatr. 2020; 179(1):9-16.

Palmer LS, Palmer JS. A eficácia da betametasona tópica no tratamento da fimose: uma comparação de dois regimes de tratamento. Urologia. 2008; 72(1):68-71.

Verma S. Coital penile trauma with severe paraphimosis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2005; 19(1):134-5.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO				
UROLITÍASE				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer diagnóstico preciso estabelecendo diretrizes para a identificação dos tipos de cálculos e suas causas, definindo assim a melhor opção de tratamento incluindo medidas conservadoras, intervenções minimamente invasivas ou cirurgias, dependendo da gravidade e localização dos cálculos.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

EAS: Exame de Elementos Anormais do Sedimento;

VO: Via oral.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Cálculos Grandes: Pacientes com cálculos renais que excedem um certo tamanho (geralmente > 1 cm) que necessitem de intervenção cirúrgica imediata.
Obstrução Urinária: Presença de obstrução significativa que requer intervenção urgente, como uma ureterolitíase complicada.
Infecções Urinárias Ativas: Pacientes com infecções do trato urinário não tratadas ou infecções recorrentes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Doenças Renais Crônicas: Pacientes com doença renal em estágio terminal ou com função renal significativamente comprometida.

Condições Comorbidas: Presença de doenças graves, como cardiopatias, que podem contraindicar intervenções ou complicar o tratamento.

Uso de Anticoagulantes: Pacientes em tratamento anticoagulante que não podem ser suspensos, aumentando o risco de complicações.

Gestação: Mulheres grávidas, especialmente em estágios avançados, devido ao risco para a mãe e o feto.

Incapacidade de Seguir o Tratamento: Pacientes que não conseguem ou não estão dispostos a seguir o regime de tratamento ou acompanhamento proposto.

Falta de Consentimento: Pacientes que não fornecem consentimento informado para participar do protocolo.

Esses critérios ajudam a garantir a segurança do paciente e a eficácia do tratamento ambulatorial para a urolitíase.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Acúmulo de minerais duros, sólidos e não metálicos no trato urinário.

Alterações renais, urológicas, endócrinas e metabólicas podem levar ao desenvolvimento de material cristalizado no sistema urinário.

8.2 Fisiopatologia

Os cálculos renais ocorrem como resultado dos seguintes fatores:

Supersaturação de compostos formadores de cálculos na urina;

Presença de estímulos químicos ou físicos na urina que promovem a formação de cálculos;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Quantidade inadequada de compostos na urina que inibem a formação de cálculos (magnésio, citrato).

8.3 Fatores de Risco

Volume de urina geralmente baixo;
Alta excreção urinária de ácido úrico, de cálcio e de oxalato;
pH baixo da urina (o ácido úrico e a cistina são menos solúveis na urina ácida);
pH elevado da urina (a estruvita e o fosfato de cálcio são menos solúveis na urina alcalina);
Presença de corpo estranho;
Anormalidades anatômicas do trato urinário que causam estase urinária;
Dieta rica em proteínas de fontes animais, glicose ou sacarose aumenta o cálcio urinário e, em alguns casos, pode contribuir para a formação de cálculos. As vitaminas A e D podem contribuir para a urolitíase de cálcio quando tomadas em quantidades excessivas. O consumo de frutose também está associado a um risco aumentado de cálculos renais;
Infecção por microrganismos precursores de urolitíase. Os microrganismos que são mais associados à formação de cálculos (de estruvita) são os produtores de urease: Proteus, Providência, Klebsiella, Pseudomonas e enterococos. Observação! Cerca de 80% dos casos de litíase urinária associada a infecções ocorrem em meninos com alterações estruturais do aparelho urinário.

8.4 Apresentação Clínica

Anamnese

A história deve incluir a presença ou ausência de anormalidades do trato urinário, infecção do trato urinário, prematuridade, história familiar de cálculos renais, dieta cetogênica, má absorção, medicamentos associados à formação de cálculos, imobilização e excessos alimentares de cálcio, fósforo ou sódio.

A história alimentar é importante, pois vários itens dietéticos podem contribuir para a produção de cálculo renal, principalmente quando consumidos em excesso:

Oxalato: Produção de cálculo de oxalato de cálcio;
Purina: Produção de cálculo contendo ácido úrico e também associado a componentes de cálcio;
Dieta cetogênica: Aumenta risco de produção de cálculo de ácido úrico e de cálcio.
As manifestações clínicas estão relacionadas com os seguintes fatores:
Tamanho do cálculo (os maiores tendem a ser mais sintomáticos, embora alguns cálculos grandes produzam poucos sintomas);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Localização do cálculo;
Se gera obstrução de saída urinária;
Movimento do cálculo (como da pelve renal à bexiga);
Presença de infecção.
A apresentação clínica depende da idade e podem incluir os seguintes sintomas:

Dor em flanco ou abdome (a descrição clássica de dor lombar excruciante associada com a passagem de um cálculo, geralmente vista em adultos, não é tipicamente vista em crianças);
Hematúria macroscópica;
Disúria;
Urgência urinária;
Náuseas e vômitos;
Sintomas não específicos como irritabilidade são comuns em crianças muito novas (em bebês, a dor do cálculo pode ser facilmente confundida com cólicas e causas gastrointestinais de dor abdominal).

Exame Físico

Alguns fatores como idade, presença de dor, infecção e o processo subjacente que produz o cálculo, influenciam o exame físico.

A maioria apresenta exame físico normal, mas é possível verificar:

Hipertensão (pode estar presente quando há obstrução urinária ou dor);
Taquicardia em crianças com dor;
Sensibilidade do ângulo costovertebral;
Oxalose (retina salpicada);
Adolescentes com hiperparatireoidismo primário em quem os cálculos são a característica de apresentação (como na hipertensão associada à hipercalcemia);
Raquitismo;
Cálculos como parte da doença de Dent.
A avaliação da antropometria é fundamental para avaliação de quadros congênitos ou crônicos cursando com a urolitíase.

8.5 Diagnóstico

Exames laboratoriais:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Análise de urina e cultura: Incluindo proporção de cálcio, ácido úrico, oxalato, cistina, citrato e magnésio para a creatinina (spot urinário);

Coleta de urina de 24 horas: Para cálcio, fósforo, magnésio, oxalato, citrato de ácido úrico, cistina, proteína e depuração de creatinina, podem ser necessários;

EAS (urina tipo 1): Pode demonstrar presença de cristais de cistina, oxalato de cálcio, fosfato de cálcio, ácido úrico ou fosfato, colaborando para a avaliação clínica do paciente.

Spot urinário: Caso a urina de 24 horas não possa ser coletada, é aceitável a realização de um spot urinário. Porém, quando há alteração do spot urinário, é necessário a confirmação com a urina de 24 horas.

Valores de referência para o spot urinário de cálcio:

< 6 meses: < 0,8 mg/mg;

6 a 12 meses: < 0,6 mg/mg;

> 24 meses: < 0,2 mg/mg.

A avaliação da urina de 24 horas e/ou spot urinário deve ser realizada, preferencialmente, após a resolução do quadro agudo e de qualquer quadro de infecção urinária, além de uma dieta regular, para melhor avaliação.

Exames de imagem:

Ultrassonografia de vias urinárias: É muito eficaz para identificar cálculos no trato urinário e deve ser a primeira escolha nos casos de urolitíase pediátrica;

Tomografia computadorizada: Embora seja uma modalidade de imagem comumente usada em adultos, deve ser evitada na avaliação inicial da urolitíase pediátrica devido aos potenciais efeitos cumulativos da radiação. É indicada quando não há identificação de cálculo, porém com persistência dos sintomas ou em caso de complicações da urolitíase.

Exames de rotina:

Hemograma;
Urinálise;
Urina de 24 horas e/ou spot urinário (para cada um dos agentes causadores de cálculos);
Eletrólitos;
Ureia;
Creatinina;
Cálcio;
Fósforo;
Fosfatase alcalina;
Ácido úrico;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Proteína total;

Albumina;

PTH;

Níveis de metabólitos de vitamina D.

8.6 Diagnóstico Diferencial

Hematúria;

Síndrome hemolítico-urêmica;

Febre hemorrágica com síndrome de insuficiência renal;

Síndrome de Munchausen por procuração;

Nefropatia pediátrica de IgA;

Nefrites;

Pielonefrite;

Infecção do trato urinário;

Doença renal policística;

Necrose cortical renal;

Cálculo de ácido úrico;

Xantinúria.

8.7 Tratamento

Orientações ao Prescritor

O tratamento é voltado para controle de situações que predisponham à formação de cálculos urinários e deve ser orientado de acordo com a investigação laboratorial de doenças metabólicas;
Os pacientes devem ser orientados, preferencialmente por nutricionista, a realizar dieta adequada para o tipo de cálculos;
Orientar sobre o uso adequado de hidratação oral, dependendo da faixa etária:
Lactentes: ≥ 750 mL;

< 5 anos de idade: ≥ 1.000 mL;

5 a 10 anos de idade: ≥ 1.500 mL;

> 10 anos de idade: ≥ 2.000 mL.

Tratamento Farmacológico

Agentes alcalinizantes: Escolher uma das opções a seguir:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Citrato de potássio (5 mEq/comprimido) ofertar misturado com groselha na dose de 0,5-1,0 mEq/kg/dia em 2 a 3 tomadas, procurando manter o pH urinário em torno de 6,5 a 7,0;
D-penicilamina (250 mg/cápsula) 20-50 mg/kg/dia divididos em 4 doses diárias (no caso da cistinúria, o pH deve permanecer entre 7,5-8,0, podendo ser necessário utilizar essa medicação para auxiliar no processo de alcalinização da urina).

Diurético tiazídicos: Hidroclorotiazida (25 mg/comprimido):

< 6 meses: 1-2 mg/kg/dia VO de 12/12 horas. Não exceder 37,5 mg/dia;

6 meses a 2 anos: 1-2 mg/kg/dia VO de 24/24 horas ou 12/12 horas. Não exceder 37,5 mg/dia;

2 a 12 anos: 1-2 mg/kg/dia. Não exceder 100 mg/dia.

Inibidores de Xantina oxidase: Alopurinol (100 mg/comprimido): 10 mg/kg/dia VO de 12/12 horas. Não exceder 400 mg/dia (casos com produção endógena de ácido úrico).

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de recorrência.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bergsland KJ, Coe FL, White MD, et al. Urine risk factors in children with calcium kidney stones and their siblings. Kidney Int. 2012; 81(11):1140-1148.

Pong YH, Huang WY, Lu YC, et al. Temporal trend of newly diagnosed incidence, medical utilization, and costs for pediatric urolithiasis, 1998-2007: a nationwide population-based study in Taiwan. Urology. 2015; 85(1):216-220.

Saitz TR, Mongoue-Tchokote S, Sharadin C, et al. 24 Hour urine metabolic differences between solitary and multiple stone formers: Results of the Collaboration on Urolithiasis in Pediatrics (CUP) working group. J Pediatr Urol. 2017; 13(5):506.e1-506.e5.

Smith J, Stapleton FB. Kidney stones in children: acute management. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on August 19, 2022).

Smith J, Stapleton FB. Kidney stones in children: clinical features and diagnosis. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on August 19, 2022).

Smith J, Stapleton FB. Kidney stones in children: epidemiology and risk factors. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on August 19, 2022).

Smith J, Stapleton FB. Kidney stones in children: prevention of recurrent stones. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on August 19, 2022).

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO				
PROLAPSO RETAL				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de prolapso retal.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

VO: Via Oral.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Ausência de Sintomas Típicos:

Pacientes sem relatos de protrusão do reto durante a evacuação ou esforço.

Exame Físico Normal:

Exame físico que não revela sinais de prolapso retal ou anormalidades associadas.

Causas Secundárias:

Exclusão de condições que podem mimetizar o prolapso, como hemorroidas, fissuras anais ou abscessos.

Idade:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Geralmente menos comum em indivíduos jovens sem condições predisponentes.

Condições Neurológicas ou Musculares:

Ausência de distúrbios neurológicos ou musculares que possam contribuir para o prolapso, como doenças neuromusculares ou lesões na medula espinhal.

História Familiar:

Ausência de histórico familiar significativo de prolapso retal.

Estilo de Vida:

Pacientes sem fatores de risco, como constipação crônica, diarreia ou hábitos alimentares inadequados.

Uso de Medicamentos:

Avaliação de medicamentos que possam afetar a função intestinal e contribuir para a condição.

Esses critérios ajudam a assegurar um diagnóstico correto de prolapso retal e a descartar outras condições que podem apresentar sintomas semelhantes.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Prolapso ou procidência retal é uma desordem benigna do assoalho pélvico definida pela extrusão parcial ou total da parede retal pelo ânus. É um distúrbio debilitante, que diminui significativamente a qualidade de vida dos pacientes afetados.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Classificação:

Prolapso total do reto/procidência retal : Protrusão de todas as camadas do reto através do ânus (anéis concêntricos da mucosa retal);
Prolapso parcial/mucoso: Prolapso apenas da mucosa retal;
Prolapso oculto/intussuscepção: Invaginação que não se exterioriza.

8.2 Apresentação Clínica

Quadro Clínico:

Quadro de exteriorização do reto através do ânus, podendo ocorrer espontaneamente ou aos esforços;
Pode haver necessidade de manobra manual para redução do prolapso;

Sintomas associados envolvem:

Incontinência fecal (50-75% dos casos);
Constipação (25-50% dos casos, podendo haver evacuação obstruída ou sensação de evacuação incompleta, inclusive nos casos de prolapso oculto);
Sangramento retal, principalmente após defecação;
Tenesmo;
Eliminação de muco via retal.
Dor não é uma queixa típica (deve alertar para diagnósticos diferenciais);

Avaliar condições associadas: Incontinência urinária, prolapso uterino/vaginal, retocele e cistocele.

Exame físico:

Inspeção anal: Em repouso e dinâmica (com manobra de Valsava) - observa-se a extrusão do reto, que deve ser reduzida manualmente a seguir;
Caso não seja possível identificar o prolapso na posição de Sims, deve-se examinar o períneo com o paciente sentado ou de cócoras e realizando esforço evacuatório;
Toque retal: Identifica o tônus esfincteriano, que em geral é reduzido, presença de massas ou nodulações no reto, presença de retocele;
Avaliar o intróito vaginal para diagnóstico de outras disfunções do assoalho pélvico (cistocele, prolapso vaginal ou uterino);
Anuscopia/retoscopia: Avalia a mucosa do reto e canal anal. Em 10-15% dos casos, pode-se identificar uma úlcera retal anterior solitária.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.3 Fatores de Risco

Idade > 40 anos;
Sexo feminino;
Parto vaginal e multiparidade;
Cirurgia pélvica prévia;
Esforço evacuatório crônico;
Diarreia crônica;
Constipação crônica;
Fibrose cística;
Demência;
Acidente vascular encefálico;
Disfunções e defeitos do assoalho pélvico (ex.: cistocele, retocele, descenso perineal, contração paradoxal do puborretal).

8.4 Diagnóstico

O diagnóstico do prolapso retal é eminentemente clínico através da observação da protrusão retal no exame físico;

Há associação do prolapso retal com outras anormalidades do assoalho pélvico, principalmente em mulheres. Desordens concomitantes devem ser investigadas com exames complementares para a escolha do melhor manejo cirúrgico.

Exames Complementares:

Indicados para avaliação complementar em pacientes com prolapso não visível no exame físico, ou sintomas sugestivos de distúrbios adicionais do assoalho pélvico.

Colonoscopia: Para descartar outras patologias do cólon.
Ressonância Magnética: Em casos complexos ou para avaliação de tecidos adjacentes.
Estudo de Função Intestinal: Avaliar a motilidade e o funcionamento do reto.

8.5 Diagnóstico Diferencial

Hemorroidas internas prolapsadas;
Prolapso retal oculto (intussuscepção);
Prolapso mucoso retal;
Úlcera retal solitária.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.6 Tratamento

Tratamento Conservador

Mudanças Dietéticas: Incentivar uma dieta rica em fibras e hidratação adequada para prevenir constipação.

Treinamento do Esfíncter Anal: Exercícios para fortalecer a musculatura.

Tratamento Farmacológico

Laxantes:

Polietilenoglicol (MiraLAX): 17 g por dia, dissolvido em água, para amolecer fezes.

Docusato sódico: 100-200 mg por dia, para amaciar fezes.

Antiinflamatórios (se houver dor ou inflamação):

Ibuprofeno: 400-600 mg VO a cada 6-8 horas, conforme necessário.

Suplementos de fibra:

Psyllium**:** 1-2 colheres de sopa diariamente, misturado em água.

Tratamento Cirúrgico

Para casos que não respondem ao tratamento conservador ou em presença de complicações.

Técnicas Cirúrgicas:

Retopexia: Fixação do reto na pelve.

Ressecção Retal: Em casos de prolapso total ou com tecido comprometido.

Técnicas Minimais: Como a laparoscopia, se indicado.

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de tratamento eficaz.

Taxa de diagnóstico precoce.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O tratamento do prolapso retal, em geral, é cirúrgico, porém alguns dos sintomas podem ser aliviados com medidas clínicas, como dor, incontinência fecal e constipação.

Nos casos de encarceramento do prolapso, deve ser tentada a redução manual para posteriormente programar tratamento cirúrgico eletivo. A colocação de açúcar de mesa pode auxiliar na redução, por reduzir o edema na mucosa.

Complicações:

Encarceramento do prolapso retal - quando não há redução do prolapso, podendo evoluir para isquemia do reto exteriorizado;
Hemorragia digestiva baixa;
Recorrência pós-cirúrgica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bordeianou L, Paquette I, Johnson E, et al. Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Rectal Prolapse. Dis Colon Rectum. 2017; 60(11):1121-1131.

Hori T, Yasukawa D, Machimoto T, et al. Surgical options for full-thickness rectal prolapse: current status and institutional choice. Ann Gastroenterol. 2018; 31(12):188-197.

FeltBersma RJ, Tiersma ES, Cuesta MA. Rectal prolapse, rectal intussusception, rectocele, solitary rectal ulcer syndrome, and enterocele. Gastroenterol Clin North Am. 2008; 37(3):645-668.

Tou S, Brown SR, Malik AI, et al. Surgery for complete rectal prolapse in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2008; (4):CD001758.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Stein EA, Stein DE. Rectal procidentia: diagnosis and management. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2006; 16(1):189-201.

Kairaluoma MV, Kellokumpu IH. Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse. Scand J Surg. 2005; 94(3):207-210.

Fan K, Cao AM, Barto W, et al. Perineal stapled prolapse resection for external rectal prolapse: a systematic review and meta-analysis. Colorectal Dis. 2020; 22(12):1850-1861.

Formisano G, Ferraro L, Salaj A, et al. Update on Robotic Rectal Prolapse Treatment. J Pers Med. 2021; 11(8):706.

and What Bothers Women Most. Dis Colon Rectum. 2021; 64(5):609-616.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
DOENÇAS HEMORROIDÁRIAS				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo das doenças hemorroidárias.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

AINEs: Anti-inflamatórios não esteroides.

VO: Via Oral.

THD: Desarterialização hemorroidária transanal.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Sintomas Não Específicos:

Ausência de sintomas clássicos (sangramento retal, dor anal, prurido).

Idade:

Pacientes muito jovens (geralmente abaixo de 20 anos), a menos que haja fatores de risco.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Exame Clínico Normal:

Resultado normal na avaliação clínica (exame físico e anuscopia).

Condições Comórbidas:

Presença de outras condições que possam causar sangramento retal, como doenças inflamatórias intestinais, câncer colorretal ou fissuras anais.

História Familiar:

Ausência de histórico familiar de doenças que predisponham a problemas anais ou intestinais.

Exames Complementares:

Resultados normais em exames como colonoscopia ou outras investigações que descartem outras causas.

Fatores de Risco:

Ausência de fatores predisponentes, como obesidade, sedentarismo ou dieta inadequada.

Esses critérios ajudam a assegurar que o diagnóstico de hemorróidas seja correto e que outras condições mais graves sejam investigadas adequadamente.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Hemorroidas são coxins compostos por tecido conjuntivo, fibras musculares e plexos arteriovenosos. A dilatação de coxins vasculares da submucosa do canal anal, que pode causar sintomas como sangramento, prurido, prolapso e dor anal.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Os coxins vasculares auxiliam na continência fecal ao se ingurgitarem diante de um esforço, contribuindo com o fechamento do canal anal.

As hemorroidas podem ser externas ou internas, dependendo da localização em relação à linha pectínea, sendo frequente a associação dos dois tipos (hemorroidas mistas).

Anatomicamente os principais coxins localizam-se nas regiões lateral esquerda, anterior direita e posterior direita.

8.2 Causas

Deterioração do tecido conjuntivo de suporte dos coxins;
Hipertonia do esfíncter anal interno, dificultando o retorno venoso;
Distensão anormal das anastomoses arteriovenosas nos coxins hemorroidários;
Dilatação atípica do plexo venoso hemorroidário;
Aumento do suprimento vascular e neovascularização no canal anal.

8.3 Fatores de Risco

Idade avançada;
Gestação;
Esforço evacuatório;
Diarreia crônica;
Passar longos períodos sentado;
História familiar;
Disfunções do assoalho pélvico;
Lesão da medula espinal;
Tosse crônica.

8.4 Apresentação Clínica

Sintomas comuns:

Sangramento anal vermelho vivo, separado das fezes;
Dor anal (principalmente nos casos de trombose hemorroidária);
Abaulamento, edema e prolapso na região anal;
Prurido ou umidade perianal;
Dificuldade de higiene perianal;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Queixa de sensação de defecação incompleta (quando há prolapso interno) ou de massa ou "caroço" (quando há prolapso completo/externo).

8.5 Exame Físico

Avaliar:

Tipo de sangramento (volume, coloração, recorrências): na doença hemorroidária, o sangramento é indolor, vermelho vivo e, muitas vezes, gotejante, observado no vaso ou no papel higiênico;
Hábitos intestinais: consistência das fezes, facilidade e frequência de evacuação, e tempo gasto nessa ação;
Necessidade de redução manual do prolapso;
Continência fecal: pode afetar as decisões terapêuticas;
Hábitos alimentares;
História pessoal e familiar de neoplasias e/ou pólipos colônicos;
Sintomas como febre, perda ponderal, tenesmo, diarreia e dor abdominal não são compatíveis com o diagnóstico de doença hemorroidária e requerem investigação complementar.

Hemorroidas internas:

Recobertas por mucosa, com localização proximal à linha pectínea;
Podem causar sangramento anal vermelho vivo, indolor;
Prolapso redutível espontaneamente ou com necessidade de redução manual;
Umidade e prurido na região anal devido à exteriorização da mucosa;
Dor anal raramente ocorre, apenas em casos de pseudoestrangulamento hemorroidário (se for o principal sintoma, suspeitar de outro diagnóstico; ex.: fissura anal).

Hemorroidas externas:

Recobertas por anoderma (pele), com localização distal à linha pectínea;
Sintomas de abaulamento anal que pode aumentar de tamanho durante o esforço evacuatório. Em geral, não sangram, exceto em casos em que haja ulceração da pele e drenagem espontânea de uma trombose hemorroidária;
Comum: trombose hemorroidária caracteriza-se como quadro agudo de abaulamento arroxeado perianal, doloroso.

Deve ser sempre realizado nos casos de queixas perianais. A posição de Sims (paciente em decúbito lateral esquerdo) é a mais comum para a avaliação dessa região.

Inspeção anal:

Observar a região perianal afastando os glúteos do paciente. Solicitar que o paciente faça esforço evacuatório para a inspeção dinâmica;

Identifica casos de trombose hemorroidária externa (nódulo firme, arroxeado, doloroso à palpação);

Caracterização de hemorroidas externas, plicomas e hemorroidas internas prolapsadas;

Importante para diagnóstico diferencial - excluir sinais de abscesso perianal (sinais flogísticos, enduramento), fissuras anais e fístulas perianais, condilomas, dermatites, etc.

Toque retal:

Deve ser sempre realizado para exclusão de massas retais, flutuações (sinal de abscesso) e caracterização do tônus esfincteriano;

Em geral, não diagnostica as hemorroidas internas, que serão observadas na anuscopia ou na inspeção anal, caso haja prolapso.

Anuscopia:

Idealmente realizada por coloproctologista em consultório, por meio de aparelho (anuscópio ou retossigmoidoscópio) e fonte de luz;

É rápida, barata e relativamente indolor. Não requer preparo intestinal;

Avaliação do canal anal com identificação de hemorroidas internas, fissuras anais, entre outras doenças.

8.6 Diagnóstico

O diagnóstico é essencialmente clínico, mediante anamnese e exame físico.

Apesar de a doença hemorroidária ser a causa mais comum de sangramento anal vermelho vivo, outras doenças podem causar esse sintoma, como: Câncer colorretal, doença inflamatória intestinal e outras colites, doença diverticular e angiodisplasias do cólon.

Exames complementares podem auxiliar na melhor classificação do quadro e na exclusão de possíveis diagnósticos diferenciais.

Exames complementares:

Colonoscopia:

Todo paciente que apresenta sangramento retal deve sempre realizar avaliação completa do cólon;

Pacientes jovens com sangramento típico que respondem ao tratamento e sem história familiar de câncer de cólon não requerem investigação adicional;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Indicações de colonoscopia:

Pacientes com mais de 45 anos que não realizaram exame do cólon nos últimos 10 anos;

Pacientes com mais de 40 anos de idade ou 10 anos mais jovem que um familiar de primeiro grau com história de câncer colorretal ou diagnóstico de adenoma avançado antes dos 60 anos;

Pacientes com mais de 40 anos de idade ou 10 anos mais jovem que dois familiares de primeiro grau com história positiva para câncer colorretal ou diagnóstico de adenoma avançado em qualquer idade;

Resultado positivo de teste imunoquímico de sangue oculto nas fezes (FIT, do inglês fecal immunochemical test).

Exames laboratoriais:

Devem ser solicitados em casos de suspeita de anemia ou deficiência de ferro. Não são recomendados rotineiramente.

8.7 Diagóstico Diferencial

Prolapso total do reto;
Papilas anais hipertróficas (podem se exteriorizar pela borda anal);
Condilomas;
Pólipos anais;
Plicomas;
Abscessos anorretais;
Fissura anal;
Fístulas anais;
Doenças inflamatórias intestinais;
Câncer anal e do cólon;
Disfunções do assoalho pélvico (proctalgia fugaz, dor anal funcional).

8.8 Tratamento

Tratemento Farmacológico

Fibras alimentares:

Plantago ovata (Metamucil®, Fibermais®, Muvinlax®, Plantabem® FiberNorm®) 1-3 sachês/dia, diluídos em 200 mL de água.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Laxativos: Constipação intestinal refratária ao uso de fibras. Escolha uma das seguintes opções:

Osmóticos (Muvinlax®) 1-3 sachês/dia;
Polietilenoglicol [PEG] 4000 10-30 g/dia, diluídos em água;
Óleo mineral (100 mL/frasco) 15 mL VO a cada 8 horas;
Lactulose (667 mg/120 mL) 15 mL VO a cada 8 horas.

Tratamento tópico: Escolha uma das seguintes opções:

Policresuleno + cloridrato de cinchocaína (pomada) aplicar fina camada na região afetada 2-3x/dia até melhora dos sintomas. Também disponível em supositórios;
Fluocortolona + lidocaína (creme) aplicar fina camada na região afetada 2-3x/dia, por, no máximo, 2 semanas;
Hidrocortisona (creme) (10 mg/g) aplicar fina camada na região afetada 2-3x/dia, por, no máximo, 2 semanas;
Lidocaí-na (gel) (20 mg/g) aplicar fina camada na região afetada 2-3x/dia, até melhora dos sintomas.

Flebotônicos: Reduzem sintomas da doença hemorroidária. Escolha uma das seguintes opções:

Diosmina + hesperidina (500 mg/comprimido) tomar 6 comprimidos/dia nos primeiros 4 dias, seguidos de 4 comprimidos/dia por 3 dias, e, em seguida, 2 comprimidos/dia por 3 meses ou por período a definir;
Diosmina + hesperidina (1 g/comprimido) tomar 3 comprimidos/dia por 4 dias, seguidos de 2 comprimidos/dia por 3 dias, e, em seguida, 1 comprimido/dia por 3 meses ou período a definir.

Tratamento Profiláticos e Sintomáticos

Analgésico e antitérmico: Em caso de dor ou febre ≥ 37,8°C. Escolha uma das seguintes opções:

Dipirona sódica (500 mg/mL) 1-2 g EV até de 4/4 horas (dose máxima: 5 g em 24 horas);
Dipirona sódica gotas (500 mg/mL) 20-40 gotas VO até de 4/4 horas;
Dipirona sódica 500-1.000 mg VO até 4/4 horas;
Paracetamol gotas (200 mg/mL) 35-55 gotas VO até de 6/6 horas;
Paracetamol 500-750 mg VO até de 6/6 horas.

Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs): Se houver sintomas de dor importante. Utilizar por 3-5 dias, podendo associar a analgésico. Escolha uma das seguintes opções:

Cetoprofeno (100 mg/comprimido) 100 mg VO a cada 12 horas;
Diclofenaco (50 mg/comprimido) 50 mg VO até de 8/8 horas;
Etodolaco (400 mg/comprimido) 400 mg VO a cada 12 horas;
Ibuprofeno (400 mg/comprimido) 400 mg VO até de 8/8 horas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Tratamento não farmacológico

Banhos de assento: Orientar o paciente a sentar-se em bacia com água morna, permanecendo por 10-15 minutos, 2-3x/dia (podendo realizar mais vezes ao dia):

Não é necessário utilizar medicamentos nos banhos de assento, visto que o calor úmido é o agente terapêutico;
Se desejar, o paciente pode utilizar chá de camomila.

Orientações ao paciente:

Alimentação rica em fibras (20-30 g de fibras/dia): Frutas, verduras, grãos integrais;
Aumento da ingesta hídrica diária (cerca de 2 L/dia);
Redução do consumo de alimentos gordurosos;
Evitar alimentos condimentados, pimenta, chocolate e frituras;
Evitar esforço evacuatório, assim como ficar longos períodos sentado no vaso sanitário;
Evitar uso de papel higiênico, preferir lavar com sabonete neutro (pode ser utilizado Proctoderm®) ou utilizar lenços umedecidos;
Atividades físicas regulares.

Outros Tipos de Tratamento

Ligadura elástica: Consiste na aplicação de um elástico no ápice da hemorroida interna, por meio de pinça específica e anuscópio. Essa ligadura resulta em isquemia e necrose da mucosa, seguidas de cicatriz e fixação da mesma no canal anal. Realizada ambulatorialmente, não requer anestesia, **p**odem ser colocados 1 a 3 elásticos no mesmo procedimento. Podem ser necessárias mais sessões, com intervalos de 3 a 4 semanas;

Escleroterapia: Injeção de agente esclerosante (ex.: fenol em óleo vegetal) na submucosa do ápice da hemorroida interna, mediante agulha injetora e auxílio de anuscópico. Pode ser realizada sem anestesia. Deve ser a preferência para pacientes anticoagulados ou em uso de antiagregantes plaquetários, pacientes com hipertensão portal e em imunossuprimidos (risco mínimo de sangramento e infecções).

Fotocoagulação infravermelha: Aplicação direta de laser infravermelho diretamente no tecido hemorroidário interno, promovendo a necrose e a fibrose do tecido;

Tratamento Cirúrgico: Tratamentos clínicos que falharam ou pacientes que apresentam sintomas recorrentes e persistentes apesar dos tratamentos ambulatoriais. Hemorroidas externas volumosas ou mistas sintomáticas;

Hemorroidopexia com grampeador circular: Técnica que utiliza um grampeador circular que extirpa um anel circunferencial de hemorroidas internas acima da linha pectínea. Não trata as hemorroidas externas, menos dor e recuperação mais rápida em relação à hemorroidectomia, mas com maior recorrência;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Desarterialização hemorroidária transanal (THD): Utiliza aparelho de doppler para ligação do influxo arterial às hemorroidas, pode associar procedimento para correção do prolapso;

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de tratamento eficaz.

Taxa de diagnóstico precoce.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Complicações:

Embora raras, complicações como trombose hemorróida, infecções e anemia podem ocorrer.

Importância da Avaliação Médica:

É fundamental consultar um médico ao apresentar sintomas, especialmente para descartar condições mais graves como câncer colorretal.

Essas considerações ajudam a entender a natureza da doença hemorróida e a importância de um manejo adequado.

13. ANEXO

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lawrence A, McLaren ER. External hemorrhoid. [Internet]. StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. (Accessed on January 31, 2024).

Bladey R, Breen E. Home and office treatment of symptomatic hemorrhoids. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on January 31, 2024).

Bladey R, Breen E. Hemorrhoids: clinical manifestations and diagnosis. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc.(Accessed on January 31, 2024).

Fontem RF, Eyvazzadeh D. Internal Hemorrhoid. [Internet]. StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. (Accessed on January 31, 2024).

Steele SR, Hull TL, Hyman N, et al. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. 4th ed. Berlim: Springer, 2021. 209-29.

Pata F, Sgró A, Ferrara F, et al. Anatomy, physiology and pathophysiology of haemorrhoids. Rev Recent Clin Trials. 2021; 16(1):75-80.

Sun Z, Migaly J. Review of hemorrhoid disease: presentation and management. Clin Colon Rectal Surg. 2016; 29:(1)22-9.

Ganz RA. The Evaluation and treatment of hemorrhoids: a guide for the gastroenterologist. Clin Gastroent Hepatol. 2013; 11(6):593-603.

Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010). Dis Colon Rectum. 2011; 54(9):1059-64.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
VITILIGO				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de vitiligo.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

VO: Via Oral

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão para o diagnóstico de vitiligo geralmente incluem:

História Familiar de Doenças Autoimunes: Condições como lúpus ou tireoidite autoimune podem ser consideradas.

Doenças Dermatológicas Associadas: Excluir outras condições que causem hipopigmentação, como leucodermia, pitiríase alba ou dermatite.

Trauma ou Lesões: Marcas de trauma na pele ou queimaduras que possam ter causado a perda de pigmentação.

Uso de Medicamentos: Alguns fármacos podem causar alterações na pigmentação da pele.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Infecções: Excluir infecções que possam provocar alterações cutâneas.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Doença crônica adquirida despigmentante da pele.

Destruição dos melanócitos provocando a sua diminuição progressiva até a sua ausência na epiderme.

Pode ser desencadeado por fatores genéticos ou não genéticos.

As principais teorias/hipóteses para o vitiligo não segmentar são:

Mecanismo citotóxico;
Mecanismo autoimune (parece ser o principal mecanismo);
Defeito intrínseco dos melanócitos;
Mecanismo neural;
Mecanismo oxidante-antioxidante.

O mesmo mecanismo causal pode não se aplicar para todos os casos e diferentes mecanismos patogênicos podem ocorrer em conjunto (mecanismo combinado.

No vitiligo não segmentar há:

Ativação do sistema imune inato;
Ativação de inflamassomos;
Estresse oxidativo;
Perda de adesão dos melanócitos;
Destruição imunomediada de melanócitos;
Aumento de células T citotóxicas específicas contra melanócitos;
Diminuição de células T regulatórias.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.2 Quadro Clínico

Manchas brancas ou despigmentadas assintomáticas, melhor descritas em "Exame Físico";

Podem estar localizadas em qualquer parte do corpo, mas com predileção pela face e áreas ao redor dos orifícios (principalmente periocular e perioral), dorso das mãos e pés, dedos, regiões intertriginosas, joelhos, cotovelos, genitais. Também pode acometer antebraços e pernas (face extensora ou flexora), pescoço, couro cabeludo, tronco etc.;

Costumam ocorrer ciclos intermitentes de despigmentação e de estabilização;

Pode haver história de trauma, pressão crônica ou fricção previamente no local da mancha (fenômeno de Koebner) (p. ex.: quadril, joelho, tornozelo, perioral, área da barba e ponta dos dedos);

Além do trauma, queimaduras solares graves, gravidez e/ou estresse emocional podem preceder o início da doença;

O vitiligo também pode predispor para queimadura solar;

Sintomas sistêmicos podem ocorrer, como: surdez neurossensorial, uveíte, tireoidite;

As principais formas de apresentação são:

Segmentar: Pode ter aspecto linear, em folha, em bloco ou tipo tabuleiro de xadrez. Não costuma cruzar a linha média. Ocorre tipicamente em um padrão dermatomal ou quase-dermatomal, mais frequentemente ao longo da distribuição do nervo trigêmeo. Normalmente atinge um ou poucos dermátomos, mas podem ser múltiplos. Rápido início (poucos dias ou semanas), envolvimento folicular precoce e estabiliza em um a dois anos;

Não segmentar: Forma mais comum (85-90% dos casos), evolução crônica com chance contínua de progressão;

Focal: Área pequena e isolada de vitiligo. Pode progredir em metade dos casos para vitiligo não segmentar até dois anos depois do seu início;

Observação: Segmentar e não segmentar podem ocorrer ao mesmo tempo em um mesmo indivíduo.

Variantes clínicas raras ou indeterminadas como:

Vitiligo marginal inflamatória: Borda eritematosa delimitada com prurido e descamação;

Vitiligo tricrômico: Variação de cor gradual observada ao redor da lesão de vitiligo em área de pele bronzeada;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Vitiligo pontuado: Máculas puntiformes;

Vitiligo menor ou hipocrômico: Perda incompleta da pigmentação, mais comum na pele negra;

Vitiligo folicular: Despigmentação do pelo antes da cutânea.

A repigmentação pode assumir diversas formas: Perifolicular, difusa, periférica/marginal. As duas últimas são mais comuns em áreas sem pelos (acral e mucosa);

Vitiligo é considerado estável se ausência de novas lesões ou não houver aumento de lesões antigas;

Indicadores de instabilidade são:

Fenômeno de Koebner;
Máculas tricrômicas;
Despigmentação perifolicular em confete.

Vitiligo não segmentar pode ocorrer associado a outras doenças, principalmente as autoimunes:

Tireoidite de Hashimoto (mais frequente);
Doença de Graves;
Síndrome de poliendocrinopatia autoimune tipo 1;
Alopecia areata;
Doença inflamatória intestinal;
Anemia perniciosa;
Diabetes tipo 1;
Doença de Addison;
Artrite reumatoide;
Psoríase;
Lúpus eritematoso;
Dermatomiosite;
Escleroderma sistêmico;
Síndrome de Sjogren;
Esclerose múltipla.

8.3 Diagnósstico

O diagnóstico é eminentemente clínico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A histopatologia pode evidenciar ausência ou diminuição de melanócitos na camada basal e perda completa da pigmentação epidérmica, confirmada pela coloração de Fontana Masson. Infiltrado linfocítico perilesional pode ser observado.

Não segmentar:

Acrofacial (face, cabeça, mãos e pés);
Mucoso (mais de uma mucosa acometida);
Generalizado (extenso);
Universal (80-90% da superfície corporal atingida);
Focal (máculas localizadas pequenas).

Segmentar:

Uni, bi ou plurissegmentar (distribuição unilateral e assimétrica).
Misto;

Indeterminado:

Multifocal assimétrico;
Mucoso (apenas uma mucosa acometida).

Variantes raras:

Vitiligo menor ou hipocrômico (despigmentação incompleta, mais comum na pele negra);
Vitiligo folicular.

8.4 Tratamento

Tratamento Farmacológico

Esquema A: Corticoide tópico (para vitiligo segmentar ou localizado e naqueles em atividade ou combinado à fototerapia no generalizado): Escolha uma das opções:

Propionato de clobetasol 0,05% creme, pomada, solução ou gel: aplicar nas manchas 1x/dia durante 15 dias seguidos de cada mês por 6 meses ou 5x/semana por 3 meses;
Propionato de halobetasol 0,05% creme: aplicar nas manchas 1x/dia durante 15 dias seguidos de cada mês por 6 meses ou 5x/semana por 3 meses;
Valerato de betametasona 0,1% creme, pomada ou loção: aplicar nas manchas 1x/dia durante 15 dias seguidos de cada mês por 6 meses ou 5x/semana por 3 meses;
Dipropionato de betametasona 0,05% creme, pomada ou loção: aplicar nas manchas 1x/dia durante 15 dias seguidos de cada mês por 6 meses ou 5x/semana por 3 meses;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Aceponato de metilprednisolona 0,1% creme ou loção: Aplicar nas manchas 1x/dia durante 15 dias seguidos de cada mês por 6 meses ou 5x/semana por 3 meses: Melhor opção em grávidas, lactantes e crianças.

Furoato de mometasona 0,1% creme ou pomada: aplicar nas manchas 1x/dia durante 15 dias seguidos de cada mês por 6 meses ou 5x/semana por 3 meses: Melhor opção em grávidas, lactents e crianças.

Esquema B: Inibidor da calcineurina (para vitiligo segmentar ou localizado e naqueles em atividade ou combinado à fototerapia no vitiligo generalizado): Escolha uma das opções:

Tacrolimo 0,1 ou 0,03% pomada: aplicar nas manchas ativas 2x/dia por no mínimo 6 meses e 2x/semana na área previamente com vitiligo como terapia de manutenção para evitar recaída. Pode usar na face, pescoço ou como alternativa ao corticoide: Apresentação de 0,03% deve ser usada em crianças entre 2 e 15 anos e após os 15 anos, 0,1%; Pode usar na face, pescoço, área intertriginosa ou como alternativa ao corticoide.

Pimecrolimo 1% creme: aplicar nas manchas ativas 2x/dia por no mínimo 6 meses e 2x/semana na área previamente com vitiligo como terapia de manutenção para evitar recaída: Pode usar na face, pescoço, área intertriginosa ou como alternativa ao corticoide.

Esquema C: Corticoide oral em minipulso (para casos de rápida progressão): Escolha uma das opções:

Dexametasona (0,5 ou 0,75 mg ou 4 mg/comprimido) 2,5-10 mg VO 2x/semana em dias consecutivos por 3-6 meses;

Betametasona (0,5 ou 2 mg/comprimido) 5-7,5 mg VO 2x/semana em dias consecutivos por 3-6 meses;

Prednisona (5, 20 ou 40 mg/comprimido) 0,5 mg/kg/dia ou 25-35 mg VO 2x/semana em dias consecutivos por 3-6 meses.

Esquema D: Antioxidantes orais (opções com mais estudos): Escolha uma das opções:

Polypodium leucotomos (250 mg/comprimido) 1 comprimido VO 3x/dia por 3-6 meses. Melhor resposta para repigmentação de manchas em cabeça e pescoço: Boa resposta em associação à fototerapia, especialmente em pessoas de pele clara.

Gingko biloba - manipulado (40 mg/comprimido) 1 comprimido VO 3x/dia por 3-6 meses.

Tratamento Não Farmacológico

Fototerapia:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1ª linha em casos extensos e em rápida progressão;

2ª linha no paciente que não respondeu à medicação tópica;

UVB narrowband (311-312 nm) é melhor que PUVA:

Repigmentação mais natural e menos eritema, mais eficácia para garantir estabilidade e repigmentação;

2-3x/semana;

Reavaliação após 3 meses;

Se não for observada repigmentação, descontinuar após 6 meses. Em geral não é continuada por mais de 12-24 meses.

Pode ser combinado com os tópicos, corticoide oral em minipulso (em caso de progressão) ou antioxidantes orais;

Pode fazer em crianças, grávidas e lactentes;

Melhor resposta se feita em vitiligo de início recente;

Regiões acrais e genitais não respondem muito bem;

Não se chegou ao consenso do número máximo de sessões;

Afamelanotide adjuvante pode melhorar efeito do UVB narrowband ou reduzir a dose cumulativa necessária (implante subcutâneo de 16 mg e que dura 1 mês);

Pode dar prurido, queimação e xerose cutânea.

Excimer laser (308 nm):

2x/semana por 6 semanas;

Indicado para manchas estáveis e limitadas (pequenas e localizadas);

Pode repigmentar mais rápido que UVB narrowband;

Melhor resposta se associado com corticoide tópico ou inibidor de calcineurina.

Cirurgia: 3ª linha de tratamento:

Indicações: Áreas pequenas de vitiligo localizado, vitiligo segmentar, áreas que não costumam repigmentar bem (implantação do cabelo, face dorsal dos dedos, lábios, mamilos, fronte e tornozelos);

Para optar pela cirurgia na lesão de vitiligo não segmentar é preciso estar estável por pelo menos 1 ano, estar sem resposta aos tratamentos e não ter associação com fenômeno de Koebner;

Técnicas: Enxertos de tecido (minienxertia, enxerto epidérmico por bolhas de sucção, enxerto de pele parcial e curetagem epidérmica) e enxertos celulares (suspensões de melanócitos cultivados ou não cultivados);

Enxerto celular possibilita tratar áreas maiores, possui melhor resultado estético e tem menos eventos adversos.

Agentes despigmentantes:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Considerar em caso com mais de 50-60% da superfície corporal atingida, caso de vitiligo refratário ou desfigurante no rosto ou mão ou outro local muito visível;

Orientações ao Paciente

Camuflagens são opções de tratamento conservador em quem não deseja tratar e, principalmente, em pacientes de pele clara:

Cosméticos corretivos, maquiagens de alta cobertura, autobronzeadores e tatuagens (lábios, mamilos e dedos distalmente, mas cuidado com efeito permanente e vitiligo que pode continuar progredindo).
Usar protetor solar FPS ≥ 50 e roupas de proteção para evitar queimadura solar;
Exposição moderada ao sol pode ajudar na repigmentação;
Evitar trauma e fricção da pele;
Fazer acompanhamento psicológico.

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de repgmentação.

Adesão ao tratamento.

Índice de severidade do vitiligo.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Vitiligo é uma condição autoimune caracterizada pela perda de pigmentação da pele, resultando em manchas brancas. Sua causa exata ainda não é totalmente compreendida.

O vitiligo pode afetar a autoestima e a qualidade de vida dos pacientes, levando a questões emocionais. O apoio psicológico pode ser benéfico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Existem várias opções de tratamento, incluindo terapia tópica, fototerapia e, em alguns casos, cirurgia. A escolha do tratamento deve ser individualizada.

A desinformação pode levar a estigmas. Educar a sociedade sobre o vitiligo é crucial para promover a aceitação e reduzir o preconceito.

O acompanhamento regular com dermatologistas é fundamental para monitorar a condição e ajustar o tratamento conforme necessário.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Iwanowski T, Kołkowski K, Nowicki RJ, et al. Etiopathogenesis and Emerging Methods for Treatment of Vitiligo. Int J Mol Sci. 2023; 24(11):9749.

Diotallevi F, Gioacchini H, De Simoni E, et al. Vitiligo, from Pathogenesis to Therapeutic Advances: State of the Art. Int J Mol Sci. 2023; 24(5):4910.

Marchioro HZ, Silva de Castro CC, Fava VM, et al. Update on the pathogenesis of vitiligo. An Bras Dermatol. 2022; 97(4):478-490.

Böhm M, Schunter JA, Fritz K, et al. S1 Guideline: Diagnosis and therapy of vitiligo. J Dtsch Dermatol Ges. 2022; 20(3):365-378.

Feng Y, Lu Y. Advances in vitiligo: Update on therapeutic targets. Front Immunol. 2022; 13:986918.

Faria AR, Tarlé RG, Dellatorre G et al. Vitiligo - Part 2 - classification, histopathology and treatment. An Bras Dermatol. 2014; 89(5):784-790.

Steiner D, Bedin V, Moraes MB, et al. Vitiligo. An Bras Dermatol. 2004; 79(3):335-351.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: Nome: XXXX Cargo: XXXX	Nome Verificador: Nome: XXXX Cargo: XXXX	Nome Aprovador: Nome: XXXX Cargo: XXXX
Ass. Emissor: XXXX	Ass. Verificador: XXXX	Ass. Aprovador: XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
PSORÍASE				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de psoríase.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

TNF: Fator de necrose tumoral.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DM: Diabetes mellitus.

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio.

DAC: Doença Arterial Coronariana.

AVC: Acidente Vascular Cerebral.

PASI: Psoriasis Area and Severity Index.

BSA: Body Surface Area.

PGA: Physician's Global Assessment.

DLQI: Dermatology Life Quality Index.

NAPSI: Nail Psoriais Severity Index.

SC: Subcutaneo.

VO: Via Oral.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão para psoríase geralmente envolvem condições que podem imitar ou complicar o diagnóstico e o tratamento. Alguns critérios comuns incluem:

Outras doenças de pele: Doenças como dermatite atópica, eczema, infecções fúngicas ou bacterianas que podem apresentar sintomas semelhantes.

Reações a medicamentos: Algumas medicações podem causar erupções cutâneas que se assemelham à psoríase.

Condições autoimunes: Outras condições autoimunes que podem influenciar os sintomas ou a resposta ao tratamento.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

História familiar: Casos de psoríase ou outras doenças autoimunes na família que podem complicar o diagnóstico.

Fatores psicológicos: Estresse ou outras condições psicológicas que possam exacerbar a doença.

Comorbidades: Presença de outras doenças que possam interferir no tratamento ou na evolução da psoríase.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Doença inflamatória crônica multissistêmica que pode acometer pele, unhas, articulações e outros órgãos.

Parece haver predisposição genética e com envolvimento poligênico.

Desordem inflamatória sistêmica com alteração no sistema imune inato e adaptativo.

Ocorre a ativação excessiva de uma parte do sistema imune adaptativo, envolvendo células Th1, Th22 e Th17, além da secreção de interleucina (IL) 12, IL 17, IL 22, IL 23 e fator de necrose tumoral (TNF) α.

Essas citocinas desencadeiam a proliferação de queratinócitos, o aumento dos mediadores angiogênicos e das moléculas de adesão endotelial, bem como a infiltração de células imunes na pele lesada.

Seu início e agravamento podem resultar da exposição aos fatores ambientais ou comportamentais (ex.: infecções, medicamentos, estresse emocional).

Psoríase pustular generalizada tem aumento de IL 36 e, nos casos mais graves, pode estar envolvida com mutação no receptor de IL 36.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.2 Quadro Clínico

Doença de evolução crônica, marcada por ciclos de remissão e exacerbação;
Placas eritematosas e descamativas, podendo haver pontos hemorrágicos após destacamento das escamas, melhor descrito em exame físico;
Prurido costuma estar presente (80% dos casos) e piora com calor, estresse, sudorese e pele seca;
Pode acometer qualquer parte da pele, mas também unhas, ênteses e articulações (artrite psoriásica);
Podem surgir lesões em áreas de maior atrito ou trauma (fenômeno de Koebner);
Costuma piorar no inverno e melhorar no verão;
Geralmente permanecem localizadas, podendo generalizar na minoria dos casos;
Questionar sobre fatores desencadeantes/agravantes (melhor descrito em fatores de risco);
Importante pesquisar síndrome metabólica e fatores de risco de doença cardiovascular;

Algumas formas clínicas especiais (descritas também em "Exame Físico"):

Psoríase eritrodérmica: Início gradual ou repentino. Pode ter linfadenopatia generalizada, edema de membros inferiores, taquicardia, hiper ou hipotermia associados;
Psoríase pustulosa generalizada: Quadro raro, grave e que pode ameaçar a vida. Presença de eritema e pústulas estéreis de rápida disseminação e evolução em surtos, frequentemente relacionada à sintomatologia sistêmica (febre alta, queda do estado geral, mialgia, poliartralgia e artrite) e leucocitose. Pode ser desencadeada por infecção, gestação, uso prévio de corticosteroide sistêmico, efeito paradoxal de biológico ou ser idiopática;
Psoríase palmoplantar: 11-39% dos casos. Pode causar dor, prurido e incapacidade funcional. Tende a ser refratária ao tratamento tópico e sistêmico;
Psoríase ungueal: Pode ser a única manifestação da psoríase.

Sobre a artrite psoriásica :

Questionar em todas as consultas sobre dor articular;
Ocorre em até 1/3 dos pacientes com psoríase;
Artrite, entesite ou dactilite, bem como envolvimento axial e com sintomas de caráter inflamatório;
Curso clínico heterogêneo e limitação funcional variável. Pode surgir antes ou concomitante ao quadro cutâneo, sendo que o mais comum (60-85%) é aparecer depois dele;
Marcadores clínicos de maior risco: psoríase moderada a grave com quadro cutâneo extenso, acometimento de região intergútea/perianal, couro cabeludo e distrofia ungueal;
Recomendada avaliação em conjunto com o reumatologista.

Comorbidades associadas:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Síndrome metabólica

Prevalência de 20-50% em pacientes com psoríase, o risco aumenta com o aumento da gravidade da psoríase.

Hipertensão arterial (HAS);

Obesidade;

Dislipidemia : aumento de triglicerídeos e lipoproteína A e redução de HDL;

Diabetes mellitus tipo 2 (DM);

Doença cardiovascular: IAM, DAC, AVC (risco maior com a maior gravidade da psoríase);

Comorbidades psiquiátricas: depressão , risco de suicídio, ansiedade;

Doenças neurológicas: enxaqueca , esclerose múltipla;

Doença hepática gordurosa não alcoólica;

Asma;

Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);

Apneia do sono;

Doença renal crônica e terminal (inflamação crônica imunomediada, associada às medicações ou pelas comorbidades, como HAS e DM).

Marcadores de gravidade: Os principais instrumentos de avaliação de gravidade da psoríase são:

Psoriasis Area and Severity Index (PASI):

Instrumento mais utilizado;

Avalia área afetada pela doença, eritema, infiltração e descamação das lesões na cabeça, tronco, membros superiores e membros inferiores;

Pontuação de 0-72 pontos;

PASI > 10 é considerado como psoríase moderada a grave e necessidade de terapia sistêmica.

Body Surface Area (BSA):

Avalia a área afetada pela doença, através da "regra dos nove" ou pelo número de áreas de "palmas das mãos";

BSA > 10 é considerado como psoríase moderada a grave e necessidade de terapia sistêmica.

Physician's Global Assessment (PGA):

Avalia eritema, infiltração, descamação globalmente;

Não considera a área corporal acometida;

Método mais simples e rápido, porém mais subjetivo.

Dermatology Life Quality Index (DLQI):

Avalia o impacto da qualidade de vida infligido pela doença;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Inclui dez questões relacionadas às experiências vivenciadas pelo paciente na semana precedente ao questionário;

Pontuação de 0-30: maior valor representa maior repercussão de ordem psicológica, social, escolar ou profissional da enfermidade;

DLQI > 10 considerado como psoríase grave e necessidade de terapia sistêmica.

Nail Psoriais Severity Index (NAPSI):

Marcador de gravidade da psoríase ungueal.

8.3 Fatores de risco:

Obesidade;
Tabagismo;
Consumo excessivo de álcool;
Variações climáticas;
Estresse psicológico;
Trauma (fenômeno de Koebner);
Medicamentos: lítio, interferon, betabloqueadores, antimaláricos, anti-inflamatórios não esteroidais, Tetraciclina, Terbinafina, anti-TNF (efeito paradoxal), corticosteroides (retirada abrupta: principalmente na psoríase eritrodérmica e pustulosa generalizada);
Infecções como HIV, estreptococos.

8.4 Diagnóstico

O diagnóstico é clínico. Biópsia realizada se dúvida diagnóstica.

Exame histopatológico:

Achados histopatológicos bastante característicos;

Hiperqueratose, paraqueratose, hipo ou agranulose, acantose regular (hiperplasia psoriasiforme), papilas dérmicas alongadas e com capilares dilatados e tortuosos, infiltrado predominantemente linfocitário na derme papilar;

Pode haver pústulas espongiformes de Kogoj (neutrófilos na camada espinhosa) ou microabscesso de Munro (neutrófilos na camada córnea).

8.5 Diagnóstico Diferencial

Dermatite atópica;
Dermatite numular;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Dermatite seborreica;
Pitiríase rubra pilar;
Pitiríase rósea de Gilbert;
Lúpus eritematoso cutâneo;
Dermatomiosite;
Líquen plano;
Dermatofitoses ou Tinea corporis;
Linfomas cutâneos de células T;
Sífilis secundária;
Pênfigo foliáceo.

8.6 Tratamento

Tratamento Farmacológico – Tópico

Classe A: Análogo da vitamina D: Melhor ação se associado à fototerapia (após ela ou à noite ao deitar-se): Escolha uma das opções:

Calcipotriol (50 microgramas/g pomada). Aplicar na lesão 1-2x/dia por, pelo menos, 4-8 semanas;
Calcipotriol + betametasona (50 microgramas + 0,5 mg/g gel ou pomada). Aplicar na lesão 1x/dia por, pelo menos, 4-8 semanas;

Classe B: Corticoide: Escolha uma das opções:

Propionato de clobetasol (0,05% creme ou pomada ou gel ou solução). Aplicar na lesão 1x/dia por 2-4 semanas ou de forma intermitente;
Dipropionato de betametasona (0,05 mg/g creme ou pomada ou loção). Aplicar na lesão 1x/dia por 2-4 semanas ou de forma intermitente;
Cuidado com rebote e surgimento da forma pustulosa após o seu uso. Evitar tempo de tratamento prolongado e corticoide de alta potência na face e áreas de dobras.

Classe C: Inibidores da calcineurina: Uso off-label na psoríase, mas boa opção para lesões na face, genital e áreas de dobras: Escolha uma das opções:

Tacrolimo (0,03% ou 0,1% pomada). Aplicar na lesão 2x/dia até melhora clínica:
Permitido 0,03% em > 2 anos e 0,1% em > 16 anos.
Pimecrolimo (1% creme). Aplicar na lesão 2x/dia até melhora clínica:
Permitido em > 3 meses.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Classe D: Derivados do Coaltar:

Coaltar (1-5% em creme). Aplicar na lesão por tempo prologado (exemplo noite anterior) e permanecer com ela exposta aos raios UVB (sol ou fototerapia) por períodos de tempo crescentes até máximo de 15 minutos 1x/dia ou em dias alternados por pelo menos 8 semanas;
LCD (1-12% em creme). Aplicar na lesão por tempo prologado (exemplo noite anterior) e permanecer com ela exposta aos raios UVB (sol ou fototerapia) por períodos de tempo crescentes até no máximo 15 minutos 1x/dia ou em dias alternados por pelo menos 8 semanas;

Classe E: Ácido salicílico:

Ácido salicílico (1-5% em creme)
Indicado por ação queratolítica, em placas espessas, palmas, plantas e couro cabeludo;
Pode ser manipulado associado a LCD ou corticoide tópico;
Opções de associações comerciais Diprosalic pomada e Doctar creme;

Tratamento Farmacológico – Sistêmico

Esquema A: Medicamentos sistêmicos convencionais: Escolha uma das opções:

Metotrexato (2,5 mg/comprimido ou 50 mg/2 mL) 0,3-0,5 mg/kg VO ou SC ou IM 1x/semana dividido em 1-3 tomadas por pelo menos 3 meses ou até melhora clínica mantida:
Iniciar com 7,5-15 mg/semana, aumentar 2,5-5 mg/semana a cada 2-4 semanas (após laboratório de controle) e ir até o máximo de 25 mg/semana;
Se dose ≥ 20 mg/semana, é preferível fazer SC ou IM;
Não é permitido na gestação e lactação, devendo interrompê-lo, no mínimo, 12 semanas antes da concepção;
Contraindicado em disfunção renal e hepática;
Cautela em idosos.
Acitretina (10 ou 25 mg/comprimido) 0,25-1 mg/kg/dia VO de 24/24 horas, após refeição gordurosa:
Iniciar com 20 mg/dia e não ultrapassar 75 mg/dia e acompanhar laboratório;
Contraindicado na gestação e lactação. Não recomendado em mulheres de idade fértil:
Risco de embriopatia grave;
Não é permitido engravidar durante o tratamento e por 2-3 anos após o seu término;
Necessário uso de 2 métodos contraceptivos neste período. Minipílula de progesterona não deve ser usada.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Cuidado com hipertrigliceridemia;

Não trata artrite associada;

Vantagem: Não é imunossupressor;

Permitido na criança, monitorizando parâmetros de crescimento.

Ciclosporina (25 ou 50 ou 100 mg/comprimido) 3-5 mg/kg/dia VO 1-2x/dia por idealmente 8-16 semanas ou máximo de 8-12 meses:

Considerada terapia de resgate;

Monitorização cautelosa da função renal e pressão arterial, além de outros eletrólitos;

Categoria C na gestação, devendo avaliar risco-benefício.

Esquema B: Imunobiológicos anti-TNF: Escolha uma das opções:

Adalimumabe (20 mg/0,2 mL ou 40 mg/0,4 mL ou 80 mg/0,8 mL) 80 mg SC na semana 0 e 40 mg SC na semana 1 e após 40 mg SC de 14/14 dias;

Etanercepte (25 mg/0,5 mL ou 50 mg/1 mL) 50 mg SC 1x/semana:

Permitido em criança maior que 6 anos em dose ajustada.

Infliximabe (100 mg/frasco) 5 mg/kg EV nas semanas 0, 2 e 6 e após de 8/8 semanas. Reconstituir 100 mg em 10 mL de água destilada e diluir em 240 mL de SF 0,9% e administrar em, no mínimo, 2 horas;

Certolizumabe pegol (200 mg/1 mL) 400 mg SC na semana 0, 2 e 4 e após 200 mg SC de 2/2 semanas se < 90 kg ou 400 mg SC de 2/2 semanas se > 90 kg:

Possível segurança na gestação, categoria B.

Esquema C: Imunobiológicos anti-IL12/23:

Ustequinumabe (45 mg/0,5 mL ou 90 mg/1 mL) 45 mg SC se < 100 kg ou 90 mg SC se > 100 kg nas semanas 0 e 4 e após de 12/12 semanas:

Se resposta inadequada com 45 mg, aumentar para 90 mg. Se ainda inadequada, aplicar de 8/8 semanas. Suspender se sem resposta até 28ª semana;

Permitido na criança maior que 6 anos em dose ajustada.

Esquema D: Imunobiológicos anti-IL 17A: Escolha uma das opções:

Secuquinumabe (150 mg/mL) 150 mg SC na artrite psoriásica ou 300 mg SC na psoríase vulgar moderada a grave ou na falha prévia a Anti-TNF nas semanas 0,1, 2, 3 e 4 e depois 300 mg SC de 4/4 semanas;

Ixequizumabe (80 mg/1 mL) 160 mg SC na semana 0 e 80 mg SC nas semanas 2, 4, 6, 8, 10 e 12 e após 80 mg SC de 4/4 semanas:

Não é permitido na gestação e lactação, devendo interrompê-lo 10 semanas antes da concepção.

Esquema E: Imunobiológicos anti-IL 23: Escolha uma das opções:

Guselcumabe (100 mg/mL) 100 mg SC na semana 0 e 4 e após de 8/8 semanas:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Não é permitido na gestação e lactação, devendo interrompê-lo 12 semanas antes da concepção.
Risanquizumabe (75 mg/0,83 mL) 150 mg SC na semana 0 e 4 e após de 12/12 semanas:
Não é permitido na gestação e lactação, devendo interrompê-lo 21 semanas antes da concepção.
Esquema F: Imunobiológico anti-IL 36 (preferido para Psoríase pustulosa generalizada):

Espesolimabe (60 mg/mL) 900 mg EV por 90 min e repetir após 1 semana no caso de sintomas persistentes.

Tratamento não farmacológico

Fototerapia: Em caso de PASI ou BSA ou DLQI > 10 ou falha às terapias tópicas ou doença em áreas específicas:

Atrasa em até um ano o início das medicações sistêmicas;
2-3 sessões semanais por pelo menos 3 meses;
Melhora com 6-10 sessões e costuma ter resolução com 30-40 sessões;
PUVA: UVA (320-400 nm) + 8 Metoxipsoraleno (0,5 mg/kg em cápsulas gelatinosas):

Indicada para fototipo elevado, psoríase com placas espessas e psoríase palmoplantar.
UVB narrow band (311-313 nm):

Indicada para fototipo baixo (I-III) e psoríase com placas finas;
Permitido na gestação e na amamentação (primeira linha) e nas crianças > 7 anos.
Bom associar com Acitretina (PUVA ou UVB 2 semanas depois de iniciada amedicação), Metotrexato (3 semanas depois de iniciada a medicação), imunobiológicos (em casos recalcitrantes, principalmente com Etanercepte, Adalimumabe e Ustequinumabe).
Medidas adicionais na psoríase:

Perda de peso;
Controle da síndrome metabólica, resistência insulínica e outras comorbidades;
Praticar exercícios físicos regulares, proteção articular;
Interromper tabagismo e ingestão de bebida alcoólica;
Medidas relacionadas à artrite psoriásica, vide tópico.

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de resposta ao tratamento.

Adesão ao tratamento.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Eventos cardiovasculares graves são a principal causa de morte nos pacientes com psoríase.

Mortalidade nos pacientes com psoríase também pode ocorrer devido à hepatopatia ou à nefropatia.

Comorbidade psiquiátrica ocorre principalmente em mulheres, jovens, idade menor ao diagnóstico, doença cutânea grave e doença em áreas visíveis ou sensíveis.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Megna M, Camela E, Ruggiero A, et al. Use of Biological Therapies for the Management of Pustular Psoriasis: A New Era? Clin Cosmet Investig Dermatol. 2023; 16:1677-1690.

van de Kerkhof PC. From Empirical to Pathogenesis-Based Treatments for Psoriasis. J Invest Dermatol. 2022; 142(7):1778-1785.

Wu JJ, Kavanaugh A, Lebwohl MG, et al. Psoriasis and metabolic syndrome: implications for the management and treatment of psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022; 36(6):797-806.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Elmets CA, Korman NJ, Prater EF, et al. Joint AAD-NPF Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. J Am Acad Dermatol. 2021; 84(2):432-470.

Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD). Consenso Brasileiro de Psoríase 2020 e Algoritmo de Tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 3a ed. Rio de Janeiro: SBD, 2020.

Lambert JLW, Segaert S, Ghislain PD, et al. Practical recommendations for systemic treatment in psoriasis according to age, pregnancy, metabolic syndrome, mental health, psoriasis subtype and treatment history (BETA-PSO: Belgian Evidence-based Treatment Advice in Psoriasis; part 1). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020; 34(8):1654-1665.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
PITIRÍASE VERSICOLOR				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo da pitiríase versicolor.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

PV: Pitiríase Versicolor.

VO: Via Oral.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão para o diagnóstico de pitiríase versicolor (também conhecida como tinea versicolor) incluem:

Ausência de Lesões Características:

Lesões hipopigmentadas ou hiperpigmentadas, descamativas e bem delimitadas não presentes.

Exame Clínico Normal:

Pacientes sem sinais clínicos típicos, como prurido ou descamação em áreas afetadas.

Diagnóstico Diferencial:

Exclusão de outras condições que possam mimetizar a pitiríase versicolor, como vitiligo, líquen plano, eczema, psoríase ou dermatite seborreica.

Exames Complementares:

Resultados negativos em exames laboratoriais que descartem infecções fúngicas diferentes ou outras dermatoses.

História de Recorrências:

Pacientes que não apresentam histórico de episódios recorrentes típicos da pitiríase versicolor.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Idade:

Geralmente menos comum em crianças pequenas, podendo ser considerada a idade na avaliação.

Uso de Medicamentos:

Pacientes em uso de medicamentos que possam afetar a coloração da pele, como alguns corticosteroides tópicos ou sistêmicos.

Esses critérios ajudam a assegurar que o diagnóstico de pitiríase versicolor seja correto e que outras condições sejam devidamente investigadas.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

A pitiríase versicolor (PV), também conhecida como tinea versicolor, é uma infecção fúngica não contagiosa superficial da pele causada por espécies de Malassezia com diversas manifestações clínicas.

A doença ocorre quando a levedura saprófita que faz parte da flora normal da pele forma brotamento e se converte na forma hifal ou micelial patogênica.

Fatores que favorecem a conversão da forma leveduriforme incluem ambiente quente e úmido, hiperidrose, aplicação de emolientes oleosos, uso de máscaras protetoras, seborreia, distúrbios endócrinos e neuropáticos, gravidez, o uso de contraceptivos orais, corticosteróides, desnutrição e predisposição genética

A infecção fúngica está localizado no estrato córneo e interage com o sistema imune do hospedeiro.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.2 Quadro Clínicas

Tinea versicolor é caracterizada por máculas/manchas hipopigmentadas ou hiperpigmentadas múltiplas assintomáticas com descamação leve de forma oval ou redondada, afetando comumente áreas da pele ricas em sebo (tronco e membros superiores);

Por outro lado, o envolvimento facial é comum em crianças e pode ser o único local envolvido;

As lesões de tinea versicolor são geralmente assintomáticas, embora alguns pacientes se queixem de prurido leve que pode piorar em condições quentes e condições úmidas;

As lesões podem se tornar mais aparente após a exposição ao sol e são, portanto, mais visíveis durante o verão meses;

Lesões hipercrômicas são mais comuns em fototipos baixos e hipocrômicas em fototipos altos;

As lesões são cobertas por uma escama fina, que muitas vezes é difícil de avaliar no exame clínico. Por outro lado, a escama torna-se mais aparente quando a pele é distendida (sinal de Zileri);

Variantes:

Atrófica: semelhante à anetodermia e comumente associada ao uso de corticoide tópico;

Inversa: lesões axilares, em regiões inguinais, coxas, genitálias e antebraços, ocorrendo principalmente em imunossuprimidos;

Foliculocêntrica;

Papular;

Semelhante à confete ou gutata: quadro simétrico e bilateral.

Fatores de risco:

Predisposição genética;

Aplicação de cremes e loções oleosas e de corticoides;

Ambientes quentes e úmidos;

Hiperidrose;

Uso de máscara facial;

Imunodeficiência;

Gestação;

Diabetes mellitus;

Desnutrição;

Exposição solar;

Aumento do nível plasmático de cortisol;

Uso de corticosteroides tópicos ou sistêmicos;

Síndrome de Cushing idiopática ou iatrogênica;

Uso de contraceptivo oral.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Múltiplas máculas ou placas hipocrômicas, hipercrômicas ou eritematosas, bem demarcadas, ovais ou arredondadas e que podem coalescer, formando placas grandes, irregulares e disseminadas.

Acredita-se que lesões hipopigmentadas (mais comumente observadas em tons de pele mais escuros) resultam de danos aos melanócitos pela inibição da tirosinase pelo ácido azeláico.

Por outro lado, lesões hiperpigmentadas (mais comumente não observadas em tons de pele mais claros) podem resultar de uma resposta inflamatória provocada por espécies de Malassezia.

As lesões apresentam descamação fina na sua superfície (descamação do tipo furfurácea). Essa nem sempre é visível, podendo ser evidenciada pelo estiramento ou raspagem da pele acometida (sinal de Zileri).

É importante ressaltar que a escama pode ser completamente removida com álcool.

Na dermatoscopia, é possível observar:

Pigmentação não uniforme em lesão hiper ou hipopigmentada;
Descamação irregular, difusa (mais em lesão hiperpigmentada), nos sulcos, perilesional ou perifolicular;
Hiperpigmentação ou hipopigmentação perilesional (halo contrastando com a cor da lesão);
Borda bem demarcada (em alguns casos);
Sulcos e cristas de difícil visualização.

8.3 Diagnóstico

O diagnóstico geralmente é com base em características clínicas.

Em caso de dúvida diagnóstica, a suspeição clínica pode ser confirmada por:

Exame com lâmpada de Wood: revela fluorescência foliculocêntrica coloração amarelo-ouro, verde-amarelada ou laranja-cobre. É digno de nota que foi demonstrado que apenas um terço das lesões;
Exame micológico direto através da descamação adquirida por raspagem das bordas da lesão e clarificação pelo KOH: hifas curtas e curvas e leveduras aglomeradas "em cachos de uva", formando aspecto de "espaguete com almôndegas";
A cultura microbiológica não é recomendada. O processo é difícil e necessita de um meio micológico sintético enriquecido com azeite e 1-4 semanas de incubação a 32ºC;
Biópsia de lesão cutânea: hiperqueratose, paraqueratose, leve acantose, leve infiltrado perivascular na derme superior, elementos fúngicos (hifas e esporos formando aspecto de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

"espaguete com almôndegas") exclusivamente na camada córnea. Visto na coloração de hematoxilina-eosina e reforçado pelo PAS.

8.4 Tratamento

Tratamento Farmacológico

Esquema A: Tratamento tópico (1ª linha na maioria dos casos): Associação:

I. Xampu antifúngico+II. Creme/loção/spray/gel/solução/espuma antifúngicos.

Opções de xampu antifúngico (I):

Cetoconazol (2% xampu). Aplicar no couro cabeludo e nos locais das lesões 1x/dia, por 2-4 semanas, e deixar agir por 5-10 minutos antes de enxaguar;
Piritionato de zinco (1% xampu). Aplicar no couro cabeludo e nos locais das lesões 1x/dia, por 2-4 semanas, e deixar agir por 5-10 minutos antes de enxaguar;
Sulfeto de selênio (2,5% xampu). Aplicar no couro cabeludo e nos locais das lesões 1x/dia, por 2-4 semanas, e deixar agir por 5-10 minutos antes de enxaguar. As desvantagens incluem irritação da pele, odor desagradável, manchas de roupas e roupas de cama, e uma alta taxa de recaída.

Opções de creme/loção/spray/gel/solução/espuma antifúngicos (II):

Cetoconazol (2% creme). Aplicar nas lesões 2x/dia, por 2-4 semanas;
Cetoconazol - manipulado (1% espuma). Aplicar nas lesões 1x/dia, por 2 semanas;
Clotrimazol (1% creme ou solução). Aplicar nas lesões 2x/dia, por 2-4 semanas;
Fenticonazol (2% spray ou creme). Aplicar nas lesões 1-2x/dia, por 2-4 semanas;
Ciclopirox olamina (1% spray ou creme ou solução). Aplicar nas lesões 1-2x/dia, por 2-4 semanas;
Isoconazol (1% creme ou solução ou spray). Aplicar nas lesões 1-2x/dia, por 2-4 semanas;
Miconazol (2% aerossol ou creme ou suspensão ou loção). Aplicar nas lesões 1-2x/dia, por 2-4 semanas;
Terbinafina (1% spray ou solução). Aplicar nas lesões 1-2x/dia, por 2-4 semanas;
Bifonazol (1% creme). Aplicar nas lesões 1-2x/dia, por 2-4 semanas.

Esquema B: Em casos graves, extensos/disseminados, recalcitrantes, recidivantes ou associados à doença de base (imunodeficiências), deve-se considerar tratamento sistêmico associado ao tópico: Escolha uma das opções:

Itraconazol (100 mg/cp) 200 mg/dia VO 1x/dia, por 5-7 dias. A absorção é potencializado pelos alimentos. Como o itraconazol inibe o sistema enzimático dependente do citocromo P450, o medicamento pode causar interações medicamentosas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Fluconazol (50 ou 100 ou 150 mg/cp) 300 mg VO 1x/semana, por 2-4 semanas;
Apresenta menos interação medicamentosa que o Itraconazol;
Também existem outras posologias e tempos de tratamento indicados, mas com menos evidência científica.
Cetoconazol (200 mg/cp) 200 mg/dia VO, por 10 dias;
Desde 2013, a Anvisa não coloca mais o Cetoconazol oral como primeira opção no tratamento das micoses cutâneas, apenas para casos em que outras terapias não forem eficazes, pois o medicamento é hepatotóxico.

PROFILAXIA

Para casos de recorrência frequente (> 3 episódios por ano), deve ser considerada a profilaxia.

Xampu antifúngico: 1-4x/mês, deixando agir por 5-10 minutos antes de enxaguar;
Opção:

Cetoconazol 2% xampu, Piritionato de zinco 1% xampu ou Sulfeto de selênio 2,5% xampu.

Antifúngico oral: Principalmente em paciente com doença extensa e recorrente e que não responde ao tópico:
Opções:

Itraconazol 200 mg VO de 12/12 horas 1x/mês, por 6 meses;
Fluconazol 300-450 mg 1x/mês, por 6 meses;
Cetoconazol 200 mg durante 3 dias consecutivos 1x/mês, por 6 meses (evitar, pois é hepatotóxico).

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de adesão ao tratamento.

Taxa de resposta ao tratamento.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A condição é geralmente benigna, mas pode ser recorrente. O tratamento efetivo geralmente resulta em melhora significativa das lesões.

A adesão às recomendações de tratamento e às medidas de prevenção é crucial para evitar recidivas.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Labedz N, Navarrete-Dechent C, Kubisiak-Rzepczyk H, et al. P. Pityriasis Versicolor—A Narrative Review on the Diagnosis and Management. Life. 2023, 13, 2097.

Leung AK, Barankin B, Lam JM, et al. Tinea versicolor: an updated review. Drugs Context. 2022; 11:2022-9-2.

Kaliyadan F, Ashique KT, Jayasree P. Increased incidence of facial pityriasis versicolor in children during the COVID-19 pandemic-A consequence of mask usage? Pediatr Dermatol. 2022; 39(5):834-5.

Saraswat N, Kumar S, Tripathy DM, et al. Pityriasis versicolor with 'deck chair' sign. Indian J Dermatol. 2022; 67(5):627.

Leung AKC, Barankin B, Joseph M Lam JM, et al. Review Tinea versicolor: an updated review. Drugs Context. 2022; 11:2022-9-2

Saunte DML, Gaitanis G, Hay RJ. Malassezia-associated skin diseases, the use of diagnostics and treatment. Front Cell Infect Microbiol. 2020; 10:112.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Gupta AK, Lyons DC. Pityriasis versicolor: an update on pharmacological treatment options. Expert Opin Pharmacother. 2014; 15(12):1707-13.

Cullingham K, Hull PR. Atrophying pityriasis versicolor. CMAJ. 2014; 186(10):776.

Lupi O, Belo J, Cunha PR. Rotinas de diagnóstico e tratamento da SBD. 2a ed. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	**Nº da revisão**	**Itens revisados**
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de artrite reumatóide.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

FR: Frequência Respiratória.

ACPA: Anti-citrullinated Peptide Antibody.

AR: Artrite Reumatóide.

PCR: Reação em Cadeia da Polimerase.

MMDC: Medicamentos Modificadores do Curso da Doença.

LES: Lúpus Eritematoso Sistêmico.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Outras Condições Reumáticas

Artrite Psoriática: Associada à psoríase, apresenta características distintas.

Artrite Induzida por Cristais: Como gota ou pseudogota, que causam inflamação articular devido à presença de cristais.

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES): Pode causar artrite, mas tem um conjunto diferente de características clínicas.

Doenças Infecciosas

Artrite Infecciosa: Artrite causada por infecções bacterianas, virais ou fúngicas deve ser descartada.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Infecções Agudas: Sintomas que são resultado de infecções em vez de uma condição reumatológica crônica.

Causas Traumáticas

Lesões Articulares: Traumas ou fraturas que podem resultar em dor e inchaço articular devem ser excluídos.

Fatores Metabólicos ou Endócrinos

Hipotireoidismo ou Hipertireoidismo: Problemas na função da tireoide podem mimetizar ou exacerbar sintomas articulares.

Medicações

Efeitos Colaterais de Medicamentos: Certos medicamentos, como corticosteroides ou agentes quimioterápicos, podem causar artrite secundária.

História Familiar e Pessoal

Condições Genéticas: Algumas condições hereditárias podem causar sintomas semelhantes e devem ser consideradas.

Duração e Natureza dos Sintomas

Sintomas Temporários ou Transitórios: Sintomas que não são persistentes ou que não atendem aos critérios de duração para AR.

Avaliação de Exames Complementares

Resultados de Exames: A presença de certos marcadores (por exemplo, anticorpos anti-CCP e fator reumatoide) deve ser avaliada, mas a ausência não exclui completamente a AR.

A exclusão de outras condições é fundamental para um diagnóstico preciso de artrite reumatoide e para garantir um tratamento adequado.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Doença inflamatória, sistêmica e crônica, de etiologia desconhecida, que acomete primariamente as articulações sinoviais. A incidência é maior no sexo feminino, dos 35 aos 50 anos.

8.2 Apresentação Clínica

Anamnese

A apresentação típica consiste em poliartrite aditiva, distal e simétrica, com tendência ao acometimento das mãos e dos pés. Qualquer articulação sinovial pode ser acometida, mas, curiosamente, a doença tende a poupar interfalângicas distais, colunas dorsal e lombar e sacroilíacas;

Pode haver acometimento da articulação temporomandibular (com dor e disfunção), cricoaritenoidea (com rouquidão, disfagia e, em alguns casos, insuficiência respiratória aguda obstrutiva) e atlantoaxial (com subluxação e mielopatia compressiva/síndrome bulbar). Com a evolução do quadro, pode levar à deformidade articular, que compromete a função da articulação afetada;

As dores articulares em geral apresentam ritmo inflamatório, sendo piores pela manhã, com melhora após a movimentação das articulações acometidas. A rigidez matinal que acompanha o quadro geralmente é maior que 1 hora;

Dentre as manifestações extra-articulares, destacam-se:

Nódulos subcutâneos;
Acometimento ocular (como esclerite, episclerite e escleromalácia perfurante);
Pleurite;
Pericardite;
Doenças difusas do parênquima pulmonar e vasculite;
A síndrome de Sjögren secundária é frequente e deve ser manejada à semelhança da forma primária;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Glomerulonefrite e amiloidose ocorrem muito raramente;

Atualmente, devido à evolução do tratamento da artrite reumatoide, raramente se identifica a síndrome de Felty (febre, esplenomegalia e neutropenia). Para mais informações, acesse Síndrome de Felty.

Marcadores de gravidade:

Alta atividade de doença com limitação funcional;
Manifestações extra-articulares;
Provas inflamatórias elevadas (VHS e PCR);
Altos títulos de FR e ACPA (anti-CCP);
Presença de erosões ósseas no baseline;
Polimorfismos genéticos do HLA-DRB1*0401;
Tabagismo.

Fatores de risco:

Tabagismo;
Mau estado de conservação dentária;
Baixo nível socioeconômico;
Sexo feminino;
História familiar de artrite reumatoide;
Polimorfismos genéticos/epítopo compartilhado: HLA-DRB1*0401, DRB1*0101, DRB1*0404, entre outros.

Exame Físico

Avaliar presença de sinovite, incluindo presença e localização de edema e restrição ao movimento das articulações, e de manifestações extra-articulares, como nódulos subcutâneos, episclerite/escleromalácia, pleurite, nódulos pulmonares, entre outros. Deve-se atentar para sinais que indiquem outro diagnóstico, tais como espondiloartrites, artrites microcristalinas, LES, etc.

Dor e edema nas articulações, particularmente das mãos, punhos e pés, associados à rigidez matinal e à redução antálgica da força de preensão, são comuns. Calor e rubor não são proeminentes. O esqueleto axial é frequentemente poupado, exceto na coluna cervical (articulação atlantoaxial), que pode levar a grave comprometimento neurológico na doença mais avançada (risco de instabilidade, subluxação e, consequentemente, compressão medular).

Nas mãos, podem ser formados nódulos na bainha dos tendões, que impossibilitam a total extensão dos dedos e podem causar ruptura de tais tendões. Na doença crônica, pode haver deformidades, como desvio ulnar, deformidade em pescoço de cisne e deformidade em botoeira.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Em relação aos punhos, pode haver subluxação volar do carpo no rádio com consequente desvio lateral. É frequente e característica a presença de tenossinovite do extensor ulnar do carpo (VI compartimento da mão).

A rigidez das articulações metatarsofalângicas predispõe ao apoio do peso nos calcanhares e à hiperextensão dos pododáctilos. Na doença crônica, pode haver desvio lateral dos dedos e subluxação plantar da cabeça do metatarso. Envolvimento do tarso e das bainhas dos tendões é comum, causando dor à inversão e eversão do pé, além de edema e eritema em dorso do pé.

Os cotovelos são o sítio mais comum dos nódulos reumatoides subcutâneos.

A sinovite nos joelhos pode levar ao desenvolvimento de cisto poplíteo (cisto de Baker), que é detectado pela palpação da fossa poplítea. A ruptura do cisto com extensão para panturrilha tem importância clínica, uma vez que é diagnóstico diferencial de trombose venosa profunda e tromboflebite aguda. Para mais informações, acesse Cisto de Baker.

8.3 Diagnóstico

As alterações laboratoriais no sangue e líquido sinovial dos pacientes refletem a presença de inflamação sistêmica e intra-articular e dos aspectos autoimunes da doença. Tais achados incluem líquido sinovial inflamatório, anemia de inflamação, positividade de fator reumatoide e/ou anti-CCP e aumento dos marcadores da fase aguda. A duração dos sintomas deve ser maior que 6 semanas.

Exames de rotina:

Hemograma;
Função renal e eletrólitos;
Enzimas e função hepáticas;
VHS e/ou PCR: O grau de elevação correlaciona-se à atividade da doença;
FR e ACPA (anti-CCP): Resultados negativos não excluem o diagnóstico; não realizar dosagens seriadas, pois não se correlacionam com atividade;
FAN: É positivo em até 40 a 50% dos pacientes; não deve ser solicitado de rotina, caso não haja suspeita de doença difusa do tecido conjuntivo;
EAS;
Radiografia de mãos e pés (baseline e anual). Outras articulações podem ser incluídas, conforme sintomas;
Sorologias para hepatites B e C, HIV e sífilis: Avaliar necessidade de terapia antes do início de medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD) ou imunossupressores; além disso, essas doenças podem causar quadros semelhantes à AR;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Radiografia de tórax e PPD/IGRA para pesquisa de tuberculose, em caso de programação para o uso de biológicos;

Artrocentese para análise de líquido sinovial se houver derrame articular e dúvida diagnóstica, particularmente nos casos de monoartrite, oligoartrite ou artrite assimétrica (celularidade total e específica, pesquisa de cristais, bacterioscopia e cultura).

Alterações radiográficas: É possível observar alterações de alinhamento decorrentes das deformidades articulares, osteopenia justa-articular ou difusa, erosões, redução de espaço articular e aumento de partes moles, dependendo do grau de comprometimento articular.

Ressonância magnética e ultrassonografia são métodos mais sensíveis para detecção de alterações decorrentes de sinovite e erosões precoces, quando a radiografia costuma ser normal. A ultrassonografia articular tem sido uma ferramenta importante para o reumatologista na avaliação da atividade da doença quando há dúvida no exame físico; pode identificar sinovite e aumento da vascularização local (com power doppler).

A análise do líquido sinovial revela leucócitos entre 1.500 e 25.000/mm3, com predomínio de polimorfonucleares, glicose baixa e níveis de proteínas próximos aos séricos. A artrite reumatoide, assim como a gota e a artrite reativa, são causas de líquido sinovial pseudosséptico (leucometria > 50.000 a 100.000/mm3).

8.4 Diagnóstico Diferencial

Espondiloartrites (artrite psoriásica, reativa e enteropática; espondilite anquilosante apresenta menor frequência de artrite periférica);

Artrites microcristalinas:

Gota;

Doença por depósito de pirofosfato de cálcio.

Doenças reumatológicas sistêmicas:

Síndrome de Sjögren primária;

Lúpus eritematoso sistêmico;

Doença mista do tecido conjuntivo.

Polimialgia reumática;

Artrite viral:

Chikungunya;

Rubéola;

Parvovírus B19;

Hepatite B;

Entre outras.

Artrite gonocócica (como parte da doença gonocócica disseminada);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Poliartrite paraneoplásica;
RS3PE;
Sarcoidose.

8.5 Tratamento

Tratamento Farmacológico

Paciente Virgem de Tratamento (Fase 1)
Escolha um dos esquemas:

Esquema A: Tratamento inicial (1ª linha):

Associação:

I. Metotrexato+II. Ácido fólico+III. Corticoterapia sistêmica.

Opções de Metotrexato (I):

Metotrexato (2,5 mg/comprimido) 6 comprimidos VO a cada 7 dias. Progredir dose em 5 mg (2 comprimidos) por semana (Dose máxima: 25 mg/semana - 10 comprimidos);
Metotrexato (50 mg/2 mL) 0,6 mL SC a cada 7 dias. Progredir dose em 5 mg (0,2 mL) por semana (Dose máxima: 25 mg/semana - 1 mL).

Opções de Ácido fólico (II):

Ácido fólico 5 mg VO 12-24 horas após o Metotrexato;
Ácido fólico 20-25 mg/semana SC.

Opções de corticoterapia sistêmica (III):

Prednisona (5 mg/comprimido) 5-10 mg/dia VO de 24/24 horas, conforme atividade de doença. Fazer uso preferencialmente pela manhã, entre às 8-9h. Após controle inicial, proceder desmame até retirada (de preferência);
Prednisolona (5 mg/comprimido) 5-10 mg/dia VO de 24/24 horas, conforme atividade de doença. Fazer uso preferencialmente pela manhã, entre às 8-9h. Após controle inicial, proceder desmame até retirada (de preferência);
Acetato de metilprednisolona 40 mg IM dose única;
Dipropionato + Fosfato dissódico de betametasona 5 mg + 2 mg IM dose única.

Esquema B: Tratamento alternativo: Pacientes com contraindicação/intolerância ao metotrexato:

Associação:

I. MMCD sintético convencional+II. Corticoterapia sistêmica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Opções de MMCD sintético convencional (I):

Leflunomida 20 mg VO de 24/24 horas;
Sulfassalazina (500 mg/comprimido) 500 mg VO de 12/12 horas, por 1 semana. Seguido de 1.000 mg VO de 12/12 horas.

Opções de corticoterapia sistêmica (II):

Prednisona (5 mg/comprimido) 5-10 mg/dia VO de 24/24 horas, conforme atividade de doença. Fazer uso preferencialmente pela manhã, entre às 8-9h. Após controle inicial, proceder desmame até retirada (de preferência);
Prednisolona (5 mg/comprimido) 5-10 mg/dia VO de 24/24 horas, conforme atividade de doença. Fazer uso preferencialmente pela manhã, entre às 8-9h. Após controle inicial, proceder desmame até retirada (de preferência);
Acetato de metilprednisolona 40 mg IM dose única;
Dipropionato + Fosfato dissódico de betametasona 5 mg + 2 mg IM dose única.

Paciente Refratário ao MMCD Sintético Convencional Isolado (Fase 2)
Tratamento Farmacológico

Escolha um dos esquemas:

Esquema A: Tratamento de escolha:

Associação:

I. Metotrexato+II. Ácido fólico+III. MMCD sintético convencional+IV. Corticoterapia sistêmica.

Opções de Metotrexato (I):

Metotrexato (2,5 mg/comprimido) 6 comprimidos VO a cada 7 dias. Progredir dose em 5 mg (2 comprimidos) por semana (Dose máxima: 25 mg/semana - 10 comprimidos);
Metotrexato (50 mg/2 mL) 0,6 mL SC a cada 7 dias. Progredir dose em 5 mg (0,2 mL) por semana (Dose máxima: 25 mg/semana - 1 mL).

Opções de Ácido fólico (II):

Ácido fólico 5 mg VO 12-24 horas após o Metotrexato;
Ácido fólico via SC para doses de 20-25 mg/semana.

Opções de MMCD sintético convencional (III):

Leflunomida 20 mg VO de 24/24 horas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Sulfassalazina (500 mg/comprimido) 500 mg VO de 12/12 horas, por 1 semana. Seguido de 1.000 mg VO de 12/12 horas. No caso específico da associação do MTX com Sulfassalzina, pode-se acrescentar a Hidroxicloroquina (400 mg/comprimido) 5 mg/kg/dia (esquema tríplice).

Opções de corticoterapia (IV):

Prednisona (5 mg/comprimido) 5-10 mg/dia VO de 24/24 horas, conforme atividade de doença. Fazer uso preferencialmente pela manhã, entre às 8-9h. Após controle inicial, proceder desmame até retirada (de preferência);

Prednisolona (5 mg/comprimido) 5-10 mg/dia VO de 24/24 horas, conforme atividade de doença. Fazer uso preferencialmente pela manhã, entre às 8-9h. Após controle inicial, proceder desmame até retirada (de preferência);

Acetato de metilprednisolona 40 mg IM dose única;

Dipropionato + Fosfato dissódico de betametasona 5 mg + 2 mg IM dose única.

Esquema B: Tratamento alternativo: Pacientes com contraindicação ou intolerância ao Metotrexato.

Associação

I. Leflunomida 20 mg VO de 24/24 horas**+II. Sulfassalazina (500 mg/comprimido) 500 mg VO** de 12/12 horas, por 1 semana. Seguido de 1.000 mg VO de 12/12 horas**+III. Corticoterapia sistêmica**.

Opções de corticoterapia (III):

Prednisona (5 mg/comprimido) 5-10 mg/dia VO de 24/24 horas, conforme atividade de doença. Fazer uso preferencialmente pela manhã, entre às 8-9h. Após controle inicial, proceder desmame até retirada (de preferência);

Prednisolona (5 mg/comprimido) 5-10 mg/dia VO de 24/24 horas, conforme atividade de doença. Fazer uso preferencialmente pela manhã, entre às 8-9h. Após controle inicial, proceder desmame até retirada (de preferência);

Acetato de metilprednisolona 40 mg IM dose única;

Dipropionato + Fosfato dissódico de betametasona 5 mg + 2 mg IM dose única.

Paciente Refratário aos MMCDs Sintéticos Convencionais Combinados ou 2 MMCDs Sintéticos Convencionais Isolados (Fase 3)

Tratamento Farmacológico

Escolha um dos esquemas:

Esquema A: Tratamento de escolha:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Associação:

I. Metotrexato+II. Ácido fólico+III. MMCD biológico ou sintético alvo-específico+IV. Corticoterapia sistêmica.

Opções de Metotrexato (I):

Metotrexato (2,5 mg/comprimido) 6 comprimidos VO a cada 7 dias. Progredir dose em 5 mg (2 comprimidos) por semana (dose máxima: 25 mg/semana - 10 comprimidos);
Metotrexato (50 mg/2 mL) 0,6 mL SC a cada 7 dias. Progredir dose em 5 mg (0,2 mL) por semana (dose máxima: 25 mg/semana - 1 mL);
Observação: No caso de associação com MMCD biológico ou sintético alvo-específico + intolerância ao MTX em altas doses, podemos utilizar o MTX em doses baixas (ex.: 7,5-10 mg/semana). Além disso, outros MMCD sintéticos (Leflunomida ou Sulfassalazina) podem ser utilizados no lugar do MTX em caso de intolerância, nas doses previamente descritas.

Opções de Ácido fólico (II):

Ácido fólico 5 mg VO 12-24 horas após o Metotrexato;
Ácido fólico 20-25 mg/semana SC.

Opções de MMCD biológico ou sintético alvo-específico (III):

Infliximabe (100 mg/frasco-ampola) 3 mg/kg EV. Infundir nas semanas 0, 2 e 6. Seguido de infusões a cada 8 semanas. Alguns pacientes podem necessitar de pré-medicações devido a reações infusionais prévias. Tempo de infusão: 2 horas;
Etanercepte (50 mg/caneta) 50 mg SC 1x/semana;
Adalimumabe (40 mg/caneta) 40 mg SC de 14/14 dias;
Golimumabe (50 mg/caneta) 50 mg SC de 4/4 semanas;
Golimumabe (50 mg/4 mL) 2 mg/kg EV nas semanas 0 e 4. Seguido de infusões a cada 8 semanas. Tempo de infusão: 30 minutos;
Certolizumabe pegol (200 mg/caneta) 400 mg SC nas semanas 0, 2 e 4. Seguido de 200 mg SC de 2/2 semanas ou 400 mg SC de 4/4 semanas;
Tocilizumabe (80 mg/4 mL ou 200 mg/10 mL) 4-8 mg/kg/dose EV de 4/4 semanas. Não exceder 800 mg por dose. Pode ser feito em monoterapia (sem outro MMCD sintético convencional);
Tocilizumabe (162 mg/caneta) 162 mg SC a cada 7 dias. Pode ser feito em monoterapia (sem outro MMCD sintético convencional);
Abatacepte 125 mg SC a cada 7 dias;
Abatacepte: Infundir EV nas semanas 0, 2 e 4. Seguido de infusões a cada 4 semanas. Tempo de infusão: 30 minutos. Dose dependente do peso conforme descrito a seguir:
< 60 kg: 500 mg;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

60-100 kg: 750 mg;

> 100 kg: 1.000 mg.

Rituximabe (100 mg/10 mL em frascos de 10 ou 50 mL) 1.000 mg EV nas semanas 0 e 2. O ciclo de Rituximabe pode ser repetido a cada 6 meses:
Mais informações em Orientações ao Prescritor.

Tofacitinibe (5 mg/comprimido) 1 comprimido de 12/12 horas. Em pacientes idosos, com doença renal crônica e disfunção hepática, a dose deve ser reduzida para 5 mg/dia. Pode ser feito em monoterapia (sem outro MMCD sintético convencional);
Baricitinibe 4 mg VO de 24/24 horas. Dose pode ser reduzida para 2 mg/dia para maiores de 75 anos e para aqueles com infecções de repetição. Pode ser feito em monoterapia (sem outro MMCD sintético convencional);
Upadacitinibe 15 mg VO de 24/24 horas. Pode ser feito em monoterapia (sem outro MMCD sintético convencional).

Opções de corticoterapia (IV):

Prednisona (5 mg/comprimido) 5-10 mg/dia VO de 24/24 horas, conforme atividade de doença. Fazer uso preferencialmente pela manhã, entre às 8-9 horas. Após controle inicial, proceder desmame até retirada (de preferência);
Prednisolona (5 mg/comprimido) 5-10 mg/dia VO de 24/24 horas, conforme atividade de doença. Fazer uso preferencialmente pela manhã, entre às 8-9 horas. Após controle inicial, proceder desmame até retirada (de preferência);
Acetato de metilprednisolona 40 mg IM dose única;
Dipropionato + fosfato dissódico de betametasona 5 mg + 2 mg IM dose única.

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de resposta ao tratamento.

Taxa de adesão ao tramento.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A AR pode afetar significativamente a qualidade de vida, limitando atividades diárias, levando à dor crônica e impacto emocional.

Acompanhamento regular com profissionais de saúde é essencial para monitorar a progressão da doença, ajustar tratamentos e oferecer apoio contínuo.

Essas considerações fornecem uma visão abrangente sobre a artrite reumatoide e a importância de seu manejo adequado.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. Ann Rheum Dis. 2017; 76(6):960-77.

England BR, Barber CEH, Bergman M, et al. Adaptation of American College of Rheumatology Rheumatoid Arthritis Disease Activity and Functional Status Measures for Telehealth Visits. Arthritis Care Res (Hoboken). 2021; 73(12):1809-

Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, et al. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. Rev Bras Reumatol. 2012; 52(2):135-74.

Mota LMH, Cruz BA, Albuquerque CP, et al. Posicionamento sobre o uso de tofacitinibe no algoritmo do Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. Rev Bras Reumatol. 2015; 55(6):512-21.

Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica Nº 41/2018-DAF/SCTIE/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
BURSITE				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de bursite.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3. DEFINIÇÕES

LES: Lúpus Eritematoso Sistêmico.

VO: Via Oral.

IM: Intramuscular.

EV: Endovenoso.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Outras Condições Musculoesqueléticas

Artrite: Diferenciar a bursite de artrites, como artrite reumatoide ou osteoartrite, que também causam dor e inchaço nas articulações.

Tendinite: Inflamação de tendões que pode apresentar sintomas semelhantes à bursite.

Lesões Traumáticas

Fraturas ou Entorses: Lesões agudas ou traumas que podem causar dor e inchaço na área afetada devem ser excluídos.

Infecções

Bursite Infecciosa: É importante identificar se há uma infecção na bursa, o que requer um tratamento diferente.

Doenças Metabólicas

Gota: Acúmulo de cristais de ácido úrico que pode causar inflamação e dor articular, podendo ser confundido com bursite.

Doenças Sistêmicas

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES): Pode causar inflamação articular e sintomatologia que se assemelha à bursite.

Doenças Reumáticas: Outras doenças autoimunes que podem se manifestar com dor articular.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Causas Neurológicas

Radiculopatia: Compressão ou irritação dos nervos que pode causar dor irradiada, confundindo-se com dor local de bursite.

História de Uso de Medicamentos

Medicamentos que Afetam a Inflamação: Uso de corticosteroides ou anti-inflamatórios que podem mascarar os sintomas.

Duração e Padrão dos Sintomas

Sintomas que são episódicos ou transitórios, sem um padrão crônico, podem não justificar um diagnóstico de bursite.

A exclusão de outras condições é essencial para um diagnóstico preciso de bursite e para garantir que o tratamento seja adequado.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

É a inflamação da bursa, pequena bolsa preenchida por líquido e determinada pela membrana sinovial, presente nas regiões móveis do sistema musculoesquelético. As bursas mais profundas servem como "rolamentos de esferas", permitindo que os músculos deslizem uns sobre os outros e sobre proeminências ósseas. Já as bursas mais superficiais servem como amortecedores entre a pele e o osso.

A bursite aguda decorre tipicamente de traumas, doenças microcristalinas ou infecções. A bursite crônica tem relação com sobreuso articular repetitivo, microtraumas ou artropatias inflamatórias.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.2 Apresentação Clínica

Anamnese

Bursite aguda: No processo agudo, os pacientes apresentam dor desencadeada pela movimentação ativa dos músculos relacionados. À movimentação passiva, a dor tende a ser menor, mas se acentua quando o movimento distende ou comprime a bursa, gerando aumento da pressão intrabursal. O quadro clínico costuma ser bastante expressivo, alguns casos cursando com eritema local.

Bursite crônica: As bursites crônicas são frequentemente associadas a outras causas de ombro doloroso e tendem a ser menos sintomáticas que as formas agudas. Em alguns casos, alterações relacionadas com a contratura e com a atrofia muscular pela imobilidade podem ser observadas.

Bursites profundas: Geralmente, ocorrem em conjunto ou são secundárias a alterações de tendões e/ou articulações adjacentes. Por exemplo, a bursite trocantérica costuma ser concomitante à tendinopatia de glúteo médio, podendo causar lombalgia crônica, descondicionamento muscular e/ou artropatia em joelho contralateral.

Localização: Os locais mais frequentes de dor são o ombro (bursa subacromial), cotovelo (bursa olecraniana), quadril (bursas trocantérica e isquiádica), joelho (bursa anserina e pré-patelar) e tornozelo (bursa retrocalcânea).

Fatores de Risco

Trauma;
Pressão prolongada (ficar ajoelhado ou apoiado no cotovelo por longo período);
Sobreuso articular ou atividade vigorosa;
Artropatia induzida por cristais (gota, doença por depósito de pirofosfato de cálcio ou de fosfato básico de cálcio);
Artropatia inflamatória (artrite reumatoide, espondiloartrites);
Infecção secundária a trauma perfurante da pele (mais comum) ou disseminação hematogênica;
Obesidade.

Exame Físico

Ocorre dor à mobilização ativa, com relativo alívio à mobilização passiva. A dor pode ser agravada ou desencadeada pela palpação da bursa acometida.

Edema e eritema podem ser observados apenas nos processos superficiais e agudos, como olécrano, pré-patelar, infrapatelar e retrocalcânea, principalmente de etiologia traumática, infecciosa e microcristalina. Bursites profundas, como anserina, subacromial e trocantérica, raramente associam-se a sinais flogísticos significativos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A pesquisa de abrasão, ferimento ou celulite é particularmente importante na avaliação de bursite superficial. A presença de poliartrite deve levantar a hipótese de outra doença sistêmica associada.

8.3 Diagnóstico

O diagnóstico de bursite é clínico. Baseia-se na história compatível e dor à palpação das bursas.

Radiografia: Na avaliação inicial, serve para excluir fraturas ou presença de corpos estranhos. O exame também é capaz de detectar calcificações (bursites calcíficas) ou gás na região da bursa, sendo o último achado sugestivo de infecção por bactéria produtora de gás. No entanto, não deve ser solicitado de rotina. O diagnóstico de periartrites, incluindo as bursites, é clínico e raramente necessita de complementação por método de imagem.

Ultrassonografia e ressonância magnética: Raramente são necessárias e não devem ser solicitadas de rotina. A ultrassonografia tem emergido como tecnologia auxiliar para realização de aspirações de líquido sinovial para fins diagnósticos e para infiltração de estruturas profundas. A ressonância magnética é o exame que permite maior detalhamento anatômico das estruturas periarticulares e é capaz de detectar processos inflamatórios precocemente nas ponderações sensíveis a líquido (T2 e STIR).

Aspiração de líquido intrabursal para análise: Duas principais indicações:

Excluir etiologia infecciosa;
Contribuir para o diagnóstico de doença microcristalina, como gota ou doença por depósito de pirofosfato de cálcio.

8.4 Diagnóstico Diferencial

Distúrbios periarticulares (ex.: tendinopatias);
Distúrbios articulares degenerativos (ex.: osteoartrite);
Artrites microcristalinas (ex.: gota e doença por depósito de Pirofosfato de cálcio);
Espondiloartrites;
Outras artropatias inflamatórias (ex.: artrite reumatoide);
Trauma.

8.5 Tratamento

Tratamento Farmacológico

Escolha um dos esquemas ou associe-os conforme necessidade clínica:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Esquema A: Analgésicos comuns. Escolha uma das opções:

Dipirona (500 mg ou 1.000 mg/comprimido) 500-1.000 mg VO de 6/6 horas;
Dipirona (500 mg/mL) 20-40 mg VO de 6/6 horas;
Paracetamol (500 mg ou 750 mg/comprimido) 750 mg VO de 6/6 horas;
Paracetamol (200 mg/mL) 35-55 gotas VO de 6/6 horas.

Esquema B: AINEs: Paciente muito sintomáticos ou refratários ao Esquema A. Escolha uma das opções:

Ibuprofeno (600 mg/comprimido) 200-600 mg VO a cada 4-6 horas, por 5-7 dias;
Diclofenaco (75 mg/3 mL) 50-100 mg VO/EV a cada 6-8 horas (dose máxima: 200 mg/dia), por 5-7 dias;
Naproxeno (250 mg/comprimido) 250-500 mg/dose VO 2x/dia, por 5-7 dias;
Indometacina (25 mg/comprimido) 25-50 mg/dose VO 3x/dia, por 5-7 dias;
Cetoprofeno (100 mg/frasco) 50-100 mg VO/EV de 8/8 horas (dose máxima: 400 mg/dia), por 5-7 dias;
Piroxicam (40 mg/2 mL) 20-40 mg VO/EV 1x/dia, por 5-7 dias;
Celecoxibe (100-200 mg/comprimido) 100 mg VO 2x/dia, por 5-7 dias;
Tenoxicam (20 mg/2 mL) 20-40 mg VO/EV 1x/dia (máximo de 40 mg/dia), por 5-7 dias;
Nimesulida (100 mg/comprimido) 50-100 mg VO de 12/12 horas, por 5-7 dias;
Meloxicam (15 mg/1,5 mL) 7,5-15 mg VO/EV a cada 12-24 horas, por 5-7 dias.

Esquema C: Infiltração com corticoide + anestésico local. Preferido em pacientes muito sintomáticos para facilitar a reabilitação ou naqueles que têm contraindicação ao uso de AINEs:

Associação:

I. Corticoide de depósito+II. Lidocaína 1% sem vasoconstrictor: o suficiente para criar a solução final a ser infiltrada. A quantidade de solução a ser usada varia conforme a topografia da lesão.

Opções de corticoide de depósito (I):

Betametasona (1 mL de pó para suspensão injetável) 1-2 mL por injeção intrabúrsica;
Metilprednisolona (40 mg/mL) 2 mL por injeção intrabúrsica.

Orientações ao Paciente

O repouso articular absoluto deve ser evitado, visto que se associa a piores desfechos;

Reabilitação com fisioterapia motora (cinesioterapia) para melhora funcional;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Não há evidências suficientes para recomendação do uso de meios térmicos em reumatologia; podem ser medidas adjuvantes ao tratamento, mas nunca como medida isolada.

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de recorrência.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buchbinder R, Green S, Youd JM. Corticosteroid injections for shoulder pain. Cochrane Database Syst Rev. 2003; 2003(1):CD004016.

Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, et al. Kelley & Firestein's textbook of rheumatology. 11th ed. Philadelphia: Elsevier, 2020.

West SG, Kolfenbach J. Rheumatology secrets. 4th ed. Philadelphia: Elsevier, 2020.

Goldman L, Cooney KA. Cecil medicine. 27th ed. Philadelphia: Elsevier, 2023.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Hochberg MC, Gravallese MD, Smolen SS, et al. Rheumatology. 8th ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.

Silva F, Adams T, Feinstein J, et al. Trochanteric bursitis: refuting the myth of inflammation. J Clin Rheumatol. 2008; 14(2):82-6.

Smith DL, McAfee JH, Lucas LM, et al. Treatment of nonseptic olecranon bursitis. A controlled, blinded prospective trial. Arch Intern Med. 1989; 149(11):2527-30.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
FIBROMIALGIA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de fibromialgia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

VO: Via Oral.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Outras condições médicas: É importante excluir doenças como artrite reumatoide, lupus eritematoso sistêmico, hipotireoidismo e síndrome da fadiga crônica, entre outras.

Distúrbios psicológicos: Sintomas relacionados a depressão, ansiedade ou outras condições psiquiátricas podem se sobrepor, então uma avaliação cuidadosa é necessária.

Uso de medicamentos: Alguns medicamentos podem causar sintomas semelhantes à fibromialgia, por isso é importante revisar a medicação do paciente.

Histórico médico completo: Uma avaliação abrangente do histórico médico, incluindo histórico familiar de doenças autoimunes ou condições relacionadas, é essencial.

Exames laboratoriais e de imagem: Esses testes podem ser utilizados para descartar outras causas dos sintomas, como inflamação ou infecções.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Dor musculoesquelética crônica generalizada, sem substrato orgânico ou outra causa identificável, relacionada com um distúrbio de regulação da dor. Caracterizada por acometimento difuso (previamente definido como em ambos os dimídios, acima e abaixo da cintura e dor axial), associa-se a fadiga, distúrbios cognitivos e do sono, além de diversas desordens psicossomáticas.

Ocorre mais frequentemente em mulheres, apresenta importante agregação familiar e frequentemente acomete pacientes portadores de outras doenças reumatológicas.

Entre os mecanismos responsáveis pela alteração no processamento da dor, encontram-se o fenômeno de somação temporal (aumento da intensidade da dor após estímulos nociceptivos curtos e repetitivos), a deficiência dos sistemas analgésicos endógenos e alterações em receptores e neuropeptídeos relacionados com a dor. Observam-se aumento de substância P, glutamato e fator de crescimento do nervo e redução de noradrenalina, serotonina, dopamina e GABA.

8.2 Apresentação Clínica

Quadro Clínico

Dor musculoesquelética difusa é a característica central da doença. Todos os segmentos do corpo podem ser acometidos. A característica da dor (mecânica ou inflamatória) varia conforme o paciente e, muitas vezes, não auxilia no diagnóstico diferencial com artropatias inflamatórias.

Além disso, é frequente a associação a distúrbios psicossomáticos diversos, como transtornos do humor e de ansiedade, distúrbios cognitivos, como dificuldade de concentração ou atenção, lentificação e alterações de memória (fibro fog), distúrbios do sono, cefaleia tensional, enxaqueca, síndrome do intestino irritável, cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa, síndrome das pernas inquietas, parestesias, entre outros.

Exame físico

É necessário exame osteoarticular completo para se realizar o diagnóstico diferencial com causas orgânicas identificáveis. Na fibromialgia, ocorre dor à palpação de múltiplos grupos musculares e articulações, porém sem sinais de sinovite ao exame clínico. Inspeção, mobilização ativa e passiva e manobras especiais são normais. O restante do exame físico é normal em pacientes sem comorbidades.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.3 Diagnóstico

O diagnóstico da fibromialgia é clínico e pode ser confirmado por critérios classificatórios/diagnósticos. Com base na presença de dor musculoesquelética crônica difusa e na ausência de outras causas que justifiquem os sintomas, a fibromialgia pode estar associada a doenças psicossomáticas.

Os pacientes muitas vezes precisam realizar exames iniciais, de acordo com a avaliação clínica, para excluir outras origens da dor, como hipotireoidismo, polimialgia reumática e artropatias inflamatórias. Na fibromialgia, esses exames são normais.

Exames de rotina:

Hemograma;
VHS;
PCR;
Creatinina;
Eletrólitos;
TGO;
TGP;
TSH.

8.4 Diagnóstico Diferencial

Síndrome da dor miofascial;
Hipotireoidismo;
Polimialgia reumática;
Artropatias inflamatórias:
Artrite reumatoide;
Espondilartrites.
Depressão;
Síndrome de fadiga crônica;
Síndromes paraneoplásicas/metástases;
Osteomalacia;
Síndrome de hipermobilidade articular.

8.5 Tratamento

Tratamento Farmacológico – Primeira Linha

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Associação:

I. Analgésico+II. Ciclobenzaprina (5 mg/comprimido ou 15 mg/comprimido de liberação lenta): 5-10 mg VO à noite. Em caso de necessidade de aumento de dose, podem ser usados até 10 mg de 8/8 horas (intolerância frequente com doses mais altas). Para os comprimidos de liberação lenta, usar 15 mg à noite.

Opções de analgésicos (I):

Dipirona (500 ou 1.000 mg/comprimido) 500-1.000 mg VO até de 6/6 horas em caso de dor;
Dipirona (500 mg/mL) 20-40 gotas VO até de 6/6 horas em caso de dor;
Paracetamol (500 ou 750 mg/comprimido) 500-750 mg VO até de 6/6 horas em caso de dor;
Paracetamol (200 mg/mL) 35-55 gotas VO até de 6/6 horas em caso de dor;
Se dor refratária às medidas instituídas: Tramadol (50 mg) 1 comprimido de 6/6 horas (associar à Dipirona ou ao Paracetamol). Evitar prescrição pelo risco de dependência. Pode ser aumentado até, no máximo, 400 mg/dia.

Esquema B: Casos refratários ao esquema A ou sintomas mais intensos.

Associação:

I. Analgésico+II. Modulador central da dor.

Opções de analgésicos (I):

Dipirona (500 ou 1.000 mg/comprimido) 500-1.000 mg VO até de 6/6 horas em caso de dor;
Dipirona (500 mg/mL) 20-40 gotas VO até de 6/6 horas em caso de dor;
Paracetamol (500 ou 750 mg/comprimido) 500-750 mg VO até de 6/6 horas em caso de dor;
Paracetamol (200 mg/mL) 35-55 gotas VO até de 6/6 horas em caso de dor;
Se dor refratária às medidas instituídas: Tramadol (50 mg) 1 comprimido de 6/6 horas (associar à Dipirona ou ao Paracetamol). Evitar prescrição pelo risco de dependência. Pode ser aumentado até, no máximo, 400 mg/dia.

Opções de moduladores centrais da dor (II):

1ª linha (habitualmente disponível no SUS): Amitriptilina (10 mg ou 25 mg/comprimido) 10-50 mg VO à noite. Iniciar com doses mais baixas (10-25 mg) e aumentar conforme a resposta, geralmente não excedendo 75 mg/dia (a não ser que haja indicação de doses mais altas devido à depressão);
Duloxetina (30 mg ou 60 mg/cápsula) 30-60 mg VO pela manhã. Iniciar com 30 mg/dia e aumentar, conforme a resposta, até 60 mg/dia. Em pacientes ainda refratários, podem-se utilizar 60 mg VO de 12/12 horas (geralmente evitado);
Venlafaxina (37,5 mg ou 75 mg/comprimido) 37,5 mg VO pela manhã. Aumentar até 75 mg/dia conforme a ausência de melhora dos sintomas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Desvenlafaxina (50 mg ou 100 mg/comprimido) 50 mg VO pela manhã. Aumentar até 200 mg/dia conforme a ausência de melhora dos sintomas;

Gabapentina (300 mg ou 400 mg/cápsula) iniciar com 300 mg VO de 8/8 horas e titular a dose conforme a resposta clínica (máximo de 2.400 mg/dia). Ajustar a dose conforme a função renal;

Pregabalina (75 mg ou 150 mg/comprimido) iniciar com 75 mg VO à noite ou de 12/12 horas e aumentar conforme a resposta clínica (dose recomendada: 300-450 mg/dia; dose máxima: 600 mg/dia). Ajustar a dose conforme a função renal.

Esquema C: Casos refratários ao esquema B.

Associação:

I. Analgésico+II. Inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina+III. Anticonvulsivantes ligantes alfa-2/delta.

Opções de analgésicos (I):

Dipirona (500 ou 1.000 mg/comprimido) 500-1.000 mg VO até de 6/6 horas em caso de dor;

Dipirona (500 mg/mL) 20-40 gotas VO até de 6/6 horas em caso de dor;

Paracetamol (500 ou 750 mg/comprimido) 500-750 mg VO até de 6/6 horas em caso de dor;

Paracetamol (200 mg/mL) 35-55 gotas VO até de 6/6 horas em caso de dor;

Se dor refratária às medidas instituídas: Tramadol (50 mg) 1 comprimido de 6/6 horas (associar à Dipirona ou ao Paracetamol). Evitar prescrição pelo risco de dependência. Pode ser aumentado até, no máximo, 400 mg/dia.

Opções de inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (II):

Duloxetina (30 mg ou 60 mg/cápsula) 30-60 mg VO pela manhã. Iniciar com 30 mg/dia e aumentar, conforme a resposta, até 60 mg/dia. Em pacientes ainda refratários, podem-se utilizar 60 mg VO de 12/12 horas (geralmente evitado);

Venlafaxina (37,5 mg ou 75 mg/comprimido) 37,5 mg VO pela manhã. Aumentar até 75 mg/dia conforme a ausência de melhora dos sintomas;

Desvenlafaxina (50 mg ou 100 mg/comprimido) 50 mg VO pela manhã. Aumentar até 200 mg/dia conforme a ausência de melhora dos sintomas.

Opções de anticovulsivantes ligantes alfa-2/delta (III):

Pregabalina (75 mg ou 150 mg/comprimido) iniciar com 75 mg VO à noite ou de 12/12 horas e aumentar conforme a resposta clínica (dose recomendada: 300-450 mg/dia; dose máxima: 600 mg/dia). Ajustar a dose conforme a função renal;

Gabapentina (300 mg ou 400 mg/cápsula) iniciar com 300 mg VO de 8/8 horas e titular a dose conforme a resposta clínica (máximo de 2.400 mg/dia). Ajustar a dose conforme a função renal.

Tratamento não Framacológico

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Educação do paciente (ex.: garantir ao paciente que a doença e a dor são reais e explicar: sobre centralização da dor, que a doença não leva à morte ou a deformidades e acerca da importância da atividade física regular, entre outras orientações).
Atividade física regular (aeróbica – maior corpo de evidência – e de fortalecimento). Orientar início com menos intensidade e menor duração, aumentando gradual e progressivamente.
Higiene do sono.
Terapia cognitivo-comportamental.

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de resposta ao tratamento;
Taxa de recorrência.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O tratamento da fibromialgia é multidisciplinar, sendo necessário reforçar a importância das medidas não farmacológicas (principalmente exercícios físicos), estimular a participação ativa do paciente no tratamento e sempre orientar quanto à benignidade da condição.

Medidas não farmacológicas: Orientação sobre a doença, educação do paciente, higiene do sono, atividades físicas (baseadas em solo ou água), perda ponderal, em se tratando de pacientes com excesso de peso, e terapia cognitivo-comportamental. O exercício aeróbio é a única recomendação terapêutica imperativa para a fibromialgia, visto que há evidências de redução da dor, melhora da função física e boa tolerabilidade. O treinamento de força e flexibilidade não foi extensivamente estudado, apesar de pequenos ensaios mostrarem benefícios similares aos do exercício aeróbio. As atividades físicas devem ser idealmente supervisionadas para melhorar a adesão do paciente (geralmente reduzida).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Relaxantes musculares: Ciclobenzaprina 5-30 mg/dia. Por ter a estrutura de um antidepressivo tricíclico, as restrições e os efeitos colaterais são semelhantes nesse grupo, exibindo efeito positivo na dor e no sono.

Antidepressivos tricíclicos: Amitriptilina 10-75 mg/dia. Tem efeito positivo na dor, no humor e no sono. Pode causar xerostomia, xeroftalmia, constipação, retenção e arritmias cardíacas (doses mais elevadas). Útil em pacientes com insônia. Atenção! Evitar em pacientes com glaucoma não controlado (risco de elevação da pressão intraocular).

Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina: Duloxetina 30-120 mg/dia (preferencialmente, por ser a mais estudada), Venlafaxina 37,5-75 mg/dia e Desvenlafaxina 50-200 mg/dia. Apresentam efeitos positivos na dor e no humor.

Anticonvulsivantes: Gabapentina até 2.400 mg/dia e Pregabalina até 600 mg/dia. Doses máximas são raramente toleradas devido aos efeitos colaterais. Apresentam efeitos positivos na dor e no sono.

Inibidores da recaptação da serotonina: Bom efeito no humor, porém com piores respostas à dor, à fadiga e ao sono. Podem ser prescritos para casos de transtornos do humor ou de ansiedade associados e, geralmente, em associação a outra medicação atuante na dor.

Opioides: Devem ser evitados na fibromialgia devido ao pouco benefício e à associação a maiores danos. Tramadol é o único opioide que pode ser considerado na fibromialgia em função dos seus efeitos de inibição de recaptação de serotonina e noradrenalina, mas seu uso rotineiro deve ser evitado pelo risco de dependência. O uso contínuo e frequente também deve ser evitado. Não se devem prescrever opioides fortes.

Canabinoides: Estudos têm demonstrado seu papel na melhora dos distúrbios do sono e da fadiga, porém sem efeitos expressivos na dor em pacientes com fibromialgia. Os resultados ainda são inconclusivos, portanto seu papel ainda será definido na árvore terapêutica da fibromialgia. Via de regra, não devem ser utilizado de maneira rotineira.

Anti-inflamatórios não esteroidais: Não apresentam benefícios e devem ser evitados, o mesmo valendo para os corticoides.

Analgésicos simples: Devido ao baixo potencial de dano, podem ser considerados uma terapia adjuvante na conduta inicial, especialmente em momentos de exacerbação da dor, apesar da pouca evidência de sua eficácia no controle de dor na fibromialgia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis. 2017; 76:318-328.

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Arthritis Rheum. 1990; 33:160-72.

Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res. 2010; 62:600-10.

Hochberg MC, Gravallese E, Silma AJ, et al. Rheumatology. 8th ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.

Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, et al. Kelley & Firestein's Textbook of Rheumatology. 11th ed. Philadelphia: Elsevier, 2020.

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 1a ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2012.

Kleykamp BA, Ferguson MC, McNicol E, et al. The Prevalence of Psychiatric and Chronic Pain Comorbidities in Fibromyalgia: an ACTTION systematic review. Semin Arthritis Rheum. 2021; 51:166.

Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Semin Arthritis Rheum. 2016; 46:319.

Cuenca-Martínez F, Suso-Martí L, Fernández-Carnero J, et al. Exercise-based interventions on sleep quality in patients with fibromyalgia syndrome: An umbrella and mapping review with meta-analysis. Semin Arthritis Rheum. 2023; 61:152216.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
GOTA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de gota.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

VO: Via Oral.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

VHS: Velocidade de hemossedimentação.

PCR: Reação em Cadeia Polimerase.

CPPD: Doença do depósito de cristais de pirofosfato de cálcio dihidratado.

DECT: Tomografia computadorizada de dupla energia.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Artrite devido a outras causas: Exclusão de artrite séptica, artrite reativa, artrite psoriática e outras condições que podem mimetizar a gota.

Doenças renais: Avaliar a função renal, já que problemas renais podem causar alterações nos níveis de ácido úrico.

História de uso de medicações: Alguns medicamentos, como diuréticos, podem aumentar os níveis de ácido úrico.

Níveis de ácido úrico: Em alguns casos, níveis normais de ácido úrico durante a crise não excluem gota, mas a persistência de níveis elevados é um indicativo.

Condições metabólicas: Exclusão de condições como síndrome metabólica, diabetes tipo 2 ou hipertensão que podem influenciar os níveis de ácido úrico.

Esses critérios ajudam a assegurar que o diagnóstico de gota seja preciso e que outras condições não sejam negligenciadas.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Doença caracterizada pela deposição de cristais de urato monossódico no meio extracelular de articulações, ossos e tecidos moles. Pode manifestar-se por ataques recorrentes de artrite (crise aguda de gota), artropatia crônica, depósitos tofáceos de cristais de urato, nefrolitíase e nefropatia crônica.

8.2 Apresentação Clínica

Anamnese

Quadro clínico: Diferenciam-se quatro estágios na história natural da doença por deposição de cristais de urato (gota), sendo eles:

Hiperuricemia assintomática: Antes de desenvolver a primeira crise aguda de gota, o paciente normalmente apresenta hiperuricemia assintomática por vários anos;

Artrite gotosa aguda: Episódio agudo de gota caracterizado por dor monoarticular intensa, calor, rubor, edema e limitação funcional da articulação envolvida, mais comumente em membro inferior (primeira metatarsofalângica ou joelho, porém não limitada a essas articulações):

O quadro inflamatório atinge seu pico em 12-24 horas, com melhora em dias a semanas, mesmo sem tratamento;
Crises de artrite gotosa são mais comuns durante a noite;
A inflamação pode se estender por articulações e tendões próximos (tenossinovite) e pelo tecido celular subcutâneo (simulando um quadro de celulite infecciosa);
Em menos de 20% dos casos, a manifestação inicial é de uma poliartrite gotosa. Com a progressão da doença, os episódios se tornam, porém, mais frequentes (menor período intercrítico) e acometem um maior número de articulações.
Período intercrítico e artrite gotosa recorrente: Período que se inicia após a crise aguda, estendendo-se até o episódio de crise seguinte. Inicialmente, o período intercrítico caracteriza-se por ser totalmente assintomático; no entanto, com a progressão da doença, podem ocorrer sintomas relacionados à lesão crônica das articulações (gota avançada). A recorrência costuma acontecer, na maioria dos indivíduos sem tratamento, em até 2 anos após o primeiro episódio, podendo ser tão mais precoce quanto maiores os níveis de ácido úrico;

Artrite gotosa avançada (gota tofácea crônica): Caracterizada por coleções de sais de urato sólidos acompanhados por inflamação crônica, com destruição do tecido circunjacente. Tofos são comuns nas orelhas, em estruturas articulares, tendões ou bursas. Raramente, pacientes podem

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

apresentar gota tofácea crônica sem episódios prévios de artrite gotosa aguda, devendo-se suspeitar de doenças mieloproliferativas ou defeitos enzimáticos hereditários nestes casos.

Fatores de risco: Idade avançada, sexo masculino ou feminino após menopausa, hiperuricemia (> 7 mg/dL), obesidade, hipertensão arterial, hiperlipidemia, cardiopatia isquêmica, diabetes mellitus, doença renal crônica, fatores dietéticos (dieta rica em purinas, de origem animal e frutos do mar; bebidas ricas em frutose ou sacarose), álcool, medicamentos que alteram o balanço do ácido úrico (ex.: tiazídicos, diuréticos de alça, Ácido acetilsalicílico em baixas doses, ciclosporina), pós-transplante de órgãos.

Fatores desencadeantes de quadro agudo: Trauma, cirurgia recente, alimentos gordurosos, desidratação, baixas temperaturas, jejum, uso de medicamentos que alteram o balanço do ácido úrico (ex.: Alopurinol, diuréticos de alça ou tiazídicos, Ácido acetilsalicílico, agentes uricosúricos), transgressão dietética (com alto consumo de alimentos ricos em ácido úrico), outras artropatias concomitantes (osteoartrite, artrite reumatoide), início do tratamento de hiperuricemia.

Complicações: Infecção secundária, nefropatia por ácido úrico, nefrolitíase, artrite degenerativa grave, fraturas em articulações com gota tofácea, neuropatias compressivas.

Exame Físico

Artrite gotosa aguda: Monoartrite (principalmente no primeiro episódio) ou poliartrite (mais comuns com a progressão da doença), com calor, rubor, dor e edema em articulações acometidas e estruturas periarticulares. A febre é incomum, mas pode estar presente. Raramente pode se manifestar como poliartrite migratória.

Artrite gotosa avançada (gota tofácea crônica): Presença de tofos em tecidos moles, principalmente orelhas, dedos, bursa pré-patelar e olécrano. Em casos graves, pode acometer o olho, com nódulos conjuntivais, ceratopatia em banda, visão turva, esclerite e, raramente, uveíte anterior.

6.3 Diagnóstico

Na suspeita de gota, o exame diagnóstico definitivo é sinovianálise, que identifica a presença de cristais de urato monossódico no líquido sinovial obtido por artrocentese. Exames laboratoriais podem ser úteis para caracterizar a presença de hiperuricemia e para diagnóstico diferencial.

Exames de rotina:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Sinovianálise: Deve incluir celularidade com diferencial de leucócitos, bacterioscopia por gram e cultura e microscopia com luz polarizada para visualização de cristais;

Alterações: O líquido sinovial é inflamatório, com contagem de leucócitos variando entre 10.000-100.000, havendo predomínio de neutrófilos. A visualização de cristais de urato monossódico intracelular apresenta boa sensibilidade (cerca de 85%) e alta especificidade (próxima de 100%) para o diagnóstico de artrite gotosa aguda. Os cristais de urato monossódico são visualizados como agulhas com forte birrefringência negativa;

Observação! A presença de cristais de urato monossódico não exclui a possibilidade de outra artropatia concomitante (especialmente artrite séptica e CPPD);

No momento da crise, pode haver leucocitose neutrofílica com elevação de VHS e PCR, porém tem pouco valor diagnóstico, uma vez que pode ocorrer em outras artrites;

Exames laboratoriais:

Hemograma completo;
Lipidograma;
Glicose;
Função renal;
Hepatograma;
PCR;
VHS;
Ácido úrico sérico;
Ácido úrico urinário em 24 horas.

A presença de hiperuricemia não é diagnóstica de gota, embora sua presença dentro de um quadro clínico sugestivo favoreça o diagnóstico. Hiperuricemia é necessária para a fisiopatologia da doença, mas pode não estar presente no momento da crise. Além disso, a maioria dos pacientes com hiperuricemia nunca apresentará um episódio de gota;

Mesmo durante o período intercrítico, artrocentese costuma revelar a presença de cristais em pacientes virgens de tratamento e em cerca de 70% daqueles em tratamento para hiperuricemia. No entanto, não deve ser realizada de rotina no período intercrítico, dada a dificuldade técnica para obtenção de amostras de líquido sinovial.

Exames de Imagem

Alterações radiológicas podem ser sugestivas de gota. Em geral, indicam o estágio da doença, com evidências de remodelação articular e edema.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Radiografia simples da articulação: Erosões com bordas salientes; lesões em "saca-bocado" com bordas escleróticas; ausência de osteopenia periarticular; localização externa à cápsula articular; distribuição assimétrica, principalmente em extremidades de membros inferiores.

Ultrassonografia articular: Sinal do duplo contorno (linha hiperecoica na superfície da cartilagem articular com contorno ósseo hiperecoico adjacente); agregados e tofos; imagem em "nevasca"; erosões ósseas adjacentes ao material tofáceo.

Tomografia computadorizada: Complementar à radiografia para caracterizar erosões. Não deve ser solicitada de rotina.

Tomografia computadorizada de dupla energia (DECT): Evidência de depósitos de uratos em tecidos peri e articulares, distinguindo-os de depósito de cálcio.

Ressonância magnética: Cistos ósseos subcorticais; articulação metatarsofalângica com erosão óssea; bordos salientes.

6.4 Diagnóstico Diferencial

Artrite séptica;
Doença por depósito de pirofosfato de cálcio e outras artrites microcristalinas;
Artrite reumatoide;
Artrite reativa;
Artrite psoriásica;
Outras espondiloartrites;
Polimialgia reumática;
Bursite;
Tenossinovite;
Dactilite;
Osteomielite;
Trauma;
Celulite;
Nefrolitíase.

6.5 Tratamento

Tratamento Farmacológico

Escolha um dos esquemas:

Esquema A: Controle da artrite com anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Escolha uma das opções:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Diclofenaco (50 mg/comprimido) 50 mg/dose (dose máxima: 200 mg/dia) VO até de 8/8 horas, por 5-7 dias;

Cetoprofeno (50 mg/comprimido) 25-50 mg (dose máxima: 200 mg/dia) VO até de 6/6 ou 8/8 horas, por 5-7 dias;

Meloxicam (7,5 mg/comprimido) 7,5-15 mg VO 1x/dia, por 5-7 dias;

Naproxeno (500 mg/comprimido) 500 mg VO 2x/dia, por 5-7 dias;

Ibuprofeno (400, 600 mg/comprimido) 400-600 mg VO até de 6/6 horas, por 5-7 dias;

Indometacina (50 mg/comprimido) 50 mg VO 3x/dia, por 5-7 dias;

Celecoxibe (200 mg/comprimido) 200 mg VO 1-2x/dia, por 5-7 dias.

Esquema B: Controle da artrite com Colchicina:

Colchicina (0,5 mg/comprimido) 1 mg, seguido de 0,5 mg após 1 hora no 1º dia (totalizando 1,5 mg no 1º dia), seguido de 0,5 mg de 12/12 horas a partir do 2º dia, até o controle da crise ou, caso haja indicação de tratamento hipouricemiante, até que o paciente se mantenha nos alvos programados de ácido úrico e sem crises pelo período de 3-6 meses.

Esquema C: Controle da artrite com glicocorticoides sistêmicos. Escolha uma das opções:

Prednisona (5 mg/comprimido ou 20 mg/comprimido) 30-40 mg/dia VO, em dose única diária pela manhã ou fracionada 2x/dia, por 7-10 dias. Pode haver extensão da duração por até 14-21 dias em pacientes com relato de surtos rebotes anteriores após retirada ou redução de corticoide;

Metilprednisolona 40 mg IM, dose única;

Dipropionato de betametasona 5 mg/mL + Fosfato dissódico de betametasona (2 mg/mL) 1 mL IM, dose única.

Esquema D: Controle da artrite com corticoide intra-articular. Artrocentese seguida de injeção intra-articular após exclusão de infecção. Escolha uma das opções:

Triancinolona acetonida 40 mg para articulações grandes (joelho);

Triancinolona acetonida 30 mg para articulações médias (punho, tornozelo, cotovelo);

Acetato de metilprednisolona 20-80 mg para articulações grandes;

Acetato de metilprednisolona 10-40 mg para articulações médias (cotovelo e punho);

Acetato de metilprednisolona 4-10 mg para articulações pequenas (mão, pé e clavícula).

Tratamento profilatico

Tratamento Farmacológico

Escolha um dos esquemas ou associe-os conforme necessidade clínica:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Esquema A: Inibidores da xantina oxidase. Hipouricemiante preferencial (primeira linha de tratamento):

Alopurinol (100 ou 300 mg/comprimido) 50-100 mg VO 1x/dia. Aumentar dose em 50-100 mg a cada 2-4 semanas, até a dose-alvo. Doses acima de 300 mg/dia devem ser divididas em duas tomadas (dose máxima: 800-900 mg/dia).

Esquema B: Agentes uricosúricos. Reservados para pacientes que não conseguem atingir o alvo com Alopurinol e sem contraindicações a uricosúricos:

Benzobromarona (100 mg/comprimido) 50 mg VO 1x/dia. Aumentar dose para até 200 mg/dia, conforme necessidade e tolerância. Segunda opção no tratamento hipouricemiante:
Deve ser acrescentado ao tratamento com um inibidor da xantina oxidase;

Contraindicado na presença ou passado de nefrolitíase e/ou uricosúria > 1.000 mg/24 horas.

Esquema C: Terapia anti-inflamatória. Para profilaxia de crise em paciente com início de tratamento hipouricemiante. Manter por 3-6 meses sem crises e tofos após atingir alvo pretendido. Escolha uma das opções:

Colchicina (0,5 mg/comprimido) 0,5 mg VO de 12/12 horas;
Alternativa para aqueles com contraindicação ou intolerância ao uso de Colchicina: Prednisona 5 mg/dia VO de 24/24 horas.

Tratamento Não Farmacológico

Redução do peso para o ideal.
Mudanças em hábitos dietéticos:
Preferir alimentos com baixo teor de purinas e gordura saturada, reduzir ingestão de refrigerantes, néctares e bebidas com alto teor de sacarose e frutose;
Preferir a ingestão de fontes vegetais de proteínas.
Redução da ingestão de álcool e, preferencialmente, interrupção.
Substituição, quando possível, de medicações e/ou alimentos que aumentem a produção de ácido úrico ou diminuam sua excreção:
Atenção! O Ácido acetilsalicílico profilático não deve ser interrompido quando indicado para prevenção de eventos cardiovasculares.

Manejo adequado de comorbidades comuns em pacientes com gota, como a hipertensão arterial sistêmica, doença renal crônica, doença cardiovascular e componentes da síndrome metabólica (diminuição a níveis adequados de colesterol total, triglicerídeos e glicemia):
Substituir diuréticos tiazídicos por outros anti-hipertensivos, quando possível;
Preferir Losartana a outros anti-hipertensivos, se factível, em razão do efeito uricosúrico;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Não devem ser trocados outros agentes hipolipemiantes por Fenofibrato somente por seu efeito uricorredutor.

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de resposta ao tratamento;

Taxa de adesão ao tramento.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Indicações de internação: Apenas em casos de suspeita de artrite séptica concomitante para antibioticoterapia venosa.

Seguimento ambulatorial: A gota deve ser considerada uma doença crônica, que deve seguir um tratamento rígido e acompanhamento por toda a vida.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FitzGerald JD, Dalbeth N, Mikuls T, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. Arthritis Care Res (Hoboken). 2020; 72(6):744–760.

Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis. 2015; 74(10):1789-98.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Richette P, Doherty M, Pascual E, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. Ann Rheum Dis. 2017; 76(1):29-42.

Han L, Li R, Lu J, et al. Association of the Quantity, Duration, and Type of Alcohol Consumption on the Development of Gouty Tophi. Arthritis Care Res (Hoboken). 2023; 75(5):1079-1087.

Schlesinger N, Lipsky PE. Pegloticase treatment of chronic refractory gout: update on efficacy and safety. Semin Arthritis Rheum. 2020; 50(3):S31–8.

Mikuls TR. Gout. N Engl J Med. 2022; 387(20):1877-1887.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de ansiedade.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

TOC: Transtorno obsessivo-compulsivo.

TEPT: Transtorno de estresse pós-traumático.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Transtornos Endócrinos: Como hipertireoidismo ou doenças da glândula adrenal, que podem causar sintomas ansiosos.

Condições Neurológicas: Como epilepsia ou tumor cerebral, que podem apresentar sintomas semelhantes.

Abuso de Álcool ou Drogas: O uso de substâncias pode mimetizar ou agravar os sintomas de ansiedade.

Medicamentos: Alguns medicamentos, como corticosteroides ou estimulantes, podem causar ansiedade como efeito colateral.

Transtornos de Humor: Como depressão maior, onde a ansiedade é um sintoma, mas não é o transtorno principal.

Transtornos Psicóticos: Como esquizofrenia, onde a ansiedade pode ser um sintoma secundário.

Eventos de Vida Estressantes: A ansiedade pode ser reativa a situações de estresse agudo (como perdas ou traumas) e não refletir um transtorno crônico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Os pacientes com transtorno de ansiedade apresentam excesso de ansiedade e preocupação com relação a diferentes assuntos a ponto de interferir em suas vidas. Os principais sintomas relatados são de natureza física ou psicológica, associados à preocupação/ansiedade desproporcionais e de difícil controle. O transtorno tem caráter crônico e recorrente, trazendo sofrimento ou prejuízos ao paciente.

Do ponto de vista neuropsicológico, os pacientes com transtorno de ansiedade podem apresentar vieses de informação congruentes com o humor, como prestar muita atenção a estímulos ameaçadores, identificá-los rapidamente e interpretar informações ambíguas como ameaçadoras.

Sob a ótica das neurociências, há modelos que englobam a neurotransmissão monoaminérgica (serotonina, noradrenalina, dopamina), GABAérgica, glutamatérgica, alteração no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, e diminuição na funcionalidade da conexão entre o córtex pré-frontal e a amígdala cerebral.

8.2 Apresentação Clínica

Anamnese

A principal característica da ansiedade é a preocupação persistente, excessiva e de difícil controle com situações variadas. Esses pacientes possuem dificuldade de manejo do estresse e das dificuldades. Sua preocupação é desproporcional e pode ser desencadeada tanto por algumas situações quanto pela antecipação.

Além disso, no mínimo três dos sintomas adicionais devem estar presentes:

Fadiga;
Tensão muscular;
Irritabilidade;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Alterações no sono;
Inquietação;
Dificuldade de concentração.

Os pacientes também podem se queixar de outros sintomas físicos ou psicológicos, como cefaleia, tremores, sudorese, dores no pescoço, nos ombros e nas costas, labilidade emocional, sintomas gastrointestinais, hiperatividade autonômica, dificuldade para relaxar ou se concentrar, apreensão, incapacidade de esquecer os problemas e queixas de memória. Podem acompanhar queixas relacionadas com os transtornos de humor ou típicas de outros transtornos de ansiedade.

Durante a avaliação, é possível observar que o paciente não consegue modular a preocupação de acordo com a gravidade de seus problemas, convivendo com ela a maior parte do tempo. Familiares ou pessoas próximas ao paciente podem se queixar de que ele esteja excessivamente preocupado, mesmo com pequenas adversidades. Isso acaba interferindo em sua capacidade de prestar atenção e realizar suas tarefas.

É possível que, quando cheguem a procurar ajuda médica, já sofram com o transtorno há vários anos.

O critério temporal exige pelo menos 6 meses desse quadro para que se possa fazer o diagnóstico.

Embora o quadro possa se iniciar em qualquer idade, há duas fases da vida que merecem atenção: Adultos jovens e adultos mais velhos.

Comorbidades:
Transtorno depressivo maior;

Outros transtornos ansiosos:
Fobia social;
Fobia específica;
Transtorno de pânico.
Transtorno por uso de álcool ou outras substâncias (automedicação);
Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC);
Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT);
Dor crônica idiopática;
Síndrome do intestino irritável;
Hipertensão; Cefaleia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.3 Fatores de Risco

Sexo feminino (2:1);
Meia-idade (início dos sintomas aos 20 anos);
Doenças físicas crônicas (ex.: doenças respiratórias, metabólicas ou cardiovasculares);
Baixo nível socioeconômico;
Baixo nível educacional;
Desempregados, estudantes, pessoas do lar;
Recente acontecimento de eventos adversos;
Perda parental, separação dos pais;
Pouco suporte afetivo durante a infância;
Doenças mentais crônicas, como transtorno depressivo ou fobia;
História familiar (1º grau) de transtornos mentais (especialmente transtornos ansiosos).

Marcadores de gravidade: O transtorno está associado a maior chance de ideação suicida. Também parece estar associado a maior risco de doença coronariana.

Curso: Trata-se de uma condição crônica, mas a gravidade dos sintomas flutua com o tempo. Uma porcentagem dos pacientes pode melhorar ao longo dos anos, mas até metade desses pode recair no futuro. Infelizmente, pode causar grande prejuízo para o paciente, além de estar associado a complicações cardiovasculares.

8.4 Diagnóstico

Durante um período mínimo de 6 meses, o paciente apresenta preocupação e ansiedade em excesso e de difícil controle, envolvendo diferentes situações;

Além disso, são necessários um mínimo de três dos seguintes sintomas para adultos:

Irritação;
Fadiga;
Tensão muscular;
Alterações no sono;
Sensação de "branco" ou dificuldade de concentração;
Nervos à flor da pele/inquietação.
Há prejuízo no funcionamento em diversas áreas da vida do indivíduo e/ou sofrimento importante;
O quadro não é mais bem explicado pelo uso de alguma substância, transtorno mental, doença clínica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.5 Diagnóstico Diferencial

Fobia social;
Fobia específica;
Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC);
Transtorno de pânico;
Transtorno de ansiedade de separação;
Transtorno de ansiedade de doença;
Transtorno de ajustamento;
Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT);
Distimia;
Transtorno depressivo maior;
Transtorno afetivo bipolar;
Abuso/dependência/abstinência de substâncias lícitas (inclusive medicações prescritas, como hormônios tireoidianos) ou ilícitas;
Hipertireoidismo;
Hiperparatireoidismo;
Doença de Addison;
Feocromocitoma;
Impregnação digitálica;
Epilepsia;
AVE isquêmico;
Encefalopatias;
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);
Síndromes paraneoplásicas.

8.6 Tratamento

Tratamento Farmacológico – Primeira Linha

Sertralina (geralmente disponível no SUS) iniciar com 25 ou 50 mg/dia VO. Progredir a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 200 mg/dia);
Escitalopram iniciar com 10 mg/dia VO. Progredir a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 20 mg/dia);
Paroxetina iniciar com 20 mg/dia VO. Progredir a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 60 mg/dia);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Venlafaxina iniciar com 37,5 mg/dia VO para adaptação por 7 dias, aumentando para 75 mg/dia VO após. Progredir a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 225 mg/dia).

Tratamento não Framacológico

Psicoeducação.
Psicoterapia: Terapia cognitivo-comportamental :
Outras opções incluem: mindfulness e terapia de aceitação.
Atividade física.

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de resposta ao tratamento.

Taxa de recorrência.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A ansiedade pode afetar diversas áreas da vida, incluindo relacionamentos, trabalho e saúde geral. O manejo adequado é fundamental para melhorar a qualidade de vida.

Consultar um profissional de saúde mental é essencial para um diagnóstico preciso e um plano de tratamento adequado. O suporte de amigos e familiares também desempenha um papel importante na recuperação.

Essas considerações fornecem um panorama abrangente sobre a ansiedade e sua gestão.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2022.

American Psychiatry Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, post-traumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry. 2014; 14 Suppl 1(Suppl 1):S1.

Furtak SC, Greenberg JL, Milad MR, et al. Deficits in conditioned fear extinction in obsessive-compulsive disorder and neurobiological changes in the fear circuit. JAMA Psychiatry. 2013; 70(6):608-18.

Sadock BJ, et al. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

Cordioli AV, Gallois CB, Passos IC. Psicofármacos – Consulta rápida. 6. ed. Porto Alegre: Artmed; 2023.

Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L. Psicofármacos – Consulta rápida. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

Taketomo CK, Hodding JH, Kraus DM. Pediatric Dosage Handbook. Lexi-Comp's Pediatric Dosage Handbook: Including Neonatal Dosing, Drug Administration, & Extemporaneous Preparations. 23rd ed. Hudson: Lexi-Comp Inc.; 2016.

Mishra AK, Varma AR. A Comprehensive Review of the Generalized Anxiety Disorder. Cureus. 2023; 15(9):e46115.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
DEPRESSÃO				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de depressão.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

PHQ-2: Patient Health Questionnaire.

HAM-D17: Hamilton Rating Scale for Depression.

VO: Via Oral.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Transtornos Médicos

Condições Endócrinas: Hipotireoidismo ou hipertireoidismo podem causar sintomas depressivos.

Doenças Neurológicas: Como Parkinson, esclerose múltipla ou tumores cerebrais que podem mimetizar a depressão.

Uso de Substâncias

Álcool e Drogas: Uso abusivo de substâncias pode provocar ou exacerbar sintomas depressivos.

Medicamentos: Certos medicamentos, como corticosteroides ou alguns antihipertensivos, podem causar depressão como efeito colateral.

Transtornos Psiquiátricos

Transtornos de Ansiedade: Transtornos de ansiedade podem coexistir, mas os sintomas precisam ser avaliados separadamente.

Transtornos de Personalidade: Condições que apresentam sintomas emocionais intensos, mas não são diagnosticadas como depressão.

Eventos de Vida Estressantes

Luto Normal: A resposta ao luto deve ser diferenciada da depressão clínica, especialmente se os sintomas forem transitórios.

Sintomas Transitórios

Duração dos Sintomas: Sintomas que não persistem por pelo menos duas semanas e não causam prejuízo significativo na vida diária.

Avaliação de Exames Complementares

Resultados de Exames: Excluir a depressão se os exames mostrarem condições médicas que explicam os sintomas.

Impacto Funcional

Sintomas que não causam impacto significativo na vida social, ocupacional ou em outras áreas funcionais podem não justificar um diagnóstico de depressão.

A exclusão de outras condições é essencial para um diagnóstico preciso de depressão e para garantir um tratamento adequado.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Caracteriza-se por humor depressivo e/ou anedonia associados a outros sintomas, como diminuição da energia/fadiga, lentidão psicomotora, pensamentos e sentimentos negativistas, insônia, alterações ponderais, sintomas físicos e disfunções sexuais e cognitivas.

Acredita-se que o episódio depressivo resulte da interação entre fatores biológicos, psicológicos, ambientais e genéticos.

Os fatores mais discutidos sobre depressão (hipótese serotoninérgica) são:

Redução dos níveis de precursores da serotonina (triptofano);
Subsensibilização dos receptores 5-HT1A;
Supersensibilização dos receptores 5-HT2;
Aumento nos níveis de cortisol.

8.2 Apresentação Clínica

Anamnese

O quadro clínico caracteriza-se pelos seguintes sintomas:

Humor deprimido:
Maior parte do dia, quase todos os dias;
Outras alterações no humor são apatia ou irritabilidade;
O paciente pode se descrever como triste, deprimido, sem esperança ou irritado;

Pode ser avaliada através de expressões faciais e outros indicativos durante o atendimento.

Anedonia:
Diminuição na capacidade de sentir prazer;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Perda de interesse por hobbies ou atividades antes prazerosas;
Pode manifestar-se também como redução do desejo sexual;
Alguns indivíduos se mantêm isolados.

Insônia ou hipersonia:

Podem ser as queixas que estimulam o paciente a procurar atendimento;
Pode variar de dificuldade para dormir até o sono excessivo;
Quando há insônia, essa geralmente é intermediária ou terminal;
Os pacientes podem se queixar de que realizar pequenas atividades cotidianas se tornaram muito cansativas;
Essas atividades podem demorar mais tempo para serem finalizadas do que anteriormente.

Fadiga ou perda de energia:

Pode se expressar por dificuldade em levantar-se de manhã e iniciar tarefa, melhorando depois de algumas hora, até situações mais graves em que há incapacidade de sair da cama.

Queixas somáticas: Os clínicos devem identificar se o sofrimento por essa queixa está associado a sintomas depressivos específicos, como:
Cefaleia;
Dor abdominal;
Dores nas costas.

Perturbações psicomotoras:

Agitação (mais característico das depressões mistas bipolares) ou retardo psicomotor;
Muitas vezes são notadas por terceiros, e não apenas uma queixa do paciente;
Menos comuns, mas podem ser indicativas de maior gravidade;
Tanto os movimentos como os pensamentos podem se tornar objetiva e subjetivamente mais lentos.

Culpa excessiva ou sentimentos de inutilidade:

A depressão altera o juízo de realidade, levando o deprimido a avaliar tudo que o rodeia de forma negativista;
Sentimento de menos valia ou culpa;
Avaliações negativas, desproporcionais e irrealistas do próprio valor;
Preocupações repletas de culpa;
Ruminações sobre pequenos fracassos do passado;
Esses indivíduos frequentemente interpretam mal eventos triviais ou neutros do cotidiano como evidências de defeitos pessoais e têm um senso exagerado de responsabilidade pelas adversidades;
A autorrecriminação por estar doente e por não conseguir cumprir com as responsabilidades profissionais ou interpessoais em consequência da depressão é muito comum;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Pode ser um indicador de gravidade.

Alterações no apetite e no peso:

O apetite pode estar aumentado ou diminuído e alterações no peso sem estar fazendo dieta são observadas.

Cognição e função executiva:

Pode haver prejuízo na capacidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões;

Essas pessoas podem mostrar-se mais distraídas e relatar dificuldades de memória;

Dificuldade de organização e planejamento, bem como dificuldade em hierarquizar problemas (todos são vividos como igualmente difíceis de resolver);

Em idosos, as dificuldades de memória podem ser a queixa principal, confundindo-se com os sinais iniciais de uma demência ("pseudodemência").

Pensamentos sobre morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio:

Trata-se de um espectro em que há variações, como não desejar acordar de manhã até ideação suicida grave com planejamento;

É uma das razões apontadas como responsável pela alta mortalidade do transtorno.

O paciente também apresenta muito sofrimento ou prejuízo importante em uma ou mais áreas da vida; em quadros leves, alguns sintomas podem, superficialmente, parecer normais; contudo, as atividades diárias são realizadas à custa de grande esforço pelo paciente.

Quadros graves podem ocasionar dificuldade para trabalhar ou exercer a capacidade de socialização. Esses pacientes podem também não conseguir manter cuidados básicos com saúde ou higiene.

Marcadores de gravidade:

Ideação suicida:

Estimado em 15% dos casos;

O fator de risco descrito com mais consistência para suicídio é história prévia de tentativas ou ameaças de suicídio (particularmente overdose de medicação e enforcamento), mas vale lembrar que a maioria dos suicídios não é precedida por tentativas sem sucesso;

Outros fatores associados com alto risco de suicídio incluem sexo masculino, uso de substâncias psicoativas atual ou precedente, transtorno psiquiátrico, uso de medicação psicotrópica recente.

Catatonia:

Caracteriza por anormalidades comportamentais e motoras;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Pode se apresentar com imobilidade ou mutismo, estupor, posturas rígidas ou bizarras, flexibilidade cérea, movimentos estereotipados, ecolalia e ecopraxia, agitação ou negativismo. Sintomas psicóticos.

8.3 Fatores de Risco

Temperamentais:

Neuroticismo.

Ambientais:

Experiências adversas na infância, particularmente para mulheres vítimas de abuso sexual;
Determinantes sociais da saúde mental, como baixa renda, baixo nível educacional, racismo e outras formas de discriminação;
Eventos estressantes agudos graves;
Acúmulo de estressores ao longo do tempo.

Genéticos:

Maior entre indivíduos que apresentam familiares de primeiro grau com o transtorno;
A herdabilidade é de aproximadamente 40%.
Uso de substâncias;
Transtornos de ansiedade;
Transtorno de personalidade borderline;
Condições médicas crônicas ou incapacitantes.

Exame Psíquico:

São achados do exame psíquico do paciente deprimido:

Expressão facial refletindo humor depressivo, às vezes com redução da mímica facial;
Ombros curvados;
Tendência ao choro;
Humor involuntariamente polarizado para depressão ou irritável;
Pensamento com conteúdo pessimista e negativo de forma persistente;
Aparência menos cuidada.

8.4 Diagnóstico

A avaliação clínica deve abranger a história atual e anterior de episódios depressivos, idade de início, fatores desencadeantes e agravantes, história familiar de transtornos de humor e informações que ajudem no diagnóstico diferencial e de comorbidades.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A avaliação clínica do transtorno depressivo sempre precisa afastar episódios prévios de mania ou hipomania.

Informações colaterais (com amigos ou familiares) podem esclarecer pontos em que o paciente minimize seus sintomas e auxiliar na avaliação de episódios maníacos ou hipomaníacos prévios.

A Patient Health Questionnaire (PHQ-2), composta por dois itens retirados da PHQ-9, é um instrumento de rastreio útil na atenção primária por sua brevidade. Um PHQ-2 positivo (≥ 2) seguido por um PHQ-9 positivo (≥10) tem sensibilidade similar e maior especificidade que a PHQ-9 sozinha.

Existem algumas escalas de avaliação, sendo a Escala de Depressão de Hamilton (EDH) uma das mais conhecidas:

EDH com 17 itens (Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D17), com a pontuação total variando de 0 a 52. Depressão leve = pontuação ≥ 8 e < 18, moderada ≥ 18 e ≤ 24 e grave ≥ 24.

Não há evidência para solicitação de exames laboratoriais de triagem em pacientes com sintomas depressivos sem sintomas médicos gerais ou alterações no exame físico. Sugere-se investigação de causas orgânicas em transtornos depressivos graves.

Critérios diagnóstico:

Perda do interesse/prazer nas atividades na maior parte do tempo;
Humor deprimido na maior parte do tempo;
Frequentes pensamentos sobre morte e/ou ideação suicida;
Alterações ponderais (sem dieta específica);
Indecisão, dificuldade de concentração ou raciocínio;
Alteração do sono;
Sentimento de culpa ou de inutilidade;
Alterações psicomotoras (aumento ou diminuição);
Diminuição da energia/fadiga.

8.5 Tratamento

Tratamento Farmacológico – Primeira Linha

Classe A: Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS): Escolha uma das opções:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Citalopram 20 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 40 mg/dia);
Escitalopram 10 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 20 mg/dia);
Fluoxetina (geralmente disponível no Sistema Único de Saúde - SUS) 20 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 80 mg/dia);
Fluvoxamina 50 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 300 mg/dia);
Paroxetina 20 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 60 mg/dia);
Sertralina (geralmente disponível no SUS) 50 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 200 mg/dia).

Classe B: Inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSN): Escolha uma das opções:

Desvenlafaxina 50 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 100 mg/dia);
Duloxetina 60 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 120 mg/dia);
Venlafaxina 75 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 225 mg/dia).

Classe C: Antidepressivos com diferentes mecanismos de ação: Escolha uma das opções:

Agomelatina 25 mg/dia VO, à noite. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 50 mg/dia);
Bupropiona 150 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 450 mg/dia). Opção nos casos de comorbidade com tabagismo;
Mirtazapina 15 mg/dia, VO, preferencialmente à noite. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 45 mg/dia);
Vortioxetina 10 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 20 mg/dia).

Tratamento Farmacológico – Segunda Linha

Classe A: Antidepressivos tricíclicos: Escolha uma das opções:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Amitriptilina (geralmente disponível no SUS) iniciar com 25 mg/dia VO. Progredir dose em 25 mg/dia a cada 3 dias, até 75 mg/dia VO. Progredir mais a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 300 mg/dia);

Clomipramina iniciar com 25 mg/dia VO. Progredir dose em 25 mg/dia a cada 3 dias até 75 mg/dia VO. Progredir mais a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 250 mg/dia).

Imipramina iniciar com 25 mg/dia VO à noite. Progresir dose em 25mg/dia VO a cada 3 dias. Progredir mais a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 300 mg/dia).

Nortriptilina (geralmente disponível no SUS) iniciar com 10-25 mg/dia VO à noite. Progresir dose em 25mg/dia VO a cada 3-7 dias. Progredir mais a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 300 mg/dia).

Classe B: Antipsicótico atípico:

Quetiapina iniciar com 50 mg/dia VO. Progredir dose lentamente até o mínimo de 150 mg/dia. Progredir mais a dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 300 mg/dia).

Classe C: Antidepressivos com diferentes mecanismos de ação: Escolha uma das seguintes opções:

Trazodona 150 mg/dia VO, divididos em duas ou três tomadas, preferencialmente com as refeições. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e tolerância do paciente (dose máxima: 400 mg/dia se liberação imediata, 375 mg/dia se liberação prolongada).

Tratamentos adjuvantes

Classe A: Antipsicótico atípico:

Aripiprazol iniciar com 2-5 mg/dia VO. Progresir dose em 5mg/dia VO a 7 dias (dose alvo: 2-10 mg/dia);

Brexpripazol iniciar com 0,5-1 mg/dia VO. Progredir dose semanalmente para 1 mg/dia e após 2 mg/dia (dose alvo: 0,5-2 mg/dia).

Tratamento não farmacológico

Psicoeducação e autogestão:

A psicoeducação envolve partilhar conhecimento e informações sobre o transtorno e os sintomas, as estratégias de enfrentamento e as opções de tratamento;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A autogestão utiliza técnicas, como por exemplo, resolução de problemas, mudanças de estilo de vida e ativação comportamental para capacitar os pacientes a gerir ativamente o transtorno.

Exercício físico:

Exercício físico supervisionado, de baixa a moderada intensidade, por 30-40 minutos, 3-4 vezes por semana, por no mínimo 9 semanas é primeira linha para transtorno depressivo leve e segunda linha como tratamento adjunto no transtorno moderado a grave.

Psicoterapia:

TCC, ativação comportamental e terapia interpessoal são recomendadas como primeira linha;
Outras linhas, incluindo terapias psicodinâmicas são recomendadas como segunda e terceira;
As evidências não endossam realização de psicoterapia em frequência menor que uma vez por semana;
Nos casos graves, sugere-se tratamento sequencial (iniciar psicoterapia após resposta inicial a farmacoterapia).

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de resposta ao tratamento.

Taxa de recorrência.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lam RW, Kennedy SH, Adams C, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults: Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023 : Mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes. The Canadian Journal of Psychiatry. 2024.

Simon GE, Moise N, Mohr DC. Management of Depression in Adults: A Review. JAMA. 2024 Jul 9;332(2):141-152.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed. Texto revisado. DSM-5-TR. Porto Alegre: Artmed; 2023.

Miguel, Euripedes Constantino et al. Clínica Psiquiátrica: a terapêutica. 2.ed. Barueri, SP: Manole; 2021. v. 3.

Stephen M. Stahl. Stahl's Essential Psychopharmacology: Prescriber's Guide. Seventh edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	Nome Verificador: **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	Nome Aprovador: **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO				
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de transtorno afetivo bipolar.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

TAB: Transtorno Afetivo Bipolar.

MDQ: Mood Disorder Questionnaire.

TDAH:Transtorno de deficit de atenção e hiperatividade.

SNC: Sistema Nervoso Central.

TOC: Transtorno obsessivo-compulsivo.

TEPT: Transtorno de estresse pós-traumático.

TCC: Terapia cognitivo-comportamental.

SL: Sublingual.

VO: Via Oral.

IM: Intramuscular.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Outras condições médicas: Excluir doenças físicas que possam causar sintomas depressivos ou alterações de humor, como hipotiroidismo, câncer ou distúrbios neurológicos.

Uso de substâncias: Considerar a exclusão de sintomas relacionados ao abuso de drogas ou álcool, bem como efeitos colaterais de medicações.

Transtornos psiquiátricos: Avaliar a presença de outros transtornos mentais, como transtorno de ansiedade ou esquizofrenia, que possam explicar os sintomas.

Eventos de estresse agudo: Identificar se os sintomas são uma resposta a eventos estressantes que não se enquadram nos critérios de duração ou intensidade para transtornos afetivos.

Fatores culturais: Considerar a influência de normas culturais e sociais que possam impactar a expressão emocional e o funcionamento.

Esses critérios ajudam a garantir que o diagnóstico de transtorno afetivo seja feito de maneira adequada, levando em conta outras possíveis causas dos sintomas.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença grave e crônica, em que se alternam episódios depressivos e episódios de mania ou hipomania. O transtorno é dividido em três grupos: o tipo 1 (mania); o tipo 2 (hipomania); e as formas subclínicas da doença. A prevalência estimada das duas formas combinadas é de 2,4%, variando cada subgrupo com os países de referência (média de 1,4% para a forma subclínica; 0,6% para o tipo 1; e 0,3% para o tipo 2), com distribuição semelhante entre os sexos para o tipo 1 e discretamente maior no sexo feminino no tipo 2.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A causa do transtorno ainda é desconhecida, mas sua etiologia seria complexa, envolvendo fatores biológicos (genéticos) e socioambientais.

Anormalidades neurobiológicas, como disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, aumento da atividade pró-inflamatória, disfunção na transdução de sinais intracelulares e alterações estruturais na neuroimagem envolvendo as regiões pré-frontal, dorsoventral e límbica anterior estariam relacionadas com o quadro.

8.2 Apresentação Clínica

Episódio Depressivo

Humor triste, irritável, melancólico ou disfórico;
Angústia, ansiedade;
Apatia, anedonia;
Retardo psicomotor;
Falta de iniciativa, indecisão, inibição;
Baixa autoestima;
Catatonia;
Agitação ou lentificação;
Raciocínio lento;
Dificuldade de concentração;
Problemas de memória;
Pensamento pessimista, de desesperança, com medos irracionais, excesso de culpa, menos-valia, ruminação de atos passados, delírios de ruína, culpa, hipocondria ou niilismo;
Queixas somáticas (alterações do sono e do apetite);
Dores;
Sintomas físicos de ansiedade;
Diminuição da libido;
Alteração do sono;
Alterações no apetite e no peso;
Negligência com o autocuidado;
Ideação suicida.
Pode haver sintomas psicóticos (delírios e alucinações), configurando uma depressão psicótica, uma forma mais grave do transtorno.

Duração: Geralmente dura alguns meses.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Sintomas do episódio depressivo que podem aumentar a suspeita de transtorno bipolar:

Início em idade precoce;
Alta recorrência dos episódios;
História familiar de TAB;
Depressão com sintomas psicóticos;
Agitação psicomotora;
Depressão com sintomas atípicos (ex.: hipersonia, hiperfagia, tentativas prévias de suicídio, paralisia em chumbo, depressão pós-parto com psicose e mania ou ciclagem rápida induzidas por antidepressivos).

Episódio Maníaco

Para fazer o diagnóstico de TAB tipo 1, é necessária a presença de, pelo menos, um episódio maníaco. Contudo, podem estar presentes também episódios de depressão ou hipomania.

A mania é um quadro mais grave que a hipomania. Nesses casos, as consequências do episódio maníaco podem ser muito sérias para o paciente, que pode manifestar sintomas psicóticos e requerer internação hospitalar.

Estes sintomas devem estar presentes por, pelo menos, 1 semana:

Humor eufórico, elevado, expansivo, irritado ou lábil;
Comportamento de risco, desinibido, expansivo, impulsivo, sem consideração pelos limites sociais:
Pode levar a gastos excessivos, doação de pertences, promiscuidade etc.
Aumento importante da energia e do nível de atividade, inquietação, agitação;
Excessiva autoconfiança/ autoestima;
Prejuízo nos julgamentos, afetando a avaliação de riscos;
Busca constante por atividades sociais ou estímulos;
Assume ou inicia vários compromissos, mas não os termina;
Diminuição da concentração, distração, confusão;
Pensamento acelerado;
Catatonia;

Sintomas psicóticos (delírios e alucinações):

Delírios expansivos e grandiosos, com conteúdo religioso, de poder ou persecutório;
Alucinações de conteúdo religioso ou de muito poder.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Pensamento descarrilhado, fuga de ideias, podendo levar a um discurso incoerente e desorganizado;
Pressão de fala, verborragia, tom de voz elevado, de difícil interrupção, acompanhada de cantos, piadas ou colocações dramáticas;
Diminuição do sono, sem se sentir cansado;
Hipersexualidade;
Ausência de noção de morbidade.
Duração: Mínimo de 1 semana, mas pode durar meses.

Hipomania

Semelhantemente ao quadro maníaco, mas sem sintomas psicóticos, apresentando menor gravidade. A duração e a gravidade desses episódios não são suficientes para causar um prejuízo funcional mais intenso ou uma internação, e podem não ser tão facilmente percebidas por terceiros.

Esses casos podem se apresentar tanto no TAB tipo 1, como no tipo 2. A diferença é que no TAB tipo 2 nunca deve ter ocorrido um episódio de mania, apenas hipomania. Seu diagnóstico demanda a presença de, pelo menos, um episódio de hipomania e um episódio depressivo (DSM-5-TR). No TAB tipo 2, os quadros podem ser mais frequentes e debilitantes.

Características:

Humor exaltado, confiante, irritável;
Aumento da velocidade do pensamento, mas sem perda da coerência, dos nexos, ou presença de delírios ou alucinações;
Diminuição das horas de sono;
Excesso de energia e autoconfiança;
Hipersexualidade;
Impulsividade;
Não chega a apresentar pensamento de conteúdo tão grandioso;
Pensamento menos desorganizado;
Maior produtividade em algumas tarefas;
Não requerem hospitalização.
Duração: Mínimo de 4 dias consecutivos, mas pode durar semanas.

Estado Misto

Presença simultânea de sintomas maníacos e depressivos.

Sintomas mais comuns:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Humor disfórico alternando com elação (do humor);
Aceleração do pensamento;
Grandiosidade;
Ideação suicida;
Delírios persecutórios;
Alucinação auditiva;
Insônia (pode ser grave);
Agitação psicomotora;
Hipersexualidade.
Também pode ser entendido como: mania ou hipomania +, pelo menos, 3 sintomas depressivos ou episódio depressivo + 3 sintomas maníacos.

Sinais de alerta neste quadro: Agitação, ansiedade e irritabilidade.

Duração: Semanas a meses.

Os pacientes em estado misto estão em maior risco para comportamento suicida, transtornos ansiosos e transtorno por uso de substâncias.

Alguns podem apresentar alterações cognitivas, mesmo em eutimia (atenção, função executiva, memória verbal e velocidade de processamento de informação).

Estágios Clínicos
Indivíduos com risco aumentado para desenvolver o transtorno em razão de história familiar ou sintomas subsindrômicos que podem ser preditivos de conversão para o transtorno completo.
Pacientes com poucos episódios e bom funcionamento entre as crises.
Pacientes com episódios recorrentes, além de declínio na função cognitiva e no funcionamento.
Ciclagem rápida: Em 1 ano, há quatro ou mais episódios de humor, independentemente de esse ser maníaco, hipomaníaco, misto ou depressivo.

Curso:

O primeiro episódio de hipomania ou mania geralmente ocorre entre 20-30 anos, com o tipo 2 sendo um pouco mais tardio que o tipo 1. Contudo, é comum que a primeira manifestação seja de quadros depressivos;
O transtorno apresenta alta morbimortalidade, seja pela comorbidade com doenças metabólicas, desfechos cardiovasculares ou risco de suicídio aumentado;
Uma parte desses pacientes tende a evoluir com comprometimento cognitivo;
Além das consequências para a saúde, a convivência desses pacientes com amigos ou familiares pode ser difícil, havendo comprometimento social, acadêmico ou laboral, caso não haja adesão ao tratamento;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Se o tratamento for feito adequadamente, os pacientes podem apresentar poucas mudanças de humor, levando uma vida praticamente normal ou muito próxima disso.

Marcadores de gravidade:

Risco de suicídio:

Estima-se que o risco de suicídio, nesses pacientes, seja 20-30x maior que o da população em geral. O transtorno pode responder por ¼ de todos os suicídios;

Atenção para a história pregressa de tentativa de suicídio;

O risco de tentativa de suicídio é maior quando relacionado aos seguintes fatores: sexo feminino, idade precoce do início do transtorno, fase depressiva atual ou recente, comorbidades (transtornos ansiosos, por uso de substâncias e de personalidade), história familiar de suicídio em parente de 1o grau e tentativas prévias de suicídio. Mas o número de óbitos por suicídio está mais ligado ao sexo masculino e histórico familiar de suicídio em parente de 1° grau;

O estado misto também é considerado importante fator de risco. A forma mais comum de tentativa de suicídio é por overdose de medicação, o que deve ser considerado no tratamento;

Catatonia;

Violência: esses pacientes tendem tanto a cometer atos violentos, como a serem vítimas desses. O risco de cometerem atos violentos aumenta ainda mais se houver consumo de substâncias psicoativas;

Estes pacientes possuem mais chances de serem presos;

Atenção às mulheres no pós-parto e no período da perimenopausa.

8.3 Fatores de risco

Fatores ambientais:

Adversidades na infância (ex.: negligência ou traumas);

Ser solteiro;

Uso de cannabis durante a adolescência.

Fatores genéticos e fisiológicos:

Importante influência genética (herança de cerca de 90%);

História familiar;

Possível relação entre TAB e esquizofrenia;

Alterações imunológicas (pró-inflamatórias) e bioquímicas;

Neurociências (alterações na amígdala, hipocampo e córtex pré-frontal).

Sexo: Feminino (mais suscetíveis a: ciclagem rápida e estados mistos; relação com o período pré-menstrual e maior risco de sintomas no período pós-parto).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.4 Diagnóstico

História psiquiátrica bem coletada (incluindo história familiar e medicações em uso), exames psíquico e físico. É importante descartar causas clínicas e/ou uso de substâncias e drogas. Se possível, coletar informações também com familiares ou cuidadores.

É importante avaliar o risco de suicídio, agressividade/ violência e sinais de catatonia. Procurar também por transtornos comórbidos.

Sempre que estiver em contato com um paciente deprimido, pesquise sobre a presença prévia de quadros de mania ou hipomania;
Os pacientes com suspeita ou confirmação do transtorno bipolar devem ser encaminhados a um psiquiatra para avaliação.
Existem escalas para o TAB, como o Mood Disorder Questionnaire (MDQ - disponível em português), mas com baixas sensibilidade e especificidade, especialmente em comunidade ou em populações com altas comorbidades. Há também o risco de diagnóstico incorreto de pacientes com transtorno de personalidade borderline. Por isso, não é recomendada para o diagnóstico.

Critérios Diagnóstico:

Episódio Maníaco
É necessário que haja, pelo menos, um episódio maníaco ao longo da vida para que o paciente receba o diagnóstico de TAB tipo 1. Eis as características de um episódio maníaco:

Por um período mínimo de 1 semana, observa-se aumento da energia e das atividades, associado a humor expansivo, elevado ou irritável;
Além do item acima, devem estar presentes, pelo menos, três dos seguintes (ou quatro, no caso de humor irritado):

Pensamento acelerado ou fuga de ideias;
Pressão de fala ou paciente mais falante que a média;
O paciente se envolve em situações que podem render complicações difíceis no futuro (ex.: dívidas ou promiscuidade);
O paciente distrai-se com facilidade;
Agitação ou aumento de atividade relacionada com uma tarefa ou objeto;
Diminuição do período de sono (sem cansaço compensatório);
Grandiosidade ou aumento da autoestima.

Além disso, podem estar presentes: sintomas psicóticos, indicação de internação ou prejuízo/ comprometimento muito importante nas diversas áreas da vida;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Diagnóstico de exclusão (substâncias, medicamentos ou condições clínicas).

Episódio Hipomaníaco

Por um período mínimo de 4 dias consecutivos, observa-se aumento da energia e das atividades, associado a humor expansivo, elevado ou irritável;

Além do item acima, devem estar presentes, pelo menos, três dos seguintes (ou quatro, no caso de humor irritado):

Pensamento acelerado ou fuga de ideias;
Presença de pressão de fala ou paciente mais falante que seu normal;
O paciente se envolve em situações que podem render complicações difíceis no futuro;
O paciente distrai-se com facilidade;
Agitação ou maior atividade relacionada com uma tarefa ou um objeto;
Diminuição do período de sono;
Grandiosidade ou aumento da autoestima.
Não há sintomas psicóticos e geralmente não costuma necessitar de internação. Causa menos prejuízo ou comprometimento nas diversas áreas da vida que um episódio maníaco;
Outras pessoas conseguem perceber as alterações;
Pode ocorrer no TAB tipo 1;

Diagnóstico de exclusão (substâncias, medicamentos ou condições clínicas).

Episódio Depressivo Maior

Deve haver prejuízo funcional nos diferentes setores da vida ou sofrimento importante. Isso não é explicado pela presença de outra doença, transtorno ou uso de substância. A presença de um quadro depressivo não é necessária para fazer o diagnóstico de TAB, mas muitas vezes pode estar presente;

Os sintomas devem estar presentes por, pelo menos, 2 semanas;

Para fechar o diagnóstico, o paciente deve apresentar cinco (ou mais) dos seguintes sintomas (sendo obrigatório que, pelo menos, um deles seja perda do prazer/interesse ou humor deprimido):

Perda do prazer/ interesse em diversas atividades;
Humor deprimido (no caso de crianças e adolescentes, pode ser humor irritável);
Diminuição da energia ou fadiga;
Lentificação ou agitação;
Indecisão ou dificuldade de pensamento ou concentração;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Alteração do sono (aumento ou diminuição);
Alteração do apetite ou peso corporal (aumento ou diminuição), sem fazer dieta com essa intenção;
Sensação de culpa ou de que não é útil;
Ideação suicida, comportamento suicida ou pensamentos de morte com frequência regular

TAB Tipo 2

Houve, pelo menos, um episódio hipomaníaco, não sendo mais bem explicado por outro transtorno mental;

Nunca houve um episódio maníaco.

8.5 Exames de rotina

Hemograma completo (controle no início do tratamento);
Função hepática (controle no início do tratamento e avaliar a melhor droga a ser prescrita);
Função renal (controle no início do tratamento e avaliar a melhor droga prescrita; cuidado na intoxicação por lítio);
Função tireoidiana (diagnóstico diferencial com mania ou depressão – seguimento: lítio pode alterar a função tireoidiana);
Demais exames devem ser solicitados de acordo com os diagnósticos diferenciais que se queira afastar.

8.6 Diagnóstico Diferencial

Transtorno depressivo maior;
Distimia;
Transtornos ansiosos:
Transtorno de ansiedade generalizada;
Transtorno do pânico;
Transtorno de estresse pós-traumático;
Entre outros;
Transtorno bipolar induzido por substância ou condição médica;
Transtorno de deficit de atenção e hiperatividade (TDAH);
Transtornos de personalidade (especialmente borderline);
Transtornos com irritabilidade acentuada;
Transtorno ciclotímico;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Transtornos por uso de substâncias (ex.: álcool, cocaína, etc.);
Quadros demenciais;
Transtorno disruptivo do humor;
Transtornos psicóticos (destaque para a esquizofrenia);
Hipertireoidismo;
Tumores do sistema nervoso central (SNC);
Infecções do SNC (ex.: neurossífilis ou HIV);
Epilepsia;
Esclerose múltipla;
Outras condições endocrinometabólicas;
Uso de determinadas medicações (ex.: corticoides, psicoestimulantes, levodopa, antidepressivos etc.).

8.7 Comorbidades

Transtorno por uso de álcool ou outras substâncias;
Transtornos ansiosos (mais comuns);
Transtornos alimentares;
TDAH;
Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC);
Transtorno explosivo intermitente;
Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT);
Transtorno de personalidade (especialmente do cluster B);
Condições médicas em geral (dislipidemia, diabetes, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares etc.).

8.8 Tratamento

Tratamento não Farmacológico

Psicoeducação para o paciente e sua família.
Psicoterapia : Há destaque para a terapia cognitivo-comportamental (TCC), mas outras opções incluem a terapia interpessoal e a terapia de família.
Estabelecimento de rotina: Orientar o paciente para que crie hábitos de sono, alimentação e atividade física regulares.

Fase Aguda: Agitação Psicomotora

Tratamento Farmacológico - Escolha um dos esquemas abaixo.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Esquema A: Monoterapia. Escolha uma das opções:

Asenapina 10 mg SL, dose única (dose máxima: 10 mg/dia);
Haloperidol 5 mg IM (dose máxima: 15 mg/dia);
Ziprasidona 2 mg IM (dose máxima: 20 mg/dia).

Esquema B: Escolha uma das associações abaixo.

Haloperidol 2,5 mg IM (dose máxima: 5 mg/dia)+**Midazolam 7,5 mg IM** (dose máxima: 15 mg/dia).

Haloperidol 2,5 mg IM (dose máxima: 5 mg/dia)+**Prometazina 25 mg IM** (dose máxima: 50 mg/dia).

Fase Aguda: Mania

Tratamento Farmacológico – 1a Linha. Escolha uma das opções:

Lítio 300 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até que se alcance o nível sérico desejado (entre 0,8-1,2 mEq/L);
Quetiapina 100 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 800 mg/dia.
Divalproato 25 mg/kg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 60 mg/kg/dia);
Asenapina 5 mg SL 2x/dia. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 20 mg/dia);
Aripiprazol 10 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 30 mg/dia);
Paliperidona 6 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 12 mg/dia);
Risperidona 2 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 6 mg/dia).

Fase Aguda: Depressão

Tratamento Farmacológico . Escolha uma das opções:

Quetiapina 50 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente até a dose-alvo de 300 mg/dia (dose máxima: 800 mg/dia);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Lítio 300 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até que se alcance o nível sérico desejado (entre 0,6-1,0 mEq/L);
Lamotrigina 25 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente até a dose-alvo de 200 mg/dia (dose máxima: 400 mg/dia);
Lurasidona 20 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 120 mg/dia).

Fase de Manutenção

Tratamento não Farmacológico

Psicoeducação para o paciente e sua família.
Psicoterapia: há destaque para a terapia cognitivo-comportamental (TCC), mas outras opções incluem a terapia interpessoal e a terapia de família.
Estabelecimento de rotina: orientar o paciente para que crie hábitos de sono, alimentação e atividade física regulares.

Tratamento Farmacológico

Manutenção da medicação usada na fase aguda.

Se não estiver mais usando nenhuma medicação, escolha uma das opções:

Lítio 300 mg/dia, VO. Progredir dose conforme resposta até que se alcance o nível sérico desejado (entre 0,6-1,0 mEq/L);
Quetiapina 50 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 800 mg/dia);
Divalproato 250 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 60 mg/kg/dia);
Lamotrigina 25 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente até a dose-alvo de 200 mg/dia (dose máxima: 400 mg/dia);
Asenapina 5 mg SL 2x/dia. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 20 mg/dia);
Aripiprazol 10 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente (dose máxima: 30 mg/dia).

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Adesão ao tratamento.

Frequência e duração dos episódios.

Recorrência de sintomas.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disorders. 2018; 20:97-170.

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). 5th ed. American Psychiatric Association Publishing, 2022.

Cordioli AV, Gallois CB, Passos IC. Psicofármacos – Consulta Rápida. 6a ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L. Psicofármacos – Consulta Rápida. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2015/2017.

Lafer B, Caetano SC, Kleinman A, et al. Transtorno bipolar ao longo da vida. In: Forlenza OV, Miguel EC. Compêndio de Clínica Psiquiátrica. 1a ed. São Paulo: Manole, 2012.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Humes EC, Cardoso F, Guimarães-Fernandes F, et al. Clínica Psiquiátrica – Guia Prático. Otoch LN, Brañas MJAA, Croci MS, eds. São Paulo: Manole, 2019.

Birmaher B. Pediatric bipolar disorder: Clinical manifestations and course of illness. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on November 20, 2023).

Axelson D. Pediatric bipolar disorder: Overview of choosing treatment. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on November 20, 2023).

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
TRANSTORNO DO PÂNICO				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de transtorno do pânico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

AP - Ataques de Pânico.

TP – Transtorno do Pânico.

TEPT: Transtorno de estresse pós-traumático.

TOC: Transtorno obsessivo compulsivo.

TAG: Transtorno de ansiedade generalizada.

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

ISRS: Inibidores seletivos da recaptação de serotonina.

ISRSN: inibidor seletivo da recaptação de serotonina e noradrenalina.

TCC: Terapia cognitivo-comportamental.

VO: Via Oral.

RNM: Ressônancia Magnética.

VCM: Volume Corpuscular Médio.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Outros transtornos psiquiátricos: Exclusão de transtornos de ansiedade, como transtorno de ansiedade generalizada ou fobias específicas, que podem apresentar sintomas semelhantes.

Condições médicas: Avaliar e excluir doenças que podem causar sintomas físicos similares, como doenças cardíacas, respiratórias ou distúrbios metabólicos.

Uso de substâncias: Considerar o impacto de abuso de drogas ou álcool, bem como efeitos colaterais de medicações que possam mimetizar ou exacerbar os sintomas de pânico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Eventos estressantes: Identificar se os ataques de pânico estão relacionados a estressores agudos ou eventos traumáticos, que podem ser mais adequadamente diagnosticados como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

Duração e frequência: Avaliar se os ataques de pânico ocorrem em um contexto específico ou se são inesperados e recorrentes, conforme os critérios diagnósticos.

Esses critérios são importantes para garantir que o diagnóstico de transtorno do pânico seja preciso e que outras causas potenciais dos sintomas sejam consideradas.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Transtorno ansioso comum e muito incapacitante. O principal sintoma do transtorno do pânico (TP) é o ataque de pânico (AP), que, nesta situação, se torna frequente. Como consequência, o paciente vive preocupado e com medo de que os APs aconteçam, mudando seu comportamento para tentar evitá-los.

Os ataques de pânico (AP) são crises espontâneas de grande ansiedade e medo, que surgem de forma repentina, durando entre minutos e horas. Podem ser também induzidas por um estressor. Ou seja, podem ser inesperados ou podem ocorrer de forma esperada diante de uma determinada circunstância. Quando o AP ocorre apenas uma vez, não se pode dizer que o paciente tenha o transtorno de pânico. Ou seja, o transtorno é fruto dos APs e das consequências disfuncionais que causa ao paciente.

8.2 Apresentação Clínica

Anamnese

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Ataques de pânico (AP): São episódios espontâneos em que o paciente sente um medo ou ansiedade muito grande e que vai aumentando gradualmente até atingir um pico. Seu início é abrupto, podendo durar entre alguns minutos e horas. Podem ser isolados (sem que se constitua em transtorno do pânico), ou também aparecer como parte da apresentação de outros transtornos mentais (ex.: TEPT). Também pode ser desencadeado por alguns "gatilhos", como o uso de alguma substância ou elementos estressores.

Além da grande sensação de medo/ansiedade, os pacientes também podem se queixar de:

Despersonalização ou desrealização;
Sintomas somáticos (ex.: palpitação, taquicardia; falta de ar, asfixia; aperto no peito; tremor; sudorese; "mãos geladas"; sintomas gastrointestinais ou otoneurológicos);
Sintomas cognitivos (ex.: medo de morrer ou de "ficar maluco");
O padrão de sintomas pode variar entre os APs;
Outros sintomas podem surgir e ter relação com aspectos culturais, mas não devem ser contados para o diagnóstico (ex.: cefaleia, gritos, choros, etc);
Eventualmente, podem ocorrer à noite (mas não devem ser confundidos com parassonias - ex.: terror noturno);
Podem ocorrer numa situação em que sejam esperados (por exemplo se ocorreu em determinada circunstância, pode ser esperado que ocorra novamente em situações semelhantes) ou são totalmente inesperados;
Pode ou não estar associada à agorafobia (evitar situações das quais não possam sair, se livrar ou obter ajuda no caso de um ataque de pânico ou outros sintomas - ex.: medo de locais abertos ou de multidões).
Como possuem dificuldade em perceber a razão do seu medo/ansiedade, podem desenvolver grande temor de que estejam sofrendo de uma grave doença clínica, com risco iminente de morte, causando múltiplas visitas ao pronto-socorro. Por conta disso, normalmente é o clínico ou o socorrista o médico a quem esses pacientes recorrem primeiro.

OBS: Note que os APs por si só não são um transtorno mental. Ainda assim, pode se apresentar como parte de alguns transtornos mentais - como no transtorno de estresse pós-traumático , depressão , transtornos alimentares, outros transtornos ansiosos, transtornos psicóticos, transtorno obsessivo-compulsivo , transtornos de personalidade, uso de substâncias - ou em outras condições clínicas.

Transtorno do pânico (TP): No transtorno, os APs são recorrentes, sendo que alguns não têm fator desencadeante e nem são esperados. A isso, deve-se somar pelo menos um mês no qual o paciente descreve medo de ter novas crises e suas consequências e/ou mudanças em seu comportamento por causa dos ataques (ex.: evitação).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

É importante ressaltar que fatores culturais podem influenciar na apresentação do quadro.

A frequência dos APs pode ser bastante variável: diários ou 1x/mês, por exemplo. Contudo, por definição, no transtorno de pânico os APs são inesperados. Com isso, os pacientes podem restringir suas atividades, mudar suas rotinas e até desenvolver agorafobia .

Os pacientes mudam seu comportamento para tentar evitar novos APs, nos quais acreditam que podem estar enlouquecendo, tendo alguma doença clínica (ex.: infarto) ou por medo do julgamento das outras pessoas.

Mesmo entre os APs os pacientes podem mostrar comportamento ou clínica de sintomatologia ansiosa.

Pacientes com transtorno de pânico possuem grandes chances de apresentarem outros transtornos mentais comórbidos (especialmente depressão e transtorno por uso de álcool), o que pode influenciar a prevalência, a queixa do paciente e sua apresentação clínica.

Em consequência do transtorno, os pacientes podem ter problemas acadêmicos, no trabalho, na sua vida social e em sua saúde física (mais comorbidades), refletindo-se na qualidade de vida. Quando isso se soma aos custos de saúde, torna-se fácil perceber seu impacto em nível individual e macro/socioeconômico (ex.: saúde pública e economia).

Curso: Trata-se de um transtorno crônico e recorrente. A maioria dos pacientes apresenta melhora dos sintomas ao longo do tempo, mas apenas poucos têm a resolução completa do transtorno. A presença de comorbidades está relacionada a um pior prognóstico.

Marcadores de gravidade: Apesar de não haver marcadores bioquímicos de gravidade da doença, o TP pode ser altamente incapacitante, impossibilitando, por vezes, o paciente de sair de casa para trabalhar, de desenvolver afazeres sociais e até de buscar tratamento. Pacientes que apresentam APs tanto de dia, como de noite, podem ter quadros mais graves. O risco de suicídio nestes pacientes é maior que na população geral.

8.3 Fatores de risco

Sexo feminino (2:1);
Idade de início entre 20-30 anos;
Histórico de transtorno ansioso ou de humor na família;
História de traumas ou adversidades na infância;
Diagnóstico de outro transtorno de ansiedade;
Situação socioeconômica desfavorável;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Ser divorciado ou viúvo;
Tabagismo;
Doenças respiratórias (ex.: asma);
Maior inalação de CO2.

8.4 Abordagem Diagnóstica

Anamnese; exame psíquico; utilizar critérios diagnósticos; avaliar presença de agorafobia; excluir causas orgânicas, uso de substâncias e possíveis diagnósticos diferenciais psiquiátricos. É sempre importante questionar sobre a presença de ideação suicida.

Existe um instrumento de referência (Panic Disorder Severity Scale) que pode auxiliar no diagnóstico, mas que ainda não foi validado para o português.

Exames de rotina:

Função tireoidiana (TSH e T4 livre);
Hemograma completo;
Bioquímica.
Alguns exames não são necessários para o diagnóstico, mas podem ser solicitados para avaliação de comorbidades e diagnóstico diferencial, de acordo com a suspeita:

Cardiológica: troponina, CK-MB, ECG, Holter;
Pulmonar: espirometria;
Endocrinológica: função tireoidiana (TSH; T4 livre), função adrenal (metanefrinas conjugadas urinárias), cálcio sérico (hiperparatireoidismo);
Neurológica: RNM de encéfalo;
Uso de substâncias (álcool): gama-glutamil transferase sérica (Gama-GT), volume corpuscular médio (VCM), etc.

Critérios Diagnóstico (DSM-%)

O transtorno de pânico se caracteriza pela presença frequente de ataques de pânico que não são esperados;
Por sua vez, os ataques de pânico possuem as seguintes características: sensação de desconforto ou medo que crescem progressivamente até atingir um clímax, geralmente em poucos minutos.
Soma-se a isso pelo menos quatro dos seguintes sintomas:
Medo de morrer;
Despersonalização / desrealização;
Medo de perder o controle ou enlouquecer;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Palpitação / taquicardia;
Desconforto ou dor no peito;
Tremores;
Sensação de asfixia ("falta de ar") ou sufocamento;
Sudorese;
Ondas de calor ou calafrios;
Parestesia;
Vertigem, tontura, desmaio;
Desconforto abdominal / náusea;
O paciente também sofre com as seguintes consequências, que devem ocorrer por pelo menos 30 dias: alterações comportamentais por causa dos ataques e/ou preocupação frequente sobre o ataque e suas consequências;
Esses sintomas não são decorrentes do uso de uma substância e nem são explicados por outro transtorno mental ou doença clínica.

8.5 Diagnóstico Diferencial

Transtorno de ansiedade generalizada (TAG) ;
Fobia social;
Fobias específicas;
Agorafobia;
Transtorno de ansiedade de separação;
TOC com ataques de pânico;
Transtorno de personalidade (borderline);
Transtorno somático;
Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT);
Transtorno de ansiedade de doença;
Episódio maníaco;
Abuso, dependência ou abstinência de substâncias (pensar, principalmente, em anorexígenos, cafeína, estimulantes -ex.: cocaína, anfetamina e derivados, cannabis e álcool);
Retirada / abstinência de depressores do sistema nervoso central (ex.: barbitúricos e álcool);
Parassonias;
Síndrome coronariana aguda (com supra de ST ou sem supra de ST);
Doenças de motilidade esofágicas;
Asma;
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);
Embolia pulmonar;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Hipertireoidismo;
Hipotireoidismo;
Hiperparatireoidismo;
Disfunção vestibular;
Doença de Addison;
Feocromocitoma;
Cefaleia migranosa;
Epilepsia do lobo temporal;
Taquiarritmias (fibrilação atrial , flutter atrial , taquicardia supraventricular, etc);
ICC descompensada;
Encefalopatia hepática;
Encefalopatia hipertensiva;
PRESS;
Encefalopatia urêmica;
Síndromes paraneoplásicas.

8.6 Comorbidades

Agorafobia;
Transtorno depressivo maior;
Transtorno afetivo bipolar;
Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT);
Transtorno de ansiedade generalizada;
Transtorno de ansiedade social;
Transtorno obsessivo compulsivo (TOC);
Transtorno por uso de álcool;
Transtornos de personalidade;
Transtorno do controle dos impulsos;
Apneia do sono;
Hipertensão;
Doença coronariana crônica;
Arritmias cardíacas;
Síndrome coronariana com supra de ST;
Síndrome coronariana sem supra de ST;
Hipertireoidismo;
Asma;
DPOC;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Cefaleia (especialmente migrânea);
Úlcera;
Síndrome do intestino irritável;
Cistite intersticial;
Câncer;
Dor crônica;
Doenças alérgicas.

6.7 Tratamento

Tratamento Farmacológico. Escolha uma das classes ou associe-as:

Classe A: Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e inibidor seletivo da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSN): Escolha uma das opções:

Paroxetina (20 mg/cp) 20 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 60 mg/dia;
Sertralina (25 mg/cp) 25 ou 50 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 200 mg/dia;
Citalopram (20 mg/cp) 20 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 40 mg/dia;
Escitalopram (10 mg/cp) 10 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 20 mg/dia;
Fluvoxamina (50 mg/cp) 50 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 300 mg/dia;
Fluoxetina (20 mg/cp) 20 mg/dia VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 80 mg/dia;
Venlafaxina XR Iniciar com 75 mg/dia, VO. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 225 mg/dia.

Classe B: Benzodiazepínicos: Escolha uma das opções:

Alprazolam (0,5 mg/cp) 0,5 mg/dia VO, de preferência à noite. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 10 mg/dia;
Clonazepam (0,5 mg/cp) 0,5 mg/dia VO, de preferência à noite. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 6 mg/dia;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Lorazepam (1 mg/cp) 1 mg/dia VO, de preferência à noite. Progredir dose conforme resposta até a remissão dos sintomas e com tolerância do paciente, sendo a dose máxima de 10 mg/dia.

Tratamento Não Farmacológico

Terapia cognitivo-comportamental (TCC).

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Frequência de ataques de pânico.
Intensidade dos ataques.
Adesão ao tratamento.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatry Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5). 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington: APA, 2013.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L. Psicofármacos: consulta rápida. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11a ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Roy-Byrne PP. Pharmacotherapy for panic disorder with or without agoraphobia in adults. [Internet]. Stein MB, Hermann R, eds. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on July 30, 2019).

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, et al. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry. 9th ed. Vol. 1. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (LWW), 2009.

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (RJ), Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Coleção Guia de Referência Rápida: Ansiedade generalizada e transtorno de pânico em adultos - manejo nos níveis primário e secundário de atenção. 1a ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: Nome: XXXX Cargo: XXXX	Nome Verificador: Nome: XXXX Cargo: XXXX	Nome Aprovador: Nome: XXXX Cargo: XXXX
Ass. Emissor: XXXX	Ass. Verificador: XXXX	Ass. Aprovador: XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO				
ANESTESIA PARA PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Fornecer orientações claras para diagnóstico, tratamento e manejo de doenças do trato digestivo.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

EDA: Endoscopia Digestiva Alta

IOT: Intubação orotraqueal.

EV: Endovenoso.

CPRE: Certificado de Proficiência em Resolução de Problemas.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Condições médicas graves: Doenças cardíacas ou respiratórias não controladas, insuficiência renal ou hepática grave.

História de reações alérgicas: Reações adversas a anestésicos locais ou sedativos que serão utilizados.

Distúrbios de coagulação: Pacientes com coagulopatias não controladas ou em uso de anticoagulantes que não podem ser suspensos.

Infecções agudas: Infecções ativas que possam aumentar o risco de complicações durante a sedação.

Obesidade mórbida: Pacientes com obesidade severa podem ter riscos adicionais relacionados à ventilação e sedação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Anatomia anormal das vias aéreas: Alterações anatômicas que dificultem a intubação ou ventilação.

Dificuldades respiratórias: Pacientes com apneia do sono ou outras condições que comprometam a função respiratória.

Esses critérios ajudam a assegurar a segurança do paciente durante o procedimento endoscópico.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Materiais para Endoscopia Digestiva Alta

Endoscópio: Tubo flexível com uma câmera e luz na extremidade. Permite visualizar o esôfago, estômago e duodeno.
Sistema de Suporte: Monitores, fontes de luz e sistemas de vídeo conectados ao endoscópio.
Instrumentos Acessórios:
Pinças Biópsia: Utilizadas para coletar amostras de tecido.
Escovas: Para coletar células de lesões suspeitas.
Dilatadores: Para tratar estenoses (estreitamentos) no trato digestivo.
Sedação: Medicamentos administrados para proporcionar conforto e reduzir a ansiedade do paciente.
Solução de Limpeza: Produtos utilizados para desinfetar e esterilizar os instrumentos.

Materiais para Colonoscopia

Colonoscópio: Endoscópio mais longo e flexível, projetado para examinar o cólon e o reto.
Sistema de Suporte: Similar ao da endoscopia alta, com monitores e fontes de luz específicas para colonoscopia.
Instrumentos Acessórios:
Pinças Biópsia: Para coleta de amostras do cólon.
Laços de Ressecação: Para remoção de pólipos.
Espéculo Anal: Para facilitar a inserção do colonoscópio.
Preparação Intestinal: Soluções laxativas ou enemas administrados antes do exame.
Sedação: Semelhante à endoscopia alta, para conforto do paciente.
Solução de Limpeza: Produtos para desinfecção dos instrumentos.

7. EPI

Máscara cirúrgica;
Óculos de proteção;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Luvas estéreis;
Avental descartável;
Touca;
Protetor facial.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Endoscopia Digestiva Alta:

A endoscopia digestiva alta (EDA) é um exame realizado pelo médico endoscopista, treinado para introduzir um aparelho denominado endoscópio pela boca até o estômago e primeira porção duodenal, a fim de obter imagens diagnósticas do trato gastrointestinal alto.

Durante a EDA, visualizam-se esôfago, estômago e duodeno. Assim, consegue-se identificar diversas patologias e lesões que podem ser removidas durante o procedimento, além da coleta de material para controle da presença de *Helicobacter pylori* (*H. pylori)*, agente bacteriano responsável por casos de úlcera gástrica.

Esse exame é bem tolerado pelos pacientes, sendo que a etapa com mais desconforto é a passagem pela orofaringe, em razão do reflexo de vômito. Por isso, a necessidade de sedação consciente. A maioria é realizada em caráter ambulatorial. Existem casos, porém, de pacientes graves internados que necessitam realizar o procedimento em ambiente hospitalar.

Colonoscopia:

A colonoscopia é um procedimento endoscópico capaz de gerar imagens da mucosa intestinal, desde o ânus até a porção distal do íleo (válvula ileocecal).

Atualmente é considerada padrão-ouro para diagnóstico de carcinoma de cólon, sendo indicada rotineiramente para pacientes acima de 50 anos de idade, independentemente de história familiar.

Esse procedimento deve ser feito em ambiente fechado, mas na maioria das vezes é ambulatorial, ou seja, o paciente está apto para retornar a seu domicílio no mesmo dia. É necessária a realização prévia de um preparo rigoroso do cólon e sedação mais profunda sempre realizada por um profissional anestesista.

A passagem do colonoscópio gera bastante desconforto em determinadas áreas, principalmente sigmoide e ângulos esplênico e hepático. Nesses momentos, a dor referida é

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

visceral (distensão da alça), por isso a necessidade de uma sedação mais profunda. As biópsias realizadas, caso necessárias, não são dolorosas.

8.2 Indicações

Disfagia ou odinofagia;
Emagrecimento;
Anorexia;
Hematêmese ou melena;
Vômitos recorrentes;
Rouquidão;
Dor abdominal intratável e recorrente;
Massas abdominais;
Febre de origem obscura;
Icterícia;
História familiar de câncer do trato gastrointestinal;
Linfadenopatia;
Endometriose;
Doenças inflamatórias;
Doenças autoimunes;
Pré-operatório de cirurgias gástricas;
Pré-operatório de gastroplastia redutora.

Além dessas indicações, temos ainda: Acompanhamento evolutivo de diagnósticos anteriores ou seguimentos de patologias de potencial de transformação maligna, procedimentos terapêuticos específicos como dilatação de mucosa, ablações, polipectomias e biópsias.

8.3 Contraindicações

Ausência de consentimento ou colaboração do doente;
Ausência de acompanhante para a alta hospitalar;
Quebra de jejum;
Não realização de preparo adequado;
Alterações graves de coagulação;
Condições clínicas descompensadas do paciente (cardíacas e respiratórias);
Suspeita de perfuração intestinal;
Quadro agudo de diverticulite;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Megacólon tóxico;
Esplenomegalia.

8.4 Preparo do Paciente

Endoscopia Digestiva Alta:

Paciente deve estar em jejum absoluto, inclusive de água, pelo período de 8 horas, se o exame for realizado pela manhã;
Em caso de exames realizados no período da tarde, jejuns de 6 horas são aceitáveis;
Evitar café e bebidas alcoólicas no dia anterior;
As medicações de rotina não devem ser suspensas e devem ser administradas com pouca água;
Comparecer sempre acompanhado de algum responsável. Alta somente com acompanhante;
Pacientes diabéticos devem realizar o exame pela manhã;
Suspender hipoglicemiante oral passando para insulina regular, conforme esquema de insulina.

Colonoscopia:

O mais importante, além do jejum, é o preparo para limpeza do cólon que deve ser feito com estrito rigor, seguindo todas as orientações do profissional;
Para o sucesso do exame, a mucosa intestinal deve estar completamente limpa;
O preparo do cólon começa alguns dias antes com adequação da dieta e uso de agentes laxativos;
No dia do procedimento ou na noite anterior, deve-se administrar Manitol via oral (misturado a suco de laranja coado ou limão), até que o conteúdo intestinal esteja límpido como água ou da cor de urina bem clara sem resíduos;
Como esse preparo leva os pacientes a ingerirem grande quantidade de líquidos no dia do procedimento, o tempo de jejum deve ser avaliado de maneira rigorosa;
Um jejum de 4 horas a partir do último Manitol é seguro para a realização da sedação;
Atentar para vômitos durante o preparo, pois vários pacientes não toleram o Manitol;
Os medicamentos de rotina não necessitam ser suspensos, apenas anticoagulantes, caso o custo-benefício seja eficaz e se for ser realizada alguma biópsia.

8.5 Técnica

Todos os exames podem ser realizados na maioria das vezes com sedação consciente;
Nos casos de CPRE e colonoscopia, às vezes é necessária uma sedação mais profunda ou até mesmo anestesia geral, dependendo do quadro clínico do doente;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Deve-se realizar uma anamnese prévia detalhada atentando principalmente para o tempo de jejum, além da história clínica do paciente, assim como o uso de medicações prévias. Durante a visita pré-anestésica, explicar como será realizado o procedimento e encaminhá-lo para a sala de exame;

Para pacientes que serão submetidos a colonoscopia, é muito importante avaliar a última ingesta do Manitol, que deve ser de 4 horas, e a consistência das fezes. Essa deve ser líquida como urina, sem resíduos para um preparo adequado;

Monitorização básica com eletrocardiograma, oxímetro de pulso e pressão arterial mais venóclise com jelco 20G é o suficiente. Normalmente, os pacientes submetidos à colonoscopia estão em fluidoterapia para reidratação;

Máscara de oxigênio acoplada ao paciente e todo o equipamento de ressuscitação em sala com tubo orotraqueal, laringoscópio e cânulas;

Aspirador montado e funcionante, caso haja regurgitação ou vômitos. É raro nos casos de EDA, pois o próprio endoscópio apresenta um aspirador, portanto o risco é bem menor;

Em casos de sedação, utilizar medicações de meia-vida curta, pois os procedimentos são relativamente rápidos, e a recuperação não deve ser demorada. Midazolam em doses de até 3-5 mg EV (única) mais Propofol em bólus de 3-5 mg por vez é uma excelente escolha. Se necessário, pode-se administrar reversores dos benzodiazepínicos;

Propofol em bomba de infusão também pode ser utilizado, porém torna-se uma técnica muito dispendiosa, uma vez que o procedimento é rápido e não necessita de sedação profunda;

Atentar para o padrão respiratório, pois pode ocorrer depressão respiratória. Podem-se administrar opioides em doses baixas, como Fentanila até 50 microgramas no início, a fim de proporcionar maior conforto;

O Midazolam pode ser revertido com Flumazenil após o término do procedimento. Medicações analgésicas simples, como Dipirona e Escopolamina ou anti-inflamatórios, são bem toleradas;

Durante a colonoscopia, em alguns momentos haverá necessidade de maior aprofundamento da sedação, como a passagem pelo sigmoide e pelos ângulos esplênico e hepático, que são as regiões com maior estímulo álgico. Na EDA, a passagem pela orofaringe é a mais desconfortável; portanto, durante o início, a sedação deve estar mais profunda;

Nas colonoscopias, dado o estímulo vagal da distensão das alças, pode ocorrer bradicardia. Nesse momento, deve-se pedir para o profissional interromper por alguns minutos o estímulo. Caso não reverta, pode-se fazer uso de Atropina;

Na caso de anestesia geral, também deve-se utilizar medicamentos de meia-vida rápida, como Propofol. A manutenção pode ser feita de modo venoso ou com halogenados, além do uso de opioides em baixas doses;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A intubação orotraqueal (IOT) não é mandatória, somente em casos de possível broncoaspiração ou escolha particular do anestesista, podendo fazer uso de máscara laríngea. Não há necessidade de relaxantes musculares, caso não haja IOT;

Os procedimentos como biópsia ou polipectomias são isentos de estímulos álgicos;

Após o término do procedimento, acordar o paciente e encaminhá-lo acordado ao quarto;

Oferecer alimentação, assim que possível, e certificar-se da presença de acompanhante para sua alta.

8.6 Complicações

Regurgitação e vômitos;
Broncoaspiração;
Distensão abdominal;
Reações alérgicas;
Cólica;
Hemorragia;
Laceração ou perfuração do tubo digestivo;
Infecções.

9. REGISTROS

Registro em prontuário via sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema as não conformidades e eventos adversos para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de complicação.

Taxa de sedação adequada.

Taxa de exames inconclusivos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Preparação do Paciente

Jejum: O paciente deve estar em jejum de pelo menos 6 a 8 horas antes do exame para garantir uma boa visualização do esôfago, estômago e duodeno.

Avaliação Prévia: Realizar uma anamnese detalhada, incluindo histórico médico, uso de medicamentos, alergias e comorbidades.

Avaliação de Medicamentos

Anticoagulantes: Avaliar a necessidade de suspensão de medicamentos anticoagulantes ou antiplaquetários, conforme orientação médica.

Outros Medicamentos: Considerar a interrupção de medicamentos que possam interferir na mucosa gastrointestinal, como antiácidos.

Condições de Saúde

Avaliação Cardiovascular e Respiratória: Realizar avaliação clínica para garantir que o paciente está em condições de ser sedado, se necessário.

Doenças Associadas: Identificar condições que possam complicar o procedimento, como doenças cardiovasculares, pulmonares ou neurológicas.

Consentimento Informado

O paciente deve ser informado sobre o procedimento, seus riscos e benefícios, e deve assinar um termo de consentimento.

Ambiente e Equipamentos

Infraestrutura: O exame deve ser realizado em um ambiente adequado, com equipamentos modernos e em condições de higiene rigorosas.

Monitoração: Monitoramento dos sinais vitais durante o procedimento, especialmente em casos de sedação.

Equipe Técnica

A realização deve ser feita por uma equipe treinada e experiente, composta por um médico endoscopista e profissionais de enfermagem.

Pós-Exame

Monitoramento: O paciente deve ser monitorado por um período após o exame, especialmente se sedado.

Orientações: Fornecer orientações sobre alimentação e cuidados pós exame.

Essas condições ajudam a assegurar que o exame de endoscopia digestiva alta seja realizado de forma segura e eficaz, minimizando riscos e otimizando a experiência do paciente.

13. ANEXO

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Mishra LD, Bharati S. Monitored anaesthesia care for colonoscopies. Acta Anaesthesiol Scand. 2007; 51(3):382.

Wernil KJ, Inadomi JM. Anesthesia for colonoscopy: too much of a good thing? JAMA Intern Med. 2013; 173(7):556-558.

Servin F. Anestesia para endoscopia digestiva. EMC - Anestesia-Reanimación. 2014; 40(Issue 3):1-7.

Gotoda T, Akamatsu T, Abe S, et al. Guidelines for sedation in gastroenterological endoscopy (second edition). Dig Endosc. 2021; 33(1):21-53.

Trummel JM, Chandrasekhara V, Kochman ML. Anesthesia for Colonoscopy and Lower Endoscopic Procedures. Anesthesiol Clin. 2017; 35(4):679-686.

Sharp CD, Tayler E, Ginsberg GG. Anesthesia for Routine and Advanced Upper Gastrointestinal Endoscopic Procedures. Anesthesiol Clin. 2017; 35(4):669-677.

Pardo E, Camus M, Verdonk F. Anesthesia for digestive tract endoscopy. Curr Opin Anaesthesiol. 2022; 35(4):528-535.

Bhutiani N, Bruenderman E, Davidyuk V, et al. Is More Anesthesia Care Better in Endoscopy? Comparing the Safety and Cost of Conscious Sedation and Anesthesia Provider-Based Care. J Gastrointest Surg. 2022; 26(2):483-485.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO				
RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial no rastreamento do câncer de mama.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

SBM: Sociedade Brasileira de Mastologia.

OMS: Organização Mundial de Saúde.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

A SBM recomenda o rastreamento com mamografia anual para mulheres entre 40 e 74 anos de idade. Mulheres fora dessa faixa etária (ou seja, com menos de 40 anos ou mais de 74 anos) geralmente são arquivos de protocolos de rastreamento, exceto em casos com fatores de risco elevados (ex. histórico familiar forte ou mutações genéticas).

Mulheres abaixo de 10 anos (início da idade fértil)

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

O câncer de mama é uma doença caracterizada pelo crescimento anormal de células no tecido mamário. Essa proliferação celular pode formar um tumor, que pode ser benigno (não canceroso) ou maligno (canceroso). O câncer de mama maligno pode se espalhar para outras partes do corpo, um processo conhecido como metástase.

O câncer é um grave problema de saúde pública a nível mundial tendo sua incidência e mortalidade sofrido aumento gradativo ao longo do tempo. De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2030 serão diagnosticados 22 milhões de novos casos da doença em todo mundo.

Essa situação é particularmente preocupante entre os países da África, Ásia, América Central e América do Sul que juntos são responsáveis por mais de 60% dos casos e 70% das mortes por neoplasias1.

O câncer de mama é a neoplasia que mais acomete as mulheres em todo mundo. No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer José de Alencar (INCA) são esperados, para 2015, 57.120 novos casos da doença. Apesar de ser considerada de bom prognóstico, as taxas de mortalidade, em nosso país, continuam elevadas o que pode ser associado a diagnósticos realizados em estágios avançados dessa neoplasia.

8.2 Risco Habitual

O rastreamento na população de risco habitual é realizado em pacientes sem história familiar, em parentes de primeiro grau para câncer de mama ou ovário ou biópsias prévias com atipia.

Neste contexto, o rastreamento deve ser realizado seguindo as recomendações abaixo:

FAIXA ETÁRIA	ESTRATÉGIA DE RASTREAMENTO
Idade igual ou inferior a 49 anos	Exame clínico das mamas anual na atençãoprimária
50 a 69 anos	Exame clínico das mamas anual e mamografia bienal solicitada pela atenção primária
Idade igual ou superior a 70 anos	Exame clínico das mamas anual na atençãoprimária

Tabela 71– Faixa etária / rastreamento

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Risco Elevado

RISCO	CARACTERÍSTICA DO USUÁRIO	RASTREAMENTO
Usuárias de risco elevado	Mulheres com história familiar de câncer de mama em **um** parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou em qualquer idade de câncer de ovário ou câncer de mama bilateral[6]; História familiar de câncer de mama masculino[6].	Exame clínico da mama + Mamografia anual a partir dos 35 anos de idade na atençãoprimária.
Usuárias de risco muito elevado	Mulheres com história pessoal de câncer de mama prévio ou neoplasia lobular *in situ*, hiperplasia ductal ou lobular atípica[8]; Mulheres que fizeram radioterapia torácica na infância ou adulta jovem (antes dos 30 anos)[8]; Mulheres sabidamente portadoras da mutação dos BRCA 1 ou BRCA 2 ou ainda portadores da Síndromes de Li-Fraumeni ou Cowden[8]; Mulheres com história familiar de câncer de mama **em dois** ou mais **parentes de primeiro grau** na pré-menopausa e ou risco superior a 20% durante a vida por modelos de risco BRCAPRO* ou TYRER CUZICK**[8]. * BRCAPRO – www.cyrillicsoftware.com ** TyrerCuzick –www.ems-trials.org/riskevaluator	Encaminhamento para rastreamento com médico mastologista

Tabela 72 – Risco elevado / rastreamento

8.3 Critérios de Exclusão

Mulheres abaixo de 10 anos (início da idade fértil)

Conduta

Todas as usuárias, mesmo aquelas fora de faixa etária alvo para o programa de rastreamento (50 a 69 anos) que comparecerem a consulta com médico ou com o enfermeiro, deverão ter suas mamas examinadas como parte da atenção integral que o serviço deve oferecer ao usuário. As mamografias de rastreamento são aquelas realizadas em pacientes sem queixas clínicas com o objetivo de diagnosticar o câncer antes que o mesmo apresente sintomas e, assim, proporcionar diagnóstico na fase pré-clínica da doença promovendo a diminuição nas taxas de mortalidade e aumento de sobrevida. Os exames de rastreamento devem ser solicitados por médicos ou enfermeiros em todos os níveis de atenção à saúde. Durante os exames clínicos de rastreamento, se o enfermeiro detectar alguma alteração no exame físico, deve encaminhar a usuária para o médico da equipe ou ginecologista que é o responsável por realizar o diagnóstico. Pacientes que apresentam queixas relacionadas a patologias mamárias, mas não se enquadram no cenário de rastreamento, devem ser avaliadas pelo médico da equipe. A mamografia realizada em pacientes com queixas ou alterações do exame clínico é chamada de mamografia diagnóstica e deverá ser solicitada apenas por profissional médico, para elucidação do diagnóstico da alteração clínica apresentada. É importante ressaltar que as mamografias com a finalidade diagnóstica podem ser solicitadas em qualquer faixa etária.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.4 Diagnóstico

Exame clínico da mama (realizar sempre que a paciente for submetida ao exame ginecológico).

Uma rotina de exame deve ser sistematizada sendo importante examinar as mamas por completo, avaliando-se superiormente até a clavícula, inferiormente até o limite inferior da topografia das costelas, medialmente até o esterno e, lateralmente, até alinha axilar média. O exame clínico das mamas é construído pela inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação da mama e das cadeias ganglionares da axila e fossas supra e infra-claviculares e expressão.

Inspeção estática: realizada com a mulher sentada com braços pendentes ao lado do corpo. Observar alterações no contorno da mama e ulcerações. As mamas devem ser comparadas observando assimetrias, diferenças na cor da pele, textura e padrão da circulação venosa;

Inspeção dinâmica: pedir para que a mulher levante e abaixe os braços lentamente e contraia os músculos peitorais (comprimir as palmas das mãos uma contra outra diante do tórax);

Palpação: com a paciente ainda sentada deve-se palpar cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares. Com a paciente deitada em decúbito dorsal, mãos sob a cabeça, deve-se realizar a palpação das mamas. Realizar movimentos circulares com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos;

Expressão: comprimir suavemente a região areolar e observar se há saída de alguma secreção.

As alterações do exame clínico das mamas sugestivas de câncer de mama são:

Qualquer nódulo mamário (a descrição de nódulos deve incluir informações quanto ao seu tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização);

Alteração unilateral na pele da mama, como eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, distorções ou ulcerações do mamilo;

Descarga papilar sanguinolenta, aquosa ou serossanguínea unilateral e espontânea. Secreções poliductais, bilaterais e que saem apenas com a expressão mamilar são associadas a condições benignas.

Homens com massa unilateral de consistência firme com ou sem distorção de mamilo ou associada ou não a mudanças na pele

Autoexame da mama

A orientação para que a mulher realize sistematicamente o autoexame da mama não é recomendada, pois ensaios clínicos não demonstraram a redução da mortalidade e há um aumento acentuado do número de biópsias com resultados benignos.

Recomenda-se que os profissionais de saúde estimulem a mulher a ter uma política de alerta, que seja orientada sobre as mudanças habituais da mama e quais são os principais sinais da doença. A palpação ocasional da mama pode ser realizada sempre que a mulher se sentir

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

confortável, porém, sem recomendação específica.

Os sinais de alerta são:

Nódulo ou espessamento que pareçam diferentes do tecido das mamas;

Mudança no contorno das mamas (retração, abaulamento);

Mudanças no mamilo (retração e desvio);

Secreção espontânea pelo mamilo, principalmente se for unilateral.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DE MAMOGRAGIA (BI-RADS)

BI-RADS	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
0	Exame incompleto	Avaliação médica. Solicitar ultra-sonografia ou outro exame de imagem sugerido pelo exame.
1	Exame negativo	Manter rotina de rastreamento conforme risco.
2	Exame com achado tipicamente benigno	Manter rotina de rastreamento conforme risco.
3	Exame com achado provavelmente benigno	Avaliação médica. Encaminhamento à ginecologia ou mastologia.
4	Exame com achado suspeito	Encaminhamento imediato à mastologia.
5	Exame com achado altamente suspeito	Encaminhamento imediato à mastologia.
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	Encaminhamento imediato à mastologia.

Tabela 73 – Interpretação dos resultados de mamografia

8.5 Conduta Preventiva

Evidências mostram que o risco de câncer de mama pode ser reduzido com:

Amamentação: há diminuição de cerca de 4,3% do risco relativo para câncer de mama a cada 12 meses de lactação;

Maior paridade e a primeira gravidez antes dos 30 anos: também está relacionada à redução do risco;

Prevenção de obesidade pós-menopausa, sedentarismo e consumo de álcool;

Uso criterioso na utilização de terapia de reposição hormonal;

Não ingestão de álcool;

A relação entre uma alimentação saudável, atividade física e gordura corporal adequada: estima-se ser possível prevenir 28% dos casos de câncer de mama.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de pacientes encaminhadas para cirurgia.

Tempo de atendimento inicial.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. Tipos de câncer: mama. Acessado em: 23 abr. 2014. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama.
2. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. Controle do câncer de mama. Acessado em 23 abr. 2014. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
MASTALGIA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial em pacientes com mastalgia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

A dor nas mamas, sintoma comum predominante em mulheres na menacma, é associada majoritariamente a alterações benignas, podendo ser classificada em três categorias: cíclica, acíclica e extramamária.

8.2 Fisiopatologia

As alterações da mama se dão por meio das variações dos ciclos da vida feminina, que são:

Entre 15-25 anos de idade, quando há a formação dos lóbulos e do estroma, resultando em hipertrofia das glândulas e associando-se a fibroadenomas, por exemplo;

Entre 25-40 anos de idade, os efeitos cíclicos hormonais resultam em alteração das glândulas e do estroma, levando, por exemplo, às mastalgias cíclicas;

Entre 35-55 anos, levando à involução de estruturas como ductos e lóbulos, com alterações ductais e macrocistos, por exemplo.

8.3 Apresentação Clínica

Anamnese

Quadro clínico: Dor, aumento de sensibilidade e ingurgitamento mamário.

Na anamnese, devem-se questionar os itens a seguir, a fim de caracterizar o tipo de mastalgia e identificar possíveis fatores causais:

Localização;

Tipo;

Duração;

Intensidade;

Alteração de hábitos alimentares, ganho de peso;

Relação com atividades cotidianas;

Início recente de atividade física;

Uso de novos medicamentos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Mastalgia cíclica: Quando a dor ocorre na fase lútea tardia, ou seja, na semana anterior à menstruação. É frequentemente bilateral e mais grave no quadrante superior lateral das mamas. Esse quadro relacionado com o período menstrual chama-se **mastodinia**.

Mastalgia acíclica: A dor não tem relação com o ciclo menstrual, podendo ser constante ou intermitente, mais provavelmente unilateral e variável em sua localização na mama. Devem-se considerar outras patologias, como:

Ectasia ductal;
Mastite;
Adenose esclerosante;
Esteatonecrose;
Terapia de reposição hormonal;
Cistos mamários;
Hidradenite supurativa;
Neoplasia.

Dor extramamária: Dor com origem na região torácica. Um dos principais diagnósticos diferenciais é a síndrome de Tietze, que é o epônimo para costocondrite. Estão entre as suas causas:

Neuralgia intercostal;
Contratura muscular;
Colecistite;
Angina.

Exame Físico

O ponto-chave no exame de uma mulher com dor na mama é procurar sinais sugestivos de malignidade, como massa, ausência de mobilidade da massa, alterações na pele ou secreção mamilar sanguinolenta ou em água de rocha.

Idealmente, o exame deve ser realizado após a menstruação, devendo a mama ser examinada à procura de sinais de inflamação ou infecção, o que sugeriria mastite.

Excluída a mastite, deve-se:

Examinar os quatro quadrantes mamários, áreas subareolares, axilas e supraclaviculares e infraclaviculares, com a mulher deitada e sentada, com as mãos nos quadris e, depois, acima da cabeça;

Verificar a presença de:

Alterações cutâneas;
Assimetria;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Posição alterada dos mamilos;
Cicatrizes;
Retração da pele e alterações na cor;
Ondulações;
Edema ou eritema;
Ulceração ou crosta do mamilo;
Avaliar se há linfonodos aumentados e palpáveis;
Delimitar e documentar as massas mamárias;
Pesquisar a presença de descarga papilar;
Identificar zonas de sensibilidade aumentada relacionadas com áreas de dor.

8.4 Fatores de risco:

Tabagismo;
Ingestão de cafeína ou metilxantinas;
Retenção hídrica;
Estresse;
Mamas volumosas;
Dieta rica em gordura;
Uso de medicações como hormônios, antidepressivos e anti-hipertensivos.

8.5 Abordagem Diagnóstica

A mastalgia é um sintoma associado a alterações benignas da mama, no entanto esse sintoma pode ser causa de extrema angústia para a mulher devido ao temor do câncer de mama. Dessa forma, o maior objetivo na abordagem diagnóstica dessa condição é excluir qualquer relação com quadro de câncer de mama.

Assim, mesmo que se trate de um caso de mastalgia cíclica em mulher fora da idade alvo para rastreamento de câncer de mama e com exame físico normal, é recomendável a solicitação de exames de imagem para tranquilização da paciente. Para a maioria das pacientes, a certeza de que não há neoplasia maligna mamária é suficiente para a resolução do quadro.

A escolha da modalidade de imagem se baseia na idade:

Mulheres < 30 anos de idade: Devem ser submetidas ao ultrassom, pois é mais preciso que a mamografia para essa faixa etária. A mamografia é adicionada se houver anormalidade na ultrassonografia ou fatores de risco que justifiquem a exposição à radiação (ex.: histórico familiar de câncer de mama na pré-menopausa);

Mulheres entre 30-39 anos de idade: Também devem ser submetidas à ultrassonografia. Mamografia uni ou bilateral pode ser realizada, porque, nessa faixa etária, alguns pequenos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

cânceres são encontrados na mamografia, mas não na ultrassonografia;

Mulheres ≥ 40 anos de idade: Devem ser submetidas a mamografia e ultrassonografia.

Critérios Diagnósticos

O diagnóstico se inicia com a exclusão do câncer de mama.

Diagnóstico Diferencial

Tumoração na mama, fibroadenoma;

Síndrome de Tietze;

Angina;

Cisto mamário;

Ectasia ductal;

Mastite;

Câncer de mama inflamatório;

Hidradenite supurativa;

Gestação;

Doença de Mondor;

Trauma.

8.6 Acompanhamento

Realizar a abordagem terapêutica sugerida e sempre reavaliar a paciente em torno de 2-3 meses para excluir ou tratar a dor recorrente/ persistente. Orientações gerais sobre atividade física são sempre bem-vindas.

8.7 Abordagem Terapêutica

O primeiro passo da conduta é orientar a paciente e esclarecer sobre a benignidade do quadro. Se a mastalgia for incapacitante, alterando a qualidade de vida da paciente, deve-se pensar na terapêutica medicamentosa.

Apoio para as mamas: O uso de sutiã ou top bem ajustado para melhor apoiar a mama é amplamente recomendado.

Compressas: Algumas mulheres obtêm alívio com a aplicação de compressas de gelo e massagem suave. Para aquelas que amamentam, recomendam-se compressas de gelo durante a fase obstrutiva.

Medicamentos: O Paracetamol ou um anti-inflamatório não esteroidal (AINE), ou ambos, podem ser usados para aliviar a dor na mama. AINEs tópicos também são úteis. Estudos randomizados demonstraram melhora significativa em pacientes tratadas com Diclofenaco em gel.

Terapias de segunda linha: O tratamento, por 6 meses, com uma das terapias de segunda

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

linha (Tamoxifeno ou Danazol) pode ser necessário para pacientes que ainda apresentem dor debilitante na mama, apesar da terapia de primeira linha:

Tamoxifeno: É efetivo nas doses de 20 mg/dia e 10 mg/dia, e os efeitos colaterais são significativamente reduzidos na dose mais baixa. Quando usado *off label* para tratar mastalgia grave, o Tamoxifeno é administrado na dose de 10 mg 1x/dia por 3 meses, no entanto está associado a sintomas semelhantes aos da menopausa, como ondas de calor, secura vaginal, dor nas articulações e câimbras nas pernas;

Danazol: Trata-se um andrógeno, sendo o único medicamento aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento de mastalgia grave. Em geral, administram-se 200 mg 1x/dia. O uso de Danazol é limitado por seus efeitos androgênicos;

Tamoxifeno, Danazol, Bromocriptina são as terapêuticas comprovadas com boa resposta na mastalgia, enquanto as isoflavonas, o ácido gamalinoleico, a vitamina E e o iodo são controversos na literatura.

Não existe indicação de tratamento cirúrgico para mastalgia.

A terapia hormonal na pós-menopausa que provoca dor intolerável na mama deve ser diminuída ou interrompida.

Não está claro se os contraceptivos orais causam ou aliviam mastalgia cíclica. Diminuir a dose de estrogênio em um regime contraceptivo oral pode ser eficaz no controle da dor na mama.

A Bromocriptina é um agonista da dopamina que inibe a liberação de prolactina. Embora a Bromocriptina seja efetiva no alívio da dor em comparação com o placebo, é menos eficaz que o Danazol, e até 80% das mulheres desenvolvem efeitos colaterais, como cefaleia e tontura, por isso não é mais recomendado.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Tempo de atendimento inicial;

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Di Florio-Alexander RM, Slanetz PJ, Moy L, et al. ACR Appropriateness Criteria® Breast Pain. J Am Coll Radiol. 2018; 15(11S):S263-75.

Holbrook AI. Breast Pain, A Common grievance: guidance to radiologists. AJR Am J Roentgenol. 2020; 214(2):259-64.

Cornell LF, Sandhu NP, Pruthi S, et al. Current management and treatment options for breast pain. Mayo Clin Proc. 2020; 95(3):574-80.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
DOENÇA DE ALZHEIMER				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com Alzheimer.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

DA: Doença de Alzheimer.

MMSE: miniexame do estado mental.

MoCA: avaliação cognitiva de Montreal.

DLB: Demência por corpúsculos de Lewy.

DFT: Demência frontotemporal.

CCL: Comprometimento cognitivo leve.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

É caracterizada como declínio cognitivo, que envolve um ou mais domínios da cognição (memória, aprendizado, função executiva, linguagem etc.). Esse déficit deve ocorrer, notadamente, em relação ao status prévio e deve ser grave o bastante para interferir na função diária e na independência do paciente.

Os déficits cognitivos e funcionais são progressivos e associados a alterações comportamentais que influenciam não apenas a vida do próprio indivíduo, como também a do ciclo familiar no qual ele está inserido.

8.2 Fisiopatologia

A doença de Alzheimer (DA) pode ser incluída em um subgrupo conhecido como neurodegenerativo, que é específico de demências que afetam primariamente o neurônio.

De modo simplificado, a patologia da doença envolve mecanismos extra e intracelulares.

No meio extracelular: Ocorre acúmulo de proteína beta-amiloide. A proteína precursora amiloide não é degradada de maneira adequada, formando a proteína beta-amiloide que se acumula no meio extracelular, dando origem às chamadas placas neuríticas/placas senis.

No meio intracelular: Ocorre acúmulo excessivo de proteína TAU fosforilada, que passa a não mais exercer adequadamente a sua função: estruturar o microesqueleto celular. O acúmulo da proteína TAU fosforilada no meio intracelular forma os emaranhados neurofibrilares. Com isso, ocorre morte celular programada de células neurais específicas, como a população de células piramidais do hipocampo.

8.3 Apresentação Clínica

Anamnese

Quadro clínico:

Diante de um paciente com quadro demencial, a primeira etapa é considerar os motivos de queixa de memória em idosos e etiologias reversíveis:

Envelhecimento normal;

Depressão;

Doença sistêmica;

Efeito colateral de medicação;

Deficiência cognitiva leve;

Hipotireoidismo;

Carência de vitamina B12.

O comprometimento da memória é o sintoma inicial mais comum da demência da DA.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Em pacientes com a forma típica da doença, déficits em outros domínios cognitivos podem aparecer com, ou após, o desenvolvimento do comprometimento da memória;

Memória episódica declarativa: O subtipo da memória primariamente afetado. Podemos caracterizá-la como a memória responsável por lembrar fatos e datas;

Ainda é possível subdividi-la em:

Memória imediata: É aquela que usamos para repetir algo que aconteceu imediatamente antes (ex.: um número de telefone que acabou de ser escutado);

Memória para fatos recentes: É aquela que usamos para lembrar algo que ocorreu há algum tempo (ex.: lembrar uma pequena sequência numérica, após um período de distração). Como essa janela de tempo pode ser variável, é possível explicar como alguns fatos antigos (como aqueles que ocorreram há dias ou meses) não podem mais ser recordados no paciente com DA, justamente porque ele perde a capacidade de consolidação dos fatos recentes.

A disfunção executiva e o comprometimento visuoespacial estão frequentemente presentes no início, enquanto déficits na linguagem e sintomas comportamentais geralmente se manifestam mais tarde no curso da doença. Esses déficits se desenvolvem e progridem de forma insidiosa;

Há disfunção executiva, caracterizada pela incapacidade de resolver problemas que antes eram facilmente solucionados. Além disso, a capacidade de percepção da doença é afetada nos pacientes com DA. Assim, eles passam a não mais perceber a doença (uma condição conhecida como anosognosia: perda de consciência);

Com a evolução da doença, os sintomas passam a acometer outros domínios cognitivos, tornando a distinção entre os tipos de demência mais difícil. Sintomas como alucinações e ilusões tornam-se comuns com o tempo;

Mais raros, os déficits de linguagem, as anormalidades visuoespaciais ou mesmo as funções executivas podem ser prejudicados, como o sintoma inicial mais proeminente nas formas atípicas;

Outros sintomas: Apraxia, disfunção olfatória e distúrbios do sono.

Curso clínico: A DA progride inexoravelmente. O progresso da doença pode ser medido com escalas de estado mental, como o miniexame do estado mental (MMSE), a avaliação cognitiva de Montreal (MoCA) e a escala de classificação de demência clínica.

Embora o curso clínico medido por tais escalas não seja necessariamente linear, vários estudos descobriram que os pacientes diminuem de 3-3,5 pontos, em média, no MMSE a cada ano, com uma minoria (< 10%) apresentando declínio mais rápido e progressivo de 5-6 pontos no MMSE anual.

8.4 Fatores de risco:

O fator de risco mais importante para o desenvolvimento da doença é a idade;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A presença de alelo APOE4, o baixo nível educacional, uma história familiar de DA e fatores de risco cardiovasculares também aumentam a chance de desenvolvimento da doença;

Estima-se que dois terços das pessoas diagnosticadas com DA são mulheres.

8.5 Abordagem Diagnóstica

O diagnóstico de DA na prática depende dos critérios clínicos descritos abaixo.

Deve-se suspeitar de DA em idosos com início insidioso de declínio progressivo da memória e, pelo menos, outro domínio cognitivo que leve ao comprometimento das atividades da vida diária.

Exame de rastreio: A MoCA é uma excelente ferramenta de triagem. Junto, deve ser realizada uma anamnese detalhada, analisando-se início dos sintomas, tempo de evolução da doença e domínio cognitivo afetado. Além disso, uma **avaliação neuropsicológica** e um **exame de neuroimagem** são fundamentais para o diagnóstico adequado.

Ressonância magnética de encéfalo: É o exame de imagem de escolha, primeiramente por excluir outras patologias, como hematomas subdurais, neoplasias e hidrocefalias; e segundo porque pode fornecer achados específicos como atrofia da região hipocampal ou atrofia do lobo temporal medial.

Outras técnicas menos utilizadas rotineiramente incluem SPECT/PET, que evidenciam hipoperfusão/hipometabolismo temporoparietal.

Biomarcadores: A utilização de biomarcadores pode trazer maior confiabilidade ao diagnóstico, principalmente em situações em que há dúvidas, como em pacientes com início sintomático precoce. **Os achados são:** Redução liquórica do Aß42 e aumento da proteína TAU fosforilada.

O teste genético não é recomendado na avaliação de rotina de pacientes com DA.

Critérios Diagnósticos

A confirmação é realizada apenas com achados patológicos. Entretanto, um diagnóstico de DA provável pode ser estabelecido por:

Comprometimento cognitivo estabelecido pela anamnese do paciente e por um informante experiente, e exame objetivo do estado mental à beira do leito ou teste neuropsicológico;

Interferência na capacidade de funcionar nas atividades habituais;

Início insidioso;

Progressão gradual (declínio cognitivo de um nível anterior de funcionamento e desempenho);

Sintomas iniciais: não necessitam ser relacionados com a memória;

Ausência de outro diagnóstico que interfira na cognição (não explicado por transtorno psiquiátrico importante);

Comprometimento cognitivo envolvendo, no mínimo, dois dos seguintes domínios:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Capacidade prejudicada de adquirir e lembrar de novas informações;
Raciocínio prejudicado, execução de tarefas complexas, mau julgamento;
Habilidades visuoespaciais prejudicadas;
Funções de linguagem prejudicadas;
Alterações na personalidade ou comportamento.

Biomarcadores, ressonância magnética de encéfalo e estudos funcionais (SPECT/PET) aumentam a certeza diagnóstica.

8.6 Diagnóstico Diferencial

Os distúrbios mais comuns considerados no diagnóstico diferencial da DA são demência vascular e outras demências neurodegenerativas. As duas demências neurodegenerativas mais comuns após a DA são:
Demência por corpúsculos de Lewy (DLB);
Demência frontotemporal (DFT).

8.7 Abordagem Terapêutica

Tratamento Não Farmacológico

O tratamento da DA vai muito além das medidas medicamentosas. Uma boa abordagem familiar com explicações sobre a doença, evolução dos sintomas e tratamentos disponíveis é fundamental.

A maioria da população já ouviu falar da doença, e é possível que um estigma sobre o nome "doença de Alzheimer" aflija a todos os familiares.

Além disso, cuidadores geralmente sofrem com muito estresse, portanto é importante que o médico avalie a rede de apoio social do paciente.

Torna-se fundamental o papel do médico de realizar um acolhimento emocional, explicando o curso clínico esperado da doença e as possibilidades terapêuticas, e de ser o elo em um atendimento clínico integrado, que pode envolver também fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, profissionais de educação física, fonoaudiólogos e nutricionistas.

Tratamento Farmacológico

Duas classes de medicações são aprovadas para uso clínico: os inibidores da acetilcolinesterase e o antagonista do receptor NMDA (Memantina).

Os inibidores da acetilcolinesterase são compostos por três medicamentos:

Donepezila, Rivastigmina e Galantamina. Todos têm como principal efeito colateral sintomas gastrointestinais e bradicardia.

A Memantina é indicada em combinação com um inibidor da colinesterase em pacientes

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

com DA avançada.

O Aducanumabe, um anticorpo monoclonal contra a beta-amiloide, foi aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) recentemente, indicado para uso em pacientes com DA leve. Ele está associado ao risco de anormalidades na imagem por ressonância magnética, incluindo edema e micro-hemorragia, exigindo monitoramento por RNM durante o tratamento. Não disponível no Brasil.

A Vitamina E (alfa-tocoferol) e a Selegilina (um inibidor da monoamina-oxidase) foram estudadas na DA devido às suas propriedades antioxidantes, e os resultados de ensaios randomizados foram mistos.

Globalmente, os dados disponíveis sugerem que a Vitamina E, numa dose de 2.000 unidades internacionais por dia, confere um benefício modesto no atraso da progressão funcional em pacientes com DA leve a moderada, sem qualquer efeito mensurável no desempenho cognitivo. No entanto, não há vantagem no uso da selegilina, uma vez que tem mais efeitos colaterais e maior custo.

Tratamento de Sintomas Comportamentais

É muito comum na prática médica nos depararmos com pacientes com DA que apresentem sintomas psiquiátricos, como agitação, alucinação e depressão. Novamente, as medidas não farmacológicas são cruciais, a saber:

Ambiente calmo, familiar;

Sinais de orientação, como marcas/placas nas portas dos quartos;

Iluminação adequada do ambiente, que ajuda a evitar falhas de orientação.

Comportamento agressivo pode ser conduzido com linguagem calma, clara e direta, no sentido de distrair o paciente.

Além disso, medicações podem ajudar no controle de sintomas de agitação.

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ex.: Citalopram, Sertralina) podem ajudar no controle desses sintomas, principalmente quando associados à depressão.

Em determinadas situações, pode ser necessário o uso de medicações neurolépticas para controle de sintomas comportamentais/agressividade. Nesse caso, os neurolépticos atípicos devem ser usados como referência, sempre levando em conta o aumento do risco cardiovascular e o possível aumento de mortalidade dessas medicações, quando usadas em adultos idosos com demência. Neurolépticos típicos (Haloperidol) produzem efeitos extrapiramidais com maior frequência.

Visão da Psiquiatria

As alterações histopatológicas da doença se iniciam anos antes de seu aparecimento clínico. Por

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

isso, é importante ficar atento e iniciar intervenções precoces que permitem manter os níveis cognitivos e funcionais do paciente pelo maior tempo possível.

Alguns casos de comprometimento cognitivo leve (CCL) podem evoluir para DA, sendo importante acompanhar essa população.

A maioria dos pacientes com DA manifesta, pelo menos, um sintoma neuropsiquiátrico. Tais alterações podem ser agrupadas em quatro categorias:

Psicose: Transtornos do sono, delírios e alucinações;

Hiperatividade: Euforia, desinibição, agressividade, comportamento bizarro;

Apatia: Transtorno alimentar ou comportamento apático;

Afetividade: Ansiedade e/ou depressão (que pode ser comorbidade ou ser o primeiro sintoma, precedendo os demais até em anos, além de acelerar o declínio cognitivo).

Outra importante escala que pode ser usada para diagnóstico e classificação da gravidade dos pacientes de tempos em tempos é a **CDR** (*clinical dementia rating*), um instrumento semiestruturado, mas que pode auxiliar na decisão de iniciar, associar ou interromper algumas medicações.

O tratamento não consegue parar o desenvolvimento da doença, algo que precisa ficar claro principalmente para os cuidadores e familiares.

Na **doença leve a moderada,** é possível usar inibidores da acetilcolinesterase, que apresentam benefícios modestos, reduzindo a velocidade de declínio. Essa classe também ajuda em alguns sintomas comportamentais e agitação. Os inibidores da acetilcolinesterase parecem também promover benefícios nos estágios graves, mas alguns optam por suspendê-los nesta etapa. É necessário garantir que o paciente não esteja usando medicação anticolinérgica (ex.: Difenidramina, Oxibutinina e antidepressivos tricíclicos).

Atividades como palavras-cruzadas e outros desafios mentais também são recomendadas.

Nos **casos moderados a graves,** pode ser adicionada a Memantina.

Os **sintomas psicóticos e a agitação** poderiam melhorar com:

Antipsicóticos atípicos, apesar do risco já descrito. Pesar risco x benefício;

Trazodona ou Melatonina, no caso de dificuldade para dormir;

Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (Citalopram) para os sintomas depressivos;

Estabilizador do humor (ex.: Ácido valproico) para sintomas disruptivos (ex.: episódios de raiva).

Algumas drogas hipnóticas (como Zolpidem ou Zopiclona) parecem aumentar o risco de quedas.

Atividade física e prática de exercício regulares parecem ter impacto positivo sobre a prevenção e até mesmo sobre o desenvolvimento da doença.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Tempo de atendimento inicial;

Taxa de adesão ao tratamento medicamentoso;

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alzheimer's Association. 2017 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement. 2017; 13:325-73.

Rabinovici GD. Late-onset Alzheimer disease. Continuum (Minneap Minn). 2019; 25(1):14-33.

Mendez MF. Early-onset Alzheimer disease and Its variants. Continuum (Minneap Minn). 2019; 25(1):34-51.

APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

Apostolova LG. Alzheimer disease. Continuum (Minneap Minn). 2016; 22(2):419-34.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
PRÉ- ECLÂMPSIA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com pré-eclâmpsia

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

A pré-eclâmpsia e a hipertensão na gestação são intercorrências clínicas frequentes que precisam ser investigadas minuciosamente.

A pré-eclâmpsia é definida como a presença inédita de hipertensão com proteinúria ou lesão de órgãos alvo (rins, cérebro e fígado) que ocorre após 20 semanas de gestação, enquanto a hipertensão crônica caracteriza-se por ser diagnosticada antes da gestação ou até a 20ª semana da gravidez atual.

Mais prevalentes em primigestas, as síndromes hipertensivas complicam 6-10% das gestações e são classificadas como doenças multissistêmicas, podendo cursar com disfunções hepática, renal e neurológica.

8.2 Fisiopatologia

A primeira é a placentação defeituosa com a invasão superficial do citotrofoblasto. Ocorrem duas ondas de invasões trofoblásticas, a primeira em torno de 8-10 semanas e a segunda entre 16-18 semanas de gestação.

Na pré-eclâmpsia, ocorre ausência da migração da segunda onda trofoblástica, evoluindo, assim, para perfusão uteroplacentária comprometida, disfunção endotelial, hipóxia e isquemia placentária, com consequências futuras para mãe e feto.

Em casos de pré-eclâmpsia com menos de 20 semanas, atentar para a associação/causa com mola hidatiforme.

Em casos de aparecimento de pré-eclâmpsia após 2 dias ou até 6 semanas do parto, considera-se pré-eclâmpsia tardia.

8.3 Apresentação Clínica

Hipertensão gestacional: Elevação da pressão arterial (≥ 140 x 90 mmHg) iniciada após 20 semanas de gestação na ausência de critérios diagnósticos para pré-eclâmpsia. É um diagnóstico provisório que pode mudar para hipertensão crônica se a pressão arterial

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

permanecer elevada além das 12 semanas pós-parto. Se a pressão arterial normalizar após 12 semanas, o diagnóstico é hipertensão transitória da gravidez.

Pré-eclâmpsia (PE): É a hipertensão (≥ 140 x 90 mmHg) associada à proteinúria de início recente (> 300 mg/24 horas) após 20 semanas de gestação. Se não houver proteinúria, o diagnóstico requer um ou mais sinais ou sintomas de disfunção de órgãos-alvo:

Trombocitopenia (< 100.000 plaquetas/microlitro);
Função hepática alterada (transaminases hepáticas séricas elevadas até duas vezes a concentração normal);
Dor persistente no quadrante superior direito ou dor epigástrica que não responde à medicação;
Nova insuficiência renal (creatinina sérica elevada > 1,1 mg/dL ou duplicação da creatinina sérica em paciente sem outra doença renal);
Oligúria: diurese < 500 mL/24 horas;
Edema pulmonar;
Fotopsia (flashes de luz) e/ou escotomas (áreas escuras no campo visual);
Dor de cabeça intensa ou que persiste e progride apesar da terapia analgésica;
Alteração do estado mental.

8.4 Classificação:

Início precoce, se ocorrer antes de 34 semanas de gestação, ou início tardio, se ocorrer em 34 semanas ou mais;
A pré-eclâmpsia também é classificada quanto à presença ou à ausência de sinais de gravidade;
PE sem sinais de gravidade: ≥ 140 x 90 mmHg e proteinúria ≥ 300 mg/24 horas;

PE com sinais de gravidade: Pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg (em duas ocasiões com pelo menos 4 horas de intervalo) e/ou um dos seguintes sinais e sintomas:
Oligúria < 500 mL/24 horas;
Trombocitopenia < 100.000/mm3;
Dor epigástrica;
Edema pulmonar ou cianose;
Creatinina sérica > 1,1 mg/dL;
Concentração sérica de transaminase > 2 vezes o limite superior da faixa normal;
Cefaleia intensa, fotopsia, cegueira cortical, vasoespasmo da retina e/ou escotomas cintilantes.
Eclâmpsia: Convulsão em mulheres com pré-eclâmpsia sem outra causa identificável. A

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

eclâmpsia pode ocorrer durante os períodos pré-parto, parto ou pós-parto. Mais de 90% dos casos ocorrem com 28 semanas de gestação ou posteriormente.

Hipertensão arterial crônica: Antecede a gravidez, está presente antes de 20 semanas gestacionais ou persiste por mais de 12 semanas após o parto.

Pré-eclâmpsia sobreposta: Gestantes portadoras de hipertensão crônica com sinais clínicos e/ou laboratoriais de pré-eclâmpsia.
Observação: Proteinúria de 300 mg/24 horas equivale a 1+ de proteína no EAS.

8.5 Fatores de risco:

Nuliparidade;
História familiar (principalmente mãe e irmãs);
Idade > 40 anos ou < 18 anos;
Pré-eclâmpsia em gestação prévia;
Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²);
Hipertensão crônica;
PA ≥ 130 x 80 na primeira consulta de pré-natal;
Doença renal crônica;
Gestação múltipla;
Diabetes;
Doença autoimune (ex.: síndrome do anticorpo antifosfolipídeo , lúpus eritematoso sistêmico);
Fertilização in vitro;
Doença vascular prévia;
Etnia negra;
Portadoras de HIV;
Hidropsia fetal;
Apneia obstrutiva do sono;
Nível sérico de chumbo elevado;
Alteração no índice de pulsatilidade uterina e marcadores angiogênicos (PLGF e SFLT-1);
Na maioria dos casos, a doença aparece na segunda metade da gestação.

8.6 Marcadores de gravidade:

Cefaleia;
Turvação visual (visão turva, cegueira temporária ou escotomas);
Dor abdominal/ epigastralgia;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Náuseas e/ou vômitos;
Confusão mental;
Anemia hemolítica microangiopática (critério para síndrome HELLP);
Plaquetopenia < 100.000;
LDH ≥ 600 (critério para síndrome HELLP);
Aumento das enzimas hepáticas: TGO ≥ 70 unidades/L (critério para síndrome HELLP).

8.7 Complicações maternas:

Acidente vascular encefálico (AVE);
Descolamento prematuro de placenta;
Hematoma hepático com possibilidade de ruptura;
Falência hepática;
Falência cardíaca;
Coagulação vascular disseminada;
Falência renal.
Complicações fetais:
Crescimento fetal restrito;
Oligoidrâmnio;
Prematuridade;
Morte neonatal;
Alterações da viabilidade visualizadas ao exame Doppler: aumento da resistência da artéria umbilical e diminuição da resistência da artéria cerebral média, podendo evoluir para centralização fetal.

8.8 Abordagem Diagnóstica

Pré-eclâmpsia

Pico hipertensivo ≥ 140 x 90 mmHg em duas aferições em um intervalo de 4 horas e proteinúria após 20 semanas de gestação. Na ausência de proteinúria, o diagnóstico ainda pode ser feito se a hipertensão de início recente for acompanhada por sinais ou sintomas de disfunção de órgãos alvo;

Em caso de gravidade, o critério é estabelecido com os valores de PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg (em duas ocasiões com pelo menos 4 horas de intervalo) associados ou não a sinais e sintomas de disfunção de órgãos alvo;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Proteinúria ≥ 300 mg em 24 horas ou relação proteína/creatinina ≥ 0,3;

Sinais laboratoriais de disfunção orgânica: contagem plaquetária < 100.000, creatinina sérica > 1,1 ou valor de creatinina duas vezes maior que o basal e valor de enzimas hepáticas duas vezes maior que o basal;

Sinais clínicos de disfunção orgânica:

Fotopsia (enxergar flashes de luz) e/ou escotomas (áreas escuras no campo visual);
Dor de cabeça intensa ou que persiste e progride apesar da terapia analgésica;
Estado mental alterado;
Dor abdominal persistente no quadrante superior direito;
Dor epigástrica que não responde à medicação e não justificada por um diagnóstico alternativo.

Síndrome HELLP

Contagem plaquetária < 100.000;
AST duas vezes maior que o basal;
Bilirrubina total ≥ 1,2 mg/dL;
Esquizócitos no esfregaço do sangue periférico;
Anemia grave não relacionada com a hemorragia;
Baixos níveis de haptoglobina sérica (≤ 25 mg/dL);
Lactato desidrogenase (LDH) ≥ 600.

8.9 Acompanhamento

Rastreio: No primeiro e segundo trimestres, pode-se avaliar o índice de pulsatilidade das artérias uterinas para estimar o risco de desenvolvimento de PE de acordo com o resultado (IP médio > P95), além de realizar dosagem de PAPP-A, PLGF e SFLT-1 (fatores de crescimento angiogênico).
Observação: Não há evidências de que esses marcadores devem ser utilizados de forma rotineira em virtude das limitações na sensibilidade e dos custos de sua incorporação.
A ACOG e a OMS recomendam que a predição da pré-eclâmpsia seja baseada na história clínica da paciente:
Aferir pressão arterial em todas as consultas durante a gestação;
Realizar teste para proteinúria em mulheres com hipertensão no início do pré-natal para estabelecer uma linha de base. A proteinúria altera o diagnóstico para pré-eclâmpsia ao longo da gestação.
Avaliação fetal: Avaliação com ultrassonografia (USG) obstétrica com dopplerfluxometria a cada três semanas ou mensalmente. Em caso de alteração, deve-se avaliar o intervalo entre os

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

exames.

A USG é indicada para avaliar o volume de líquido amniótico e estimar o peso fetal em razão do aumento do risco de oligoidrâmnio e da restrição do crescimento fetal.

Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade ou hipertensão leve: Se não houver indicação de parto com menos de 37 semanas de gestação, sugere-se conduta expectante com monitoramento materno e fetal. Para mulheres além de 37 semanas de gestação, é sugerido parto em vez de observação contínua.

Recomenda-se a dosagem laboratorial de:

Contagem plaquetária;
Creatinina sérica;
Proteinúria de 24 horas;
Hematócrito;
Hematoscopia;
Ureia;
Ácido úrico;
Proteínas totais e frações;
Enzimas hepáticas;
Bilirrubinas totais e frações.

8.10 Abordagem Terapêutica

Pré-eclâmpsia

Hipertensão essencial prévia: Ao iniciar o pré-natal de uma paciente com doença hipertensiva preexistente, deve-se investigar a presença de lesão de órgão alvo e solicitar:

Proteinúria;
Creatinina sérica;
TGO/TGP;
Hemograma;
Eletrocardiograma (ECG) ou ecocardiograma.

Suspende-se o tratamento vigente na ausência de lesão em órgão alvo.

O tratamento da hipertensão arterial prévia deve ser instituído se PA ≥ 160 x 110 mmHg e se não houver lesão de órgão alvo. Caso contrário, o *cutoff* é PA ≥ 150 x 100 mmHg. O objetivo do tratamento é manter PAS de 120-150 mmHg e PAD de 80-100 mmHg.

Hipertensão gestacional: Quando houver aumento pressórico durante a gestação, deve-se investigar pré-eclâmpsia (> 20 semanas) com os mesmos exames citados anteriormente.

Tratamento anti-hipertensivo: Casos com indicação de terapia medicamentosa têm como primeira linha de tratamento:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Metildopa: 750-2.000 mg/dia divididos de 2-4x/dia;
Clonidina: 0,2-0,6 mg/dia dividido de 2-3x/dia;
Nifedipino *retard*: 20-120 mg/dia divididos de 1-3x/dia;
Anlodipino: 5-20 mg/dia divididos de 1-2x/dia;
Hidralazina:* 50-150 mg/dia divididos de 1-3x/dia;
Metoprolol:* 100-200 mg/dia divididos de 1-2x/dia;
Carvedilol:* 12,5-50 mg/dia divididos de 1-2x/dia.
*Recomenda-se o uso dessas medicações como terceiro fármaco para associação de medicamentos para controle pressórico ou no caso de impossibilidade de uso dos fármacos de primeira escolha. Os betabloqueadores de maior experie ̂ncia clínica são o Labetalol e o Pindolol, entretanto o primeiro não está liberado para uso no Brasil e o segundo foi recentemente retirado do mercado.

Na fase puerperal, podem-se usar como opção Captopril (50-150 mg/dia) ou outros inibidores da ECA.

Em mulheres com hipertensão crônica, os medicamentos anti-hipertensivos devem ser continuados ou o regime pré-gestacional ser retomado após o parto, considerando-se a segurança na amamentação. Prefere-se, porém, não introduzir diuréticos no puerpério, pois pode haver redução do volume vascular e comprometimento da amamentação.

Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade: Não há indicação de tratamento medicamentoso na pré-eclâmpsia, salvo condições de prematuridade extrema. Os estudos apontam que o tratamento medicamentoso com viabilidade fetal já estabelecida não altera o curso e a evolução da doença, não sendo, portanto, indicado.

Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade: Controle clínico até 32/34 semanas. Depois, está indicada interrupção. A internação da paciente, a administração de corticoide visando ao amadurecimento do pulmão fetal, o controle pressórico e a estabilização do quadro antes da interrupção são obrigatórios. Hidralazina é a primeira escolha de anti-hipertensivo.

Síndrome HELLP: Avaliar o quadro clínico da paciente. Após estabilização do quadro, deve-se indicar a interrupção da gestação. Avaliar internação em CTI.

Pré-eclâmpsia sobreposta: Deve ser conduzida como pré-eclâmpsia, independentemente da hipertensão preexistente

Eclâmpsia

Internação hospitalar: Internação da paciente em unidade intensiva. Proteção da paciente para evitar traumas durante eventuais novas crises convulsivas.

Avaliação laboratorial:

Hemograma completo;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Coagulograma completo;
LDH;
Creatinina sérica;
Proteinúria de 24 horas;
Ureia;
Creatinina;
Ácido úrico;
Proteínas totais e frações;
Enzimas hepáticas;
Bilirrubinas totais e frações.

Avaliação clínica: Principalmente da pressão arterial. Avaliar anti-hipertensivo (Hidralazina, bloqueador do canal de cálcio) e sulfato de magnésio. Interrupção da gestação após estabilização do quadro. Avaliar sulfato de magnésio de 24-48 horas após o parto. Existem outros fármacos anti-hipertensivos, como bloqueadores do canal de cálcio (ex.: Nifedipino), que são usados como segunda opção no tratamento da crise aguda.

Parto

Paciente com fator de risco para desenvolver pré-eclâmpsia (mas que não desenvolveu): A partir de 39 semanas;
Hipertensão crônica sem medicações: A partir de 39 semanas;
Hipertensão crônica controlada com medicações: A partir de 38 semanas;
Hipertensão crônica de difícil controle: A partir de 36-37 semanas;
Hipertensão gestacional: A partir de 37 semanas;
Pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade: A partir de 37 semanas;
Pré-eclâmpsia com critérios de gravidade: A partir de 34 semanas;
Síndrome HELLP/ eclâmpsia: Imediatamente após estabilização clínica.

Pós-parto

A pré-eclâmpsia e a eclâmpsia apresentam, em geral, melhora após o parto.

É importante continuar avaliando a curva pressórica no pós-parto imediato até 42 dias. Muitas vezes, a paciente mantém o esquema anti-hipertensivo de que fez uso durante a internação para, posteriormente, reduzir ou continuar os fármacos. Mais uma vez, é importante avaliar cada caso individualmente.

Nesse período, o uso de AINE precisa ser evitado, uma vez que cursa com piora da hipertensão por reduzir a produção de prostaglandina, promovendo consequente diminuição da vasodilatação e aumento da retenção de sódio. Desse modo, a analgesia deve ser realizada preferencialmente com opioides.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A mortalidade materna pode alcançar 20%. É a principal causa de morte materna no Brasil ocasionada principalmente por hemorragia cerebral (60%).

As morbidades associadas à pré-eclâmpsia e à eclâmpsia que podem determinar a morte incluem:

Insuficiência renal;

AVE;

Insuficiência cardíaca;

Edema agudo de pulmão;

Coagulopatia;

Insuficiência hepática.

Todas as pacientes que apresentaram pré-eclâmpsia devem receber orientação quanto aos potenciais riscos de desenvolverem doenças cardiovasculares e renais.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Tempo de atendimento inicial;

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins – Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2019; 133(1):e26-e50.

August P. Management of hypertension in pregnant and postpartum women. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on June 9, 2022).

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Comissão nacional de pré-eclâmpsia. Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. São Paulo: FEBRASGO, 2017.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Rezende J, Montenegro CA. Obstetrícia Fundamental. 12a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 1a ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
DIABETES GESTACIONAL				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial de diabetes gestacional.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição:

Defeito de secreção e/ou ação de insulina, resultando em hiperglicemia. O diabetes mellitus gestacional (DMG) é a intolerância aos carboidratos que se inicia na gestação e não preenche critérios diagnósticos para diabetes mellitus fora da gestação.

Após o parto e o puerpério, pode permanecer e necessitar de investigação.

Aproximadamente 1% das mulheres em idade reprodutiva tem diabetes mellitus tipos 1 ou 2 prévia. Aproximadamente 5% desenvolverão diabetes gestacional. Sua incidência tem aumentado pela pandemia de obesidade na população mundial.

Pode ser classificada como diabetes tipo 1, tipo 2 e gestacional (DMG):

Tipo 1: Deficiência completa de insulina, através de um processo autoimune contra as ilhotas pancreáticas;

Tipo 2: Combinação entre a resistência insulínica e a inadequada resposta compensatória de secreção à insulina;

DMG: Desenvolve-se durante a gestação em mulheres cuja função pancreática é insuficiente para superar a resistência à insulina associada ao estado gestacional.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.2 Apresentação Clínica

Anamnese

Fatores de risco:

Antecedentes de óbito fetal/neonatal;

DMG em gestação prévia;

Idade materna avançada;

Obesidade ou ganho excessivo de peso durante a gestação (IMC > 25 kg/m²);

História familiar de diabetes em parente de primeiro grau;

Polidramnia;

Macrossomia fetal (> 4 kg);

Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez em vigência;

Duas ou mais perdas gestacionais prévias;

Presença de condições associadas à resistência à insulina: acantose nigricans, obesidade central, hipertrigliceridemia, hipertensão arterial sistêmica, síndrome de ovários policisticos.

Alterações Fisiológicas durante o Período Gestacional

Ocorre tendência à hipoglicemia e, em consequência, há queda na necessidade de uso de insulina no primeiro trimestre, dada a maior passagem de glicose para o feto;

É importante atentar para quadros de êmeses, hiperêmese e náuseas nesta fase da gestação, que colaboram para um agravo nos quadros de hipoglicemia, principalmente em pacientes diabéticas prévias;

O hormônio lactogênio placentário humano tem como característica ser contrainsulínico (assim como o hormônio do crescimento, o hormônio liberador de corticotropina e a progesterona). Começa a ser produzido no segundo trimestre, promovendo a substituição do estado hipoglicêmico do primeiro trimestre por um perfil de resistência insulínica, sendo um processo fisiológico da gestação. A fisiopatologia do diabetes gestacional ocorre neste momento, quando o pâncreas não consegue contornar este estado hiperinsulínico;

O terceiro trimestre fisiológico com boa função placentária cursa com aumento nas doses de insulinoterapia. Em caso de diminuição da dose, suspeitar de insuficiência placentária;

Na fase puerperal, não há mais a principal ação do hormônio contrainsulínico (hormônio lactogênio placentário), em razão da ausência da placenta. Entretanto, deve-se orientar a paciente a procurar investigação de seu status glicêmico, pois quase 30% dessas diabéticas gestacionais se tornam diabéticas tipo 2. Mudanças no estilo de vida devem ser sugeridas. A retestagem seis semanas após o parto deve ser orientada.

8.3 Abordagem Diagnóstica

O protocolo mais usado e preconizado é o da ADA (2019), sendo este o rastreio universal, que

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

deve ser realizado desde a primeira consulta pré-natal.

Se Idade Gestacional < 20 Semanas

Realizar glicemia sérica de jejum :

Se < 92 mg/dL, realizar teste oral de tolerância à glicose (TOTG) entre 24-28 semanas;

Se ≥ 126 mg/dL, confirma-se diabetes mellitus diagnosticado durante a gestação;

Se entre 92-125 mg/dL, confirma-se diabetes mellitus gestacional.

Se Idade Gestacional > 20 Semanas

Realizar TOTG entre 24-28 semanas ou imediatamente após 28 semanas. Valores de referência:

Jejum: 92-125 mg/dL;

1 hora: 180 mg/dL;

2 horas: 153-199 mg/dL.

Na presença de glicemia alterada, é confirmado diabetes mellitus gestacional.

Na presença de glicemia ≥ 126 mg/dL em jejum, ou ≥ 200 mg/dL na segunda hora, é confirmado diabetes mellitus diagnosticado durante a gestação.

8.4 Abordagem Terapêutica

Objetivo: Euglicemia.

Após o diagnóstico de diabetes gestacional, deve-se iniciar dieta e investigar se há necessidade de insulinoterapia adicional.

Dieta: Sempre iniciar com dieta e exercício físico. Retornar em 15 dias para reavaliação, seguir a terapêutica com investigação adicional. Dieta composta de 40-50% de carboidratos, 15-20% de proteínas e 30-40% de gordura, divididas ao longo do dia.

Insulinoterapia: Indicação formal para as pacientes que já faziam uso antes de gestar, pacientes que usavam antidiabético oral, diabetes gestacional sem controle apenas com dieta:

A ACOG utiliza os parâmetros para controle ideal com os valores de: Jejum > 95 mg/dL, e/ou após 1 hora > 140 mg/dL, e/ou 2 horas pós-prandial > 120 mg/dL para indicar insulinoterapia;

Manejo da dose com insulina NPH: 0,2-0,7 unidade/kg dividida em ⅔ pela manhã em jejum e ⅓ à noite antes do jantar. Pode ser associada à ação de insulinoterapia de ação rápida e/ou intermediária;

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Percentual de Adesão ao Tratamento e Acompanhamento de Diabetes Gestacional

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Montenegro CAB, Braga A, Rezende Filho J. Diabetes melito. In: Rezende obstetrícia fundamental. 12a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Diabetes mellitus: rotinas assistenciais da maternidade-escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. [Internet]. UFRJ. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ. (Acesso em 12 de maio, 2022).

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

Secretaria Municipal de Saúde (RJ). Diabetes mellitus. 1a ed. Rio de Janeiro: SMS; 2016.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	**Nº da revisão**	**Itens revisados**
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
ASTIGMATISMO				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial no astigmatismo.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição:

Defeito óptico resultante de uma curvatura desigual gerada da córnea ou mais raramente do cristalino ou de outras estruturas oculares. Os raios luminosos de diferentes meridianos não podem ser focados no mesmo ponto da retina.

8.2 Apresentação Clínica

Anamnese e Exame Físico

Os sintomas variam de acordo com a atividade do paciente e o tipo de astigmatismo;

A diminuição da visão é mais comum nos astigmatismos mais altos, principalmente quando compostos e oblíquos;

Alguns pacientes podem ter desconforto visual para perto, associado à dificuldade acomodativa para perto;

Cefaleia frontal e temporal, e lacrimejamento podem ocorrer.

8.3 Abordagem Diagnóstica

Exame oftalmológico completo, incluindo acuidade visual sem e com refração;

Topografia corneana pode ser necessária para classificar o astigmatismo e descartar os astigmatismos irregulares.

8.4 Abordagem Terapeutica

Correção óptica com óculos ou lentes de contato;

Em pacientes com altos astigmatismos ou com alterações do eixo, deve-se orientar o paciente sobre a possibilidade de dificuldades na readaptação;

A cirurgia refrativa pode ser feita nos casos habilitados.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Tempo Médio de Espera para Atendimento Ambulatorial.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves AA. Refração. 4a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

Read SA, Collins MJ, Carney LG. A review of astigmatism and its possible genesis. Clin Exp Optom. 2007; 90(1):5-19.

Alpins N, Ong JK, Stamatelatos G. New method of quantifying corneal topographic astigmatism that corresponds with manifest refractive cylinder. J Cataract Refract Surg. 2012; 38(11):1978-88.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	Nome Verificador: **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	Nome Aprovador: **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
MIOPIA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial da miopia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição:

Distúrbio da refração em que um objeto no infinito, sem efeito da acomodação, é focalizado na frente da retina (no vítreo), gerando uma imagem desfocada.

8.2 Fisiopatologia

O poder de refração do olho pode ser muito grande em relação ao seu diâmetro (por modificações da curvatura corneana ou alterações do cristalino) ou o diâmetro anteroposterior pode ser grande em relação ao poder de refração (caso haja um aumento relativo ou de fato absoluto por alongamento do olho).

Geralmente, a miopia está associada a fatores genéticos, mas ela também pode ser desenvolvida ou agravada por excesso do uso da visão de perto na infância.

8.3 Apresentação Clínica

Anamnese

Embaçamento visual para longe;
Boa visão para perto;

Fatores de risco: História familiar, prematuridade, esforço visual para perto e esoforia.

8.4 Classificação

As miopias se dividem em primárias e secundárias:

As formas primárias se subdividem em fisiológicas, intermediárias, patológicas e por curvatura:

Pacientes com miopia abaixo de -3,00 dioptrias (D) são portadores de miopia fisiológica;
Entre -3,00 e -5,00 D apresentam tanto miopia fisiológica como intermediária;
Entre -5,00 e -8,00 D possuem miopia intermediária ou patológica;
Miopia superior a -8,00 D são portadores, invariavelmente, de miopia patológica.
As formas secundárias decorrem de alterações estruturais no globo ocular (como as secundárias ao alongamento do globo, glaucoma congênito, por exemplo).

Associações Sistêmicas:

Alguns exemplos:
Síndrome de Down;
Síndrome de Marfan;
Homocistinúria;
Síndrome de Ehlers-Danlos;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Síndrome de Stickler;
Síndrome de Pierre-Robin;
Síndrome de Prader-Willi;
Síndrome de Noonan.

Oculares:

Catarata congênita;
Opacidades da córnea;
Ptose;
Distrofias da coroide e retina (retinose pigmentar, distrofia de cones, cegueira noturna congênita estacionária, coroideremia, atrofia girata);
Ectopia lentis;
Persistência de fibras de mielina;
Retinopatia da prematuridade;
Albinismo.

8.5 Abordagem Diagnóstica

Exame oftalmológico completo, incluindo acuidade visual sem correção, com correção e exame de refração;
Pode ser necessária a biometria para avaliação do comprimento axial, em casos de miopia elevada;
Pode ser necessária a topografia corneana para avaliação da curvatura corneana, em alguns casos. É importante descartar a possibilidade de ceratocone.

8.6 Acompanhamento

Todo paciente com miopia elevada deve fazer um exame de mapeamento de retina no mínimo anualmente para avaliar possíveis lesões:

Roturas de retina;
Degenerações periféricas;
Descolamento de retina regmatogênico;
Degeneração miopia.

8.7 Abordagem Terapêutica

Correção com lentes divergentes (negativas): Óculos, lentes de contato gelatinosas ou lentes de contato rígidas (gás permeáveis);
Cirurgia refrativa (PRK ou LASIK), nos casos habilitados;
Implante de lente intraocular (LIO) fácica pode ser uma possibilidade em pacientes com alta miopia e impossibilidade de correção total com a cirurgia refrativa corneana.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Controle de Miopia

O objetivo é diminuir a progressão do grau de miopia na infância e adolescência.

Os tratamentos para controle de miopia visam diminuir o grau final de miopia na fase adulta, fazendo com que os pacientes tenham menor grau e menor risco de lesões de retina.

O controle da miopia se divide em controle ambiental, tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.

Em relação ao controle ambiental:

Crianças até 2 anos não devem ser submetidas a telas;

Crianças de 2 a 5 anos podem usar telas no máximo 1 hora por dia;

Crianças de 6 a 10 anos podem usar telas no máximo 1 a 2 horas por dia;

De 11 a 18 anos o uso de telas deve ser limitado a 2 a 3 horas por dia;

As atividades externas a luz do sol devem ser estimuladas diariamente, pois são protetoras em relação ao crescimento ocular.

Tratamento farmacológico: Colírio de Atropina em baixa dose (0,01-0,05%) (eficácia entre 60-77%).

Ortoceratologia: Lentes de contato noturnas que remodelam a córnea durante o sono fazendo com que o paciente não tenha grau durante o dia. O efeito é reversível, mas elas também diminuem a progressão do grau (eficácia entre 37-56%).

Lentes de contato modificadoras do defocus periférico (eficácia entre 25-79%).

Lentes oftálmicas bifocais ou progressivos (eficácia média de 19%);.

Lentes oftálmicas com defocus periférico (DIMS) (progressão de miopia 52% menor em dioptrias e 62% menor em crescimento do comprimento axial).

A eficácia do tratamento se refere à diminuição da progressão. Ex.: paciente de 6 anos de idade com -1,00 esf, e quando adulto -6.00 esf de miopia. Caso se institua um tratamento com eficácia de 50%, ele teria -3.50 na idade adulta, diminuindo muito os riscos de sequelas da alta miopia.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Percentual de Satisfação dos Pacientes com o Atendimento Ambulatorial

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves AA. Refração. 4a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

Bullimore MA, Ritchey ER, Shah S, et al. The risks and benefits of myopia control. Ophthalmology. 2021; 128(11):1561-1579.

Cooper J, Tkatchenko AV. A review of current concepts of the etiology and treatment of myopia. Eye Contact Lens. 2018; 44(4):231-47.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	**Nº da revisão**	**Itens revisados**
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO				
GLAUCOMA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com glaucoma agudo de ângulo fechado.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Oclusão aguda da malha trabecular, levando a obstrução do fluxo de humor aquoso e consequente aumento da pressão intraocular. Associado a maior velocidade de progressão e

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

morbidade visual que o glaucoma de ângulo aberto.

8.2 Fisiopatologia

Bloqueio pupilar: A aposição do cristalino e da íris posterior na pupila causa bloqueio do fluxo de humor aquoso da câmara posterior para a câmara anterior, provocando aumento da pressão posterior e obstrução da malha trabecular.

Bloqueio não pupilar: Compressão do ângulo como resultado de configuração anatômica anormal (maior espessura da periferia da íris, sua inserção mais anterior e/ou posicionamento mais anterior dos processos ciliares).

Fechamento secundário do ângulo:

Membrana neovascular fechando o ângulo por tração (glaucoma neovascular);

Membrana obstruindo o ângulo (membrana endotelial na síndrome ICE);

Contato íris-trabecular como resultado de cristalino grande (glaucoma facomórfico), olho pequeno (nanoftalmo) ou fraqueza zonular (ex.: pseudoexfoliação, trauma);

Induzido por drogas, pelo edema do corpo ciliar e rotação anterior do diafragma íris-cristalino (ex.: Topiramato);

Tumor de segmento posterior;

Descolamento de coroide hemorrágico;

Glaucoma maligno por desvio do aquoso da câmara anterior para posterior.

8.3 Apresentação Clínica

Anamnese

Quadro clínico: Dor ocular de forte intensidade, visão borrada, cefaleia frontal, náuseas e vômitos, visão de halos.

Fatores de risco:

Idade (aumenta em pacientes > 60 anos), exceto aqueles por bloqueio não pupilar (mais jovens);

Sexo feminino;

Ascendência asiática;

História familiar positiva (primeira geração tem maior risco);

Hipermetropia (nos casos de bloqueio pupilar);

Comprimento axial (tendência a terem câmaras mais rasas): olhos nanoftálmicos têm risco mais aumentado;

Cristalino volumoso.

Exame Oftalmológico

Pressão intraocular subitamente muito elevada (> 40 mmHg);

Redução da acuidade visual;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Edema microcístico da córnea;
Hiperemia conjuntival com injeção ciliar;
Pupila fixa com midríase média;
Ângulo fechado no olho envolvido e ângulo estreito no outro olho (se for primário);
Câmara anterior rasa e *flare*;
Abaulamento periférico da íris.

8.4 Abordagem Diagnóstica

Avaliar fatores de risco e eventos precipitantes (ex.: permanência em ambientes pouco iluminados, leitura, uso de colírios midriáticos, estresse, medicações como antagonistas parassimpáticos ou agonistas simpáticos e topiramato).

Biomicroscopia: Procurar precipitados ceráticos, neovascularização ou atrofia de íris, pupila em média midríase e pouco reativa, sinequia posterior, células e *flare* na câmara anterior.

Tonometria: Aferição da pressão intraocular.

Gonioscopia: Avaliação do ângulo iridocorneano.

Fundoscopia: Procurar sinais de oclusão de veia central da retina, hemorragia, alterações do nervo óptico e pulsações arteriais espontâneas.

Ultrassonografia modo B ou UBM: Quando existir suspeita de glaucoma secundário.

8.5 Diagnóstico Diferencial

Crise glaucomatociclítica (síndrome de Posner-Schlossman);
Glaucoma de ângulo aberto inflamatório;
Inflamação, hemorragia retrobulbar e fístula carotidocavernosa;
Glaucoma traumático (hemolítico);
Glaucoma pigmentar;
Glaucoma pseudoexfoliativo;
Efusão ciliocoróidea (esclerite posterior, panfotocoagulação retiniana e faixa escleral);
Uveíte hipertensiva.

Acompanhamento

Indicações de internação:
Nos casos em que se determina necessidade de medicação parenteral, o que dependerá da gravidade e apresentação;
Considerar em casos de fechamento secundário de ângulo induzido por Topiramato ou outra sulfonamida, para tratamento com agentes hiperosmóticos EV e esteroides EV naqueles em que a PIO não responde a outros tratamentos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.6 Abordagem Terapêutica

Depende da etiologia, da gravidade e da duração da crise.

Acuidade visual pior que 20/400: Incluir todas as medicações tópicas para glaucoma não contraindicadas, Acetazolamida VO e, em alguns casos, osmóticos EV.

PIO < 50 mmHg e perda visual menos grave: Agentes parenterais/orais raramente são necessários.

Gonioscopia com compressão: Essencial para saber se o bloqueio é reversível, e, nesses casos, interromper a crise aguda.

Reavaliar PIO e acuidade visual em 1 hora: Se PIO e visão mantidas, repetir as medicações tópicas e administrar Manitol 20% 1-2 g/kg EV em 1 hora ou Glicerina 50% 1,5 g/kg.

Bloqueio pupilar: Se PIO diminuir e ângulo estiver aberto, aguardar córnea ficar clara e câmara sem inflamação para tratamento definitivo. Liberar com Acetato de prednisolona 1%, Acetazolamida 500 mg VO 2x/dia, betabloqueador tópico e/ou alfa-agonista 2x/dia e Pilocarpina 1%-2% 4x/dia (se fácico).

Se a PIO não diminuir após dois cursos de tratamento: Iridotomia periférica com *laser* (YAG) se houver visualização da íris.

Fechamento secundário: Tratar o problema subjacente.

Indicações Cirúrgicas

Glaucoma facomórfico: Facectomia, assim que a PIO estiver controlada.

PIO não diminui após tratamento farmacológico e iridotomia periférica com YAG *laser* ou é impossível realizar iridotomia com *laser*: Iridectomia cirúrgica ou procedimento cirúrgico filtrante.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Percentual de Satisfação dos Pacientes com o Atendimento Ambulatorial

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ehlers JP, Shah CP. Manual de doenças oculares do Wills Eye Hospital - Diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Kanski JJ, Bowling B. Clinical ophthalmology, a systematic approach. 7th ed. Edinburgh: Elsevier Saunders, 2011.

Sociedade Brasileira de Glaucoma. 2º Consenso de Glaucoma Primário de Ângulo Fechado. São Paulo: SBG, 2012.

Weinreb RN, Aung T, Medeiros FA. The pathophysiology and treatment of glaucoma: a review. JAMA. 2014; 311(18):1901-11.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO				
CATARATA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com catarata.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Opacificação do cristalino.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.2 Fisiopatologia

A catarata mais comum é a senil (relacionada à idade). Outras causas pré-senis são:

Diabetes;

Distrofia miotônica;

Dermatite atópica;

Trauma penetrante, concussão e choque elétrico;

Toxicidade por esteroides, mióticos e antipsicóticos;

Síndrome de pseudoexfoliação;

Secundária à uveíte anterior crônica;

Secundária à radiação ionizante;

Secundária ao tumor (corpo ciliar);

Secundária ao glaucoma agudo de ângulo fechado;

Secundária à doença ocular degenerativa (retinite pigmentosa, amaurose congênita de Leber, atrofia girata, Síndrome de Wagner-Stickler);

Secundária à alta miopia.

Catarata subcapsular posterior: Associada à metaplasia fibrosa do epitélio do cristalino.

Catarata nuclear: Esclerose do núcleo.

Catarata cortical: Envolve o córtex anterior, posterior e equatorial.

8.3 Apresentação Clínica

Anamnese

Quadro clínico:

Borramento ou perda da visão lentamente progressivos, em geral ao longo de meses a anos, afetando um ou ambos os olhos;

Pode ocorrer ofuscamento e percepção de cores diminuída;

A catarata nuclear normalmente borra a visão para longe mais do que a visão para perto (alteração miópica);

A catarata subcapsular posterior está comumente associada ao ofuscamento, dificuldade na leitura e perda visual mais profunda;

A catarata cortical também pode provocar ofuscamento, mas em muitos casos é assintomática até que alterações centrais se desenvolvam.

8.4 Fatores de risco: Inflamação ocular, uso de esteroides, diabetes, trauma ou radiação são fatores de risco para catarata subcapsular posterior.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.5 Diagnóstico

Exame Oftalmológico

Catarata nuclear: Descoloração amarelada ou marrom do cristalino central.

Catarata subcapsular posterior (SCP): Opacidade em forma de placa sob a cápsula posterior.

Catarata cortical: Opacidades radiais ou tipo raio de roda na periferia que se expandem envolvendo o cristalino anterior e posterior.

Abordagem Diagnóstica

Histórico: Medicações em uso, doenças sistêmicas e história de traumas. Pesquisar história de doença ocular anterior ou visão diminuída antes da catarata;

Realizar exame ocular completo, incluindo acuidade visual longe e perto, refração, biomicroscopia, tonometria (medida da pressão intraocular) e fundoscopia (descartar outras causas de diminuição da visão). O exame sob lâmpada de fenda com dilatação é necessário para visualizar a catarata adequadamente;

Fazer ultrassom modo B caso o fundo de olho não possa ser visualizado pela opacidade de meios, para descartar doença detectável do segmento posterior;

O medidor de acuidade potencial (PAM) ou a interferometria a laser podem ser usados para estimar o potencial visual quando a cirurgia for considerada em um olho com doença do segmento posterior;

A topografia e a biometria devem ser realizadas para determinar o poder da lente intraocular desejada;

A microscopia especular está relacionada à predição da saúde da córnea no pós-operatório, que pode ser afetada pela perda de células endoteliais durante o procedimento cirúrgico.

8.6 Acompanhamento

A menos que haja complicação decorrente da catarata (ex.: aumento da pressão intraocular), a catarata por si só não exige ação urgente. Os pacientes que recusam a remoção cirúrgica devem ser reexaminados anualmente e com maior frequência se os sintomas piorarem.

8.7 Abordagem Terapêutica

Determinar a etiologia, se a catarata é responsável pela visão diminuída e se a remoção cirúrgica melhoraria a visão;

A cirurgia de catarata pode ser indicada pelas seguintes razões: melhorar a função visual em pacientes com incapacidade visual sintomática, como tratamento cirúrgico para doença ocular associada (ex.: uveíte, glaucoma facomórfico ou facolítico) ou para facilitar o tratamento de doença ocular (ex.: monitorar ou tratar retinopatia diabética ou glaucoma);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Corrigir qualquer erro de refração se o paciente se recusar a fazer a cirurgia;
Cirurgia de facoemulsificação com implante de lente intraocular (é preferida em relação à facectomia extracapsular nos últimos anos. Esta última, porém, ainda é a escolha em alguns poucos casos). O tipo de lente intraocular implantada é escolhido pelo cirurgião de acordo com o caso em questão.

Profilaxia

Nenhum estudo provou como prevenir ou retardar a progressão da catarata, mas a maioria acredita que algumas estratégias podem ajudar, como:

Parar de fumar;
Fazer *check-up* em médico generalista, evitando o desenvolvimento e descontrole do diabetes e outras doenças associadas à catarata;
Dieta rica em frutas e vegetais com grande quantidade de vitaminas, nutrientes e antioxidantes;
Usar óculos escuros com proteção solar contra raios UVB;
Reduzir ingestão alcoólica.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Percentual de Satisfação dos Pacientes com o Atendimento Ambulatorial

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ehlers JP, Shah CP. Manual de doenças oculares do Wills Eye Hospital - Diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência. 5a ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

Kanski JJ, Bowling B. Clinical ophthalmology, a systematic approach. 7th ed. Edinburgh: Elsevier Saunders, 2011.

Jain S, Rajshekar, K, Aggarwal A, et al. Effects of cataract surgery and intra-ocular lens implantation on visual function and quality of life in age-related cataract patients: a systematic review protocol. 2019; 8(1):204.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos e padronizar a assistência ao paciente com perda auditiva

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

A perda auditiva condutiva ocorre quando há impedimento na condução da onda sonora pelo ouvido externo e/ou médio até chegar à cóclea.

8.2 Fisiopatologia

A onda sonora é captada pela orelha externa; no conduto auditivo externo, sofre amplificação e é transmitida para o ouvido médio através da vibração da membrana timpânica. Esta, por sua vez, mobiliza o sistema ossicular (martelo, bigorna e estribo), que é responsável por amplificar o estímulo sonoro e transmiti-lo à cóclea, local onde ocorrerá a transformação da onda sonora em estímulo eletroquímico. Algumas patologias do ouvido médio e/ou externo impedem a correta transmissão do som até a cóclea, caracterizando as perdas auditivas condutivas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.3 Etiologias e Diagnósticos Diferenciais

Microtia/anotia;

Atresia de conduto auditivo externo;

Queratose obliterante;

Cerume impactado;

Otite externa aguda (difusa/localizada);

Osteoma/exostose de conduto auditivo externo;

Otite média aguda;

Otite média serosa;

Otite média crônica (simples/colesteatomatosa);

Pólipos benignos;

Tumores glômicos;

Otosclerose;

Malformação/disjunção de cadeia ossicular;

Deiscência de canal semicircular;

Trauma de osso temporal;

Perfuração da membrana timpânica.

8.4 Apresentação Clínica

Anamnese

Quadro clínico: O paciente queixa-se de hipoacusia, que pode ser de instalação súbita ou insidiosa, a depender da causa. A queixa de autofonia costuma estar presente, e os pacientes tendem a falar com baixa intensidade sonora, uma vez que a via óssea está preservada e ele ouve bem sua voz. O relato de zumbido e sons como "*crackles*" ou estalidos são frequentes.

Exame Físico

A inspeção (ectoscopia) e a otoscopia geralmente são suficientes para o diagnóstico etiológico da perda auditiva condutiva (malformações, cerume, otites e perfurações timpânicas). Os testes com diapasão ajudam a caracterizar a perda auditiva condutiva:

Weber: lateraliza para o lado acometido;

Rinne: encontra-se negativo na orelha comprometida;

Schwabach: encontra-se prolongado na orelha afetada.

8.5 Abordagem Diagnóstica

Na maioria dos pacientes, a anamnese e o exame físico detalhados são suficientes para identificar o fator etiológico da perda auditiva condutiva. A audiometria é o exame complementar inicial a ser solicitado para confirmar a perda auditiva de padrão condutivo. Nesses pacientes, a via óssea está normal, com "*gap*" aéreo-ósseo > 15 dB e boa discriminação vocal.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A imitanciometria é outra importante ferramenta no diagnóstico diferencial. A seguir, estão descritos os tipos de curvas encontradas e as possíveis patologias associadas:

Curva A: Pode ser encontrada na otosclerose;

Curva Ar: Sugere rigidez do sistema tímpano-ossicular;

Curva Ad: Sugere disjunção do sistema ossicular;

Curva B: Pode sugerir perfuração da membrana timpânica ou secreção ocupando a caixa timpânica;

Curva C: Característica de disfunção da tuba auditiva.

A tomografia computadorizada de mastoides pode ser necessária para investigar causas tumorais, malformações, otites crônicas e otosclerose. Caso esteja disponível, deve-se optar pela tomografia computadorizada de alta resolução, uma vez que será possível obter mais informações sobre a etiologia e programar de maneira mais precisa a abordagem indicada.

Exames de rotina: Audiometria tonal, vocal e imitanciometria.

Critérios Diagnósticos

Audiometria:

Via aérea pior que a óssea;

"*Gap*" aéreo-ósseo > 15 dB;

Via óssea normal;

Discriminação de 100%;

"*Gap*" aéreo-ósseo nunca > 60 dB.

8.6 Abordagem Terapêutica

O tratamento será guiado pela patologia de base, podendo ser por meio de abordagens simples (remoção de cerume impactado) ou até mesmo por procedimentos cirúrgicos (colocação de tubo de ventilação nas otites serosas, timpanoplastias nas perfurações timpânicas, estapedotomias para a otosclerose e colocação de próteses ancoradas no osso em casos de malformações de orelha). O aparelho de amplificação sonora individual (AASI) pode ser uma opção aos pacientes com perdas auditivas condutivas e que não desejam realizar procedimentos cirúrgicos.

A abordagem precoce deve ser objetivada, especialmente na população pediátrica, reduzindo, assim, os possíveis prejuízos no desenvolvimento da fala e das vias auditivas.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Percentual de Satisfação dos Pacientes com o Atendimento Ambulatorial

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dorigueto RS, Mezzalira R, Serra AP. Semiologia dos órgãos da audição e do equilíbrio. In: Neto SC, et al. Tratado de otorrinolaringologia. 2a ed. São Paulo: Roca, 2011.

Kurc M, Amatuzzi MG. Fisiologia da audição. In: Neto SC, et al. Tratado de otorrinolaringologia. 2a ed. São Paulo: Roca, 2011.

Weber PC, Deschler DG, Kunins L. Etiology of hearing loss in adults. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on November 18, 2021).

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: Nome: XXXX Cargo: XXXX	Nome Verificador: Nome: XXXX Cargo: XXXX	Nome Aprovador: Nome: XXXX Cargo: XXXX
Ass. Emissor: XXXX	Ass. Verificador: XXXX	Ass. Aprovador: XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO				
ANTICONCEPCIONAL HORMONAL				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial para contracepção hormonal.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não se enquadram nos critérios de contracepção hormonal.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

O uso de anticoncepcionais hormonais é amplamente adotado para evitar a gravidez e pode ser utilizado para tratar condições como irregularidades menstruais, endometriose e síndrome dos ovários policísticos (SOP). A escolha do método deve considerar a saúde geral da paciente, histórico médico e preferência pessoal.

8.2 Indicações

Os anticoncepcionais hormonais são indicados para:

Prevenção de gravidez.

Regulação do ciclo menstrual.

Controle dos sintomas da síndrome pré-menstrual (SPM).

Tratamento de acne e hirsutismo.

Tratamento de endometriose e dismenorreia.

Prevenção de doenças relacionadas ao ovário (ex.: cistos ovarianos funcionais).

8.3 Contraindicações

Antes de prescrever anticoncepcionais hormonais, é importante avaliar as contraindicações absolutas e relativas:

8.4 Contraindicações Absolutas

História de tromboembolismo venoso (TEV).

Doença cardiovascular ou hipertensão não controlada.

Doenças hepáticas graves.

Câncer de mama atual ou história de câncer de mama.

Tabagismo em mulheres com mais de 35 anos.

Enxaqueca com aura.

8.5 Contraindicações Relativas

Diabetes mellitus com complicações.

Hipertensão arterial controlada.

Obesidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Histórico familiar de doenças tromboembólicas.

Amamentação (dependendo do método hormonal).

8.6 Tipos de Anticoncepcionais Hormonais

Anticoncepcional Oral Combinado (AOC)

Composto por estrogênio e progestágeno.

Tomado diariamente, geralmente em ciclos de 21 ou 28 dias.

Anticoncepcional Oral de Progestágeno (Minipílula)

Apenas progestágeno.

Utilizado por mulheres que não podem tomar estrogênio (ex.: amamentação, histórico de TEV).

Anticoncepcional Injetável

Injetável Mensal: Contém estrogênio e progestágeno.

Injetável Trimestral: Apenas progestágeno.

Implante Subdérmico

Pequeno bastão colocado sob a pele, liberando progestágeno continuamente por até 3 anos.

Dispositivo Intrauterino (DIU) Hormonal

Libera levonorgestrel diretamente no útero, proporcionando proteção por até 5 anos.

Adesivo Transdérmico

Colocado na pele e trocado semanalmente, libera estrogênio e progestágeno.

Anel Vaginal

Introduzido na vagina, libera hormônios durante três semanas, seguido por uma semana de pausa.

Avaliação Inicial da Paciente

Antes da prescrição, é fundamental uma avaliação clínica completa:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Histórico Clínico: Doenças prévias, histórico familiar de trombose, uso de medicamentos, enxaqueca.

Exame Físico: Medição de pressão arterial, índice de massa corporal (IMC), palpação abdominal.

Exames Complementares: Podem incluir hemograma, perfil lipídico e função hepática, conforme necessário.

8.7 Acompanhamento e Monitoramento

Primeira Consulta Após a Prescrição

Recomenda-se uma consulta de acompanhamento 1 a 3 meses após o início do uso para monitorar possíveis efeitos colaterais e ajustar o método, se necessário.

8.8 Efeitos Colaterais Comuns

Alterações menstruais (sangramento de escape, amenorreia).

Náuseas, dor de cabeça, sensibilidade nas mamas.

Ganho de peso e alterações de humor.

Acne e aumento da oleosidade da pele (dependendo do método).

8.9 Monitoramento Anual

Medir pressão arterial e realizar exame clínico geral.

Avaliar a adesão ao método e satisfação da paciente.

Verificar se há necessidade de mudar ou interromper o método devido a efeitos colaterais ou novas contraindicações.

8.10 Benefícios e Riscos

Benefícios

Alta eficácia contraceptiva (>99% com uso correto).

Regulação do ciclo menstrual e redução da dismenorreia.

Melhora de acne e sintomas da SOP.

Redução do risco de câncer de ovário e endométrio.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Riscos

Aumento do risco de trombose venosa profunda (especialmente em fumantes e mulheres acima de 35 anos).

Possíveis efeitos colaterais hormonais (ex.: ganho de peso, cefaleia).

Alterações no humor e libido.

8.11 Educação do Paciente

Informar sobre o uso correto do método (horário, esquecimento, início de uso).
Discutir a possibilidade de efeitos colaterais e como manejá-los.
Informar sobre a necessidade de acompanhamento regular e exames periódicos.
Esclarecer que métodos hormonais não protegem contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

9. REGISTROS

Registrar toda a assistência no sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema de gestão da qualidade as não conformidades e eventos adversos para que sejam dadas as devidas tratativas dos fatos e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de Adesão ao Método;

Incidência de Efeitos Colaterais Significativos;

Taxa de Gravidez Não Planejada.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Portanto, é importante uma abordagem individualizada, que considere o perfil de saúde, as necessidades e preferências de cada paciente. Os anticoncepcionais hormonais, amplamente utilizados como método eficaz para prevenir a gravidez, também têm benefícios adicionais, como o controle de distúrbios menstruais e a redução do risco de algumas condições, como endometriose e síndrome dos ovários policísticos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Planejamento Familiar. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://www.saude.gov.br.

ACOG Practice Bulletin No. 206: Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. Obstetrics & Gynecology, v. 133, p. e215-e232, 2019. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003072.

WHO. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5th ed. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/.

COOPER, D. B.; MAZZUCCO, M. Hormonal Contraception. StatPearls [Internet], 2021.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com cirrose hepática.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não se enquadram nos critérios de cirrose hepática.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

Silenciosa na maioria das vezes, a cirrose hepática é uma doença crônica que causa cicatrizes no fígado, prejudicando seu funcionamento. Resultado de processos inflamatórios, a cirrose hepática é caracterizada pela substituição progressiva do tecido normal por tecido cicatricial (fibrose) não funcional. É uma condição crônica e assintomática.

A cirrose altera a arquitetura do fígado devido à presença de nódulos que envolvem as células remanescentes.

Assim, a cirrose é o estágio final de várias doenças hepáticas crônicas e pode levar a complicações graves, incluindo hepatocarcinoma e falência hepática.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.2 Etiologia

A cirrose pode ser causada por diversos fatores, incluindo:

Doenças Hepáticas Crônicas:

Hepatite Viral: Hepatite B e C são causas comuns.

Doenças Metabólicas: Hemocromatose, doença de Wilson, e deficiência de alfa-1 antitripsina.

Esteatose Hepática: Esteato-hepatite não alcoólica (NASH) e esteato-hepatite alcoólica.

Consumo de Álcool: O consumo crônico de álcool é uma causa significativa de cirrose.

Doenças Autoimunes: Hepatite autoimune e cirrose biliar primária.

Medicações: Exposição a medicamentos hepatotóxicos ou substâncias químicas.

Classificação da Cirrose Hepática

A cirrose pode ser classificada com base em diferentes critérios:

Classificação de Child-Pugh

Usada para determinar a gravidade da cirrose e a necessidade de transplante hepático, avaliando:

Icterícia;

Níveis de albumina;

Tempo de protrombina;

Ascite;

Estado de encefalopatia.

Classificação MELD (Model for End-Stage Liver Disease)

Utilizada para priorizar pacientes em lista de transplante, considerando:

Bilirrubina total;

Creatinina;

INR.

8.3 Diagnóstico da Cirrose Hepática

Avaliação Clínica

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Anamnese Detalhada: Fatores de risco, histórico familiar, hábitos de vida e histórico de doenças hepáticas.

Exame Físico: Exame minucioso para identificar sinais de complicações (ex.: ascite, esplenomegalia).

Exames Laboratoriais

Painel Hepático Completo: Transaminases, bilirrubinas, albumina, enzimas hepáticas.

Teste de Coagulação: Avaliação da função hepática em relação à coagulação sanguínea.

Sorologias: Testes para hepatite viral, autoanticorpos, e outros marcadores.

Exames de Imagem

Ultrassonografia: Avaliação inicial e acompanhamento.

Tomografia Computadorizada/Ressonância Magnética: Para avaliar a estrutura hepática e identificar lesões.

Biópsia Hepática

Indicada em casos de dúvida diagnóstica, ajuda a determinar a causa da cirrose e a gravidade da fibrose.

8.4 Manejo da Cirrose Hepática

Tratamento da Causa Subjacente

Abstinência de Álcool: Programa de reabilitação e suporte psicológico para pacientes com cirrose alcoólica.

Tratamento de Hepatite Viral: Terapia antiviral conforme os guidelines.

Manejo de Doenças Metabólicas: Como a flebotomia em hemocromatose.

8.5 Manejo das Complicações

Ascite:

Restrição Dietética: Redução da ingestão de sódio e aumento de proteínas conforme a condição do paciente.

Diuréticos: Monitorar a função renal e o equilíbrio eletrolítico.

Paracentese: Procedimento para aliviar sintomas e realizar análise do líquido ascítico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Encefalopatia Hepática:

Lactulose: Para reduzir a absorção de amônia. A dose é ajustada para produzir 2-3 evacuações diárias.

Rifaximina: Usado como terapia adjuvante para reduzir episódios de encefalopatia.

Varizes Esogástricas:

Profilaxia Primária: Uso de betabloqueadores como propranolol para reduzir o risco de sangramentos.

Ligadura Endoscópica: Para tratamento de varizes já sangradas.

Hepatocarcinoma:

Rastreamento Regular: Ultrassonografia e dosagem de alfa-fetoproteína a cada 6 meses.

Tratamento: Dependendo do estágio, pode incluir ressecção cirúrgica, ablação ou transplante.

8.6 Suporte Nutricional

Consultas com Nutricionista: Para avaliação e implementação de uma dieta equilibrada, focando na manutenção do estado nutricional.

Suplementação: Com vitaminas e minerais conforme necessários.

6.7 Estilo de Vida e Educação do Paciente

Estilo de Vida:

Abstinência de álcool: Fundamental para a prevenção da progressão da doença.

Dieta equilibrada: Baixo teor de sódio, ingestão adequada de proteínas (conforme a condição), frutas e vegetais.

Exercícios: Atividade física regular, de acordo com a capacidade do paciente.

Educação do Paciente:

Importância do Seguimento: Enfatizar a adesão a consultas de acompanhamento.

Reconhecimento de Sinais de Alerta: Informar sobre sinais de complicações que exigem atendimento médico imediato.

8.8 Acompanhamento e Monitoramento

Consultas Regulares

Frequência: Consultas a cada 3-6 meses, dependendo da gravidade e das complicações.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.9 Monitoramento Laboratorial

Testes de Função Hepática: Monitorar alterações nos níveis de transaminases e bilirrubinas.

Contagem de Plaquetas: Para monitorar a progressão da cirrose.

9.10 Exames de Imagem

Ultrassonografia: A cada 6-12 meses, para monitoramento da morfologia hepática.

9. REGISTROS

Registrar toda a assistência no sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema de gestão da qualidade as não conformidades e eventos adversos para que sejam dadas as devidas tratativas dos fatos e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de Remissão de Complicação;

Taxa de Sobrevida em 1 e 5 Anos;

Taxa de Transplante Hepático.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Portanto, ressalta que, apesar dos avanços no entendimento dessa condição crônica e progressiva, ela continua sendo uma causa significativa de morbidade e mortalidade no mundo. A cirrose hepática, resultado final de diversas agressões ao fígado, como o abuso crônico de álcool, hepatites virais e doenças metabólicas, leva à desorganização da arquitetura hepática e comprometimento funcional severo.

Assi, o tratamentos como a terapia medicamentosa, a redução do consumo de álcool e intervenções cirúrgicas específicas são pilares no manejo da cirrose, mas o transplante hepático permanece a única cura definitiva para casos avançados. No entanto, as limitações de doadores e os critérios restritivos de seleção de pacientes tornam essa opção inviável para muitos.

13. ANEXO

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.health.gov.br/

ECCO - European Crohn's and Colitis Organisation. Guidelines on the Management of Chronic Liver Disease. Journal of Crohn's and Colitis, v. 15, n. 6, p. 746-760, 2021. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjaa063.

KASPER, D. L.; et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 20ª ed. New York: McGraw-Hill, 2018.

SHIRATORI, Y.; et al. Management of Hepatocellular Carcinoma in Patients with Cirrhosis: A Review. Journal of Gastroenterology and Hepatology, v. 30, n. 2, p. 261-268, 2015. DOI: 10.1111/jgh.12747.

KAPLAN, G. G. The Global Burden of Inflammatory Bowel Disease: From 2015 to 2025. Gastroenterology, v. 152, n. 5, p. 1230-1240, 2016. DOI: 10.1056/NEJMoa1200494.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	Nome Verificador: **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	Nome Aprovador: **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO				
HANSENÍASE				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial a paciente com hanseníase.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não se enquadram nos critérios de hanseníase.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Máscara cirúrgica e luva de procedimento.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A hanseníase, também conhecida como lepra, é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*. Ela afeta principalmente a pele, nervos periféricos, olhos e o trato respiratório superior. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais para prevenir incapacidades e a transmissão da doença.

8.2 Classificação da Hanseníase:

Classificação Clínica:

A hanseníase é classificada de acordo com o número de lesões cutâneas e a baciloscopia:

Paucibacilar (PB): até 5 lesões de pele, sem baciloscopia positiva.

Multibacilar (MB): mais de 5 lesões de pele, com baciloscopia positiva.

Classificação de Ridley-Jopling (usada em alguns casos):

Indeterminada: fase inicial, com lesões hipocrômicas ou eritematosas.

Tuberculóide: poucas lesões bem delimitadas, baciloscopia negativa.

Dimorfa (borderline): múltiplas lesões, com características intermediárias entre tuberculóide e virchowiana.

Virchowiana: lesões extensas, mal delimitadas, com baciloscopia positiva.

8.3 Diagnóstico da Hanseníase:

Critérios Clínicos:

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico, baseado na presença de pelo menos um dos seguintes sinais:

Lesões de pele com alteração de sensibilidade: Manchas ou placas hipocrômicas, eritematosas ou acastanhadas, com perda ou diminuição da sensibilidade ao calor, frio, dor e toque.

Espessamento de nervos periféricos: Alterações em nervos como o ulnar, radial, fibular, tibial posterior, facial e auricular. Esses nervos podem estar espessados, dolorosos ou com perda funcional.

Baciloscopia positiva: Detecção do bacilo de *Mycobacterium leprae* por meio de exames laboratoriais, como raspagem dérmica (baciloscopia).

Exames Complementares:

Baciloscopia: Amostras de raspados da pele para identificar o bacilo.

Biópsia de pele: Em casos mais complexos ou de diagnóstico duvidoso.

Testes de sensibilidade: Avaliação da perda de sensibilidade ao toque, calor e frio nas lesões.

8.4 Tratamento da Hanseníase

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

O tratamento da hanseníase é feito com Poliquimioterapia (PQT) (disponível gratuitamente nos sistemas de saúde). Ele é eficaz tanto para paucibacilares quanto para multibacilares, e previne a transmissão e complicações da doença.

Esquema Terapêutico (Recomendação da OMS):

Paucibacilar (PB) – até 5 lesões cutâneas:

Duração: 6 meses.

Medicamentos:

Rifampicina: 600 mg mensal, dose supervisionada.

Dapsona: 100 mg diário, autoadministrado.

Multibacilar (MB) – mais de 5 lesões cutâneas ou baciloscopia positiva:

Duração: 12 meses.

Medicamentos:

Rifampicina: 600 mg mensal, dose supervisionada.

Clofazimina: 300 mg mensal supervisionado + 50 mg diário autoadministrado.

Dapsona: 100 mg diário, autoadministrado.

Monitoramento do Tratamento:
Avaliações mensais para monitorar a adesão ao tratamento.
Avaliação dos efeitos colaterais dos medicamentos, como a anemia (dapsona), alterações gastrointestinais (clofazimina) e reações cutâneas.
Acompanhamento dos nervos periféricos para prevenir incapacidades.

Manejo de Reações Hansênicas

Durante o tratamento, o paciente pode desenvolver reações inflamatórias que exigem manejo adequado. Existem dois tipos principais de reações hansênicas:
Reação Tipo 1 (Reação Reversa):
Ocorre principalmente em pacientes dimorfos e tuberculóides.
Sintomas: piora das lesões cutâneas, inflamação de nervos, edema e dor.
Tratamento:
Corticosteróides (prednisona): 1-2 mg/kg/dia, ajustado conforme a resposta.

Reação Tipo 2 (Eritema Nodoso Hansênico):

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Comum em pacientes multibacilares (virchowianos).

Sintomas: febre, nódulos dolorosos, artralgia, neurite.

Tratamento:

Talidomida: 100-300 mg/dia (uso restrito, especialmente para mulheres em idade fértil devido ao risco de malformações fetais).

Corticosteróides (prednisona): nos casos mais graves.

Prevenção de Incapacidades:

Educação do paciente: Ensinar o paciente a reconhecer os sinais de inflamação neural e perda de função nervosa, bem como cuidados com a pele e extremidades.

Fisioterapia: Em casos de neurite, é importante a intervenção precoce com fisioterapia para prevenir deformidades e contraturas.

Cirurgia reparadora: Em casos de incapacidades estabelecidas, pode ser indicada para corrigir deformidades.

Vigilância e Contato de Casos:

Investigação de contatos domiciliares: Todos os contatos próximos (familiares ou pessoas que convivem com o paciente) devem ser examinados clinicamente para identificar sinais precoces da doença.

Quimioprofilaxia: Profilaxia com dose única de rifampicina para contatos domiciliares de casos confirmados de hanseníase.

8.5 Acompanhamento Pós-Tratamento

Após o término da poliquimioterapia, o paciente deve ser acompanhado por um período para monitorar possíveis reações tardias e reincidência da doença.

Consultas periódicas: Avaliação semestral por pelo menos 2 anos após o término do tratamento para paucibacilares e 5 anos para multibacilares.

9. REGISTROS

Registrar toda a assistência no sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema de gestão da qualidade as não conformidades e eventos adversos para que sejam dadas as devidas tratativas dos fatos e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Tempo médio para o diagnóstico;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Adesão ao tratamento (Poliquimioterapia - PQT);

Taxa de cura.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O sucesso no controle da hanseníase depende de ações integradas que envolvem educação em saúde, vigilância epidemiológica e o acompanhamento contínuo dos pacientes. A sensibilização da comunidade e a capacitação dos profissionais de saúde também são essenciais para reduzir a transmissão e melhorar a qualidade de vida dos afetados. O foco deve ser, portanto, não apenas no tratamento medicamentoso, mas em uma abordagem ampla e humanizada, voltada para a erradicação do preconceito e a promoção de saúde integral.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Guidelines for the Diagnosis, Treatment and Prevention of Leprosy."
Geneva: World Health Organization, 2018.
Disponível em: https://www.who.int. Acesso em: 12 agosto de 2024.
Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública."
2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acesso em: 13 agosto de 2024.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	**Nº da revisão**	**Itens revisados**
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO
DISLIPIDEMIA
SETOR: AMBULATÓRIO

Código:	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão:	Página:
XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com dislipidemia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não se enquadram nos critérios de dislipidemia.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

A dislipidemia é caracterizada por anormalidades nos níveis de lipídios no sangue, que incluem elevações de colesterol total, LDL-colesterol ("colesterol ruim"), triglicerídeos, ou níveis baixos de HDL-colesterol ("colesterol bom"). A dislipidemia é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC).

As causas da dislipidemia podem ser primárias (genéticas) ou secundárias (associadas a condições como obesidade, diabetes mellitus, doenças renais, uso de certos medicamentos).

8.2 Diagnóstico da Dislipidemia

Critérios para Triagem

A triagem para dislipidemia deve ser realizada regularmente, com frequência e intervenções ajustadas ao risco cardiovascular individual:

Indivíduos com risco cardiovascular baixo: triagem a cada 4-6 anos a partir dos 20 anos.

Indivíduos de risco moderado/alto (diabetes, hipertensão, tabagismo, obesidade, histórico familiar de DCV prematura): triagem mais frequente, pelo menos a cada 1-2 anos.

8.3 Avaliação Clínica

Anamnese detalhada: Identificação de fatores de risco cardiovascular (história familiar de DCV, tabagismo, diabetes, hipertensão, sedentarismo).

Exame físico: Avaliação de sinais de aterosclerose, xantomas cutâneos (sugestivos de hipercolesterolemia familiar), cálculo do índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal.

Exames Laboratoriais

O diagnóstico da dislipidemia é feito por meio do perfil lipídico em jejum, que inclui:

Colesterol total: Desejável <200 mg/dL.

LDL-colesterol:

Risco baixo/moderado: Meta <100 mg/dL.

Alto risco (doença cardiovascular prévia, diabetes): Meta <70 mg/dL.

Risco muito alto (pacientes com eventos cardiovasculares recorrentes): Meta <55 mg/dL.

HDL-colesterol:

Homens: Desejável >40 mg/dL.

Mulheres: Desejável >50 mg/dL.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Triglicerídeos: Ideal <150 mg/dL. Hipertrigliceridemia severa (>500 mg/dL) requer intervenção urgente para prevenir pancreatite.

8.4 Avaliação de Risco Cardiovascular Global

Utilizar escores de risco, como Escore de Risco de Framingham ou SCORE, que calculam o risco de eventos cardiovasculares a 10 anos com base nos níveis lipídicos e outros fatores de risco.

8.5 Diagnóstico Diferencial

Investigar causas secundárias de dislipidemia, como:

Diabetes mellitus

Hipotireoidismo

Síndrome nefrótica

Doenças hepáticas crônicas

Uso de medicamentos: Corticoides, antirretrovirais, antipsicóticos atípicos.

8.6 Tratamento da Dislipidemia

Objetivos do Tratamento

Reduzir o risco de eventos cardiovasculares.

Normalizar os níveis lipídicos, especialmente LDL.

Promover mudanças no estilo de vida para reduzir outros fatores de risco, como obesidade e tabagismo.

Intervenções Não Medicamentosas

Modificação da Dieta

Redução de gordura saturada e trans: Limitar carnes vermelhas e alimentos processados.

Ingestão de ácidos graxos insaturados: Priorizar gorduras monoinsaturadas e poli-insaturadas (ex.: azeite, peixe, nozes).

Aumento de fibras solúveis: Incluir aveia, frutas e legumes.

Redução de carboidratos refinados: Evitar açúcares simples e alimentos ultraprocessados.

Dieta mediterrânea: Focada no consumo de peixes, azeite de oliva, legumes, grãos integrais e frutas, comprovada por reduzir o risco cardiovascular.

Atividade Física

Atividade física regular: Pelo menos 150 minutos por semana de exercício aeróbico moderado (caminhada, natação, ciclismo).

Treinamento de resistência: Pode ser associado à redução de LDL e aumento de HDL.

Controle do Peso

Perda de peso: Fundamental para pacientes com sobrepeso ou obesidade. Redução de 5-10% do peso corporal pode melhorar significativamente o perfil lipídico.

Cessação do Tabagismo

Intervenções de cessação do tabagismo: Reduzem os riscos cardiovasculares e aumentam o HDL.

Tratamento Medicamentoso

Estatinas

Medicamentos de primeira linha para reduzir o LDL-colesterol e o risco cardiovascular. Exemplo:

Atorvastatina: Dose inicial de 10-80 mg/dia.

Rosuvastatina: Dose de 5-40 mg/dia.

Simvastatina: Dose de 20-40 mg/dia.

Indicações principais:

LDL elevado, especialmente em pacientes de risco cardiovascular alto.

DCV estabelecida (prevenção secundária).

Diabetes mellitus em pacientes com mais de 40 anos.

Efeitos adversos:

Mialgias, elevação de enzimas hepáticas (ALT/AST), e raramente, rabdomiólise.

Ezetimiba

Inibidor da absorção de colesterol no intestino, utilizada em combinação com estatinas quando o alvo de LDL não é atingido.

Dose: 10 mg/dia.

Fibratos

Eficazes no tratamento **da hipertrigliceridemia,** especialmente quando os triglicerídeos estão >500 mg/dL.

Fenofibrato: Dose de 145 mg/dia.

Gemfibrozila: 600 mg 2 vezes ao dia.

Inibidores de PCSK9

Evolocumabe e Alirocumabe são anticorpos monoclonais que reduzem drasticamente o LDL-colesterol, usados em pacientes com hipercolesterolemia familiar ou intolerância a estatinas.

Administração subcutânea a cada 2 semanas ou mensalmente.

Suplementos de Ômega-3

Utilizados para hipertrigliceridemia. Dose recomendada: 2-4 g de EPA/DHA por dia.

Monitoramento e Seguimento

Exames Laboratoriais

Perfil lipídico: Monitorado 4-12 semanas após o início da terapia medicamentosa ou mudanças de dose, e depois a cada 6-12 meses.

Função hepática e CK: Avaliados antes do início das estatinas e periodicamente para monitorar efeitos colaterais.

Acompanhamento Clínico

Avaliação da adesão ao tratamento e às mudanças no estilo de vida.

Avaliação de efeitos adversos: Principalmente mialgias e elevação de transaminases com o uso de estatinas.

Ajuste do Tratamento

Caso as metas lipídicas não sejam atingidas, pode ser necessário aumentar a dose de estatinas ou adicionar ezetimiba/inibidores de PCSK9.

Metas Terapêuticas

As metas são baseadas no risco cardiovascular global:

Pacientes com Risco Cardiovascular Baixo a Moderado

LDL-colesterol: <100 mg/dL.

Triglicerídeos: <150 mg/dL.

HDL-colesterol: >40 mg/dL (homens) e >50 mg/dL (mulheres).

Pacientes com Risco Cardiovascular Alto (Diabetes, Doença Cardiovascular Prévia)

LDL-colesterol: <70 mg/dL. Em pacientes com risco muito alto, a meta pode ser <55 mg/dL.

9. REGISTROS

Registrar toda a assistência no sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema de gestão da qualidade as não conformidades e eventos adversos para que sejam dadas as devidas tratativas dos fatos e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de adesão ao tratamento farmacológico;

Taxa de complicações cardiovasculares (infarto, AVC) em pacientes com dislipidemia tratada;

Monitoramento de efeitos adversos das medicações, como mialgias, elevação de enzimas hepáticas e rabdomiólise.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Portanto é importante garantir a identificação precoce, tratamento apropriado e monitoramento contínuo, visando não apenas a redução dos níveis de lipídios, mas também a promoção da saúde cardiovascular e a melhoria da qualidade de vida do paciente.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes brasileiras de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.saude.gov.br. Acesso em: 25 set. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 101, n. 4, p. 1-22, 2013. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br. Acesso em: 25 set. 2024.

GRUNDY, S. M. et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: Executive Summary. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 73, n. 24, p. 3168-3209, 2019. DOI: 10.1016/j.jacc.2018.11.002.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
DOENÇA DE CROHN				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com doença de crohn.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não se enquadram nos critérios de doença de crohn.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

A Doença de Crohn é uma doença inflamatória do trato gastrointestinal. Ela afeta predominantemente a parte inferior do intestino delgado (íleo) e intestino grosso (cólon), mas pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal.

A doença de Crohn é crônica e provocada por desregulação do sistema imunológico, ou seja, do sistema de defesa do organismo.

8.2 Sintomas

A doença de Crohn habitualmente causa diarréia, cólica abdominal, frequentemente febre e, às vezes, sangramento retal. Também podem ocorrer perda de apetite e perda de peso subseqüente. A diarréia pode se desenvolver lentamente ou começar de maneira súbita, podendo haver também dores articulares e lesões na pele. Na Doença de Crohn a dor abdominal e a diarréia freqüentemente surgem após as refeições. São comuns dores nas juntas, falta de apetite, perda de peso e febre. Outros sintomas precoces da doença de Crohn são lesões da

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

região anal, incluindo hemorróidas, fissuras, fístulas e abscessos.

8.3 Diagnóstico Detalhado da Doença de Crohn

O diagnóstico da Doença de Crohn exige uma abordagem multifatorial que inclui a análise clínica, exames laboratoriais e de imagem, além de exames endoscópicos e histológicos. O objetivo é confirmar a presença de inflamação intestinal e diferenciar a Doença de Crohn de outras doenças inflamatórias intestinais, como a colite ulcerativa.

8.4 Avaliação Clínica

Histórico médico: A investigação começa com o histórico detalhado do paciente, focando em sintomas comuns da doença de Crohn, como diarreia crônica (geralmente não sanguinolenta), dor abdominal (frequentemente no quadrante inferior direito), febre, fadiga e perda de peso inexplicável.

Manifestações extraintestinais: É fundamental investigar sintomas fora do sistema digestivo, como artrite, eritema nodoso, aftas orais e uveíte, que são manifestações extraintestinais associadas à Doença de Crohn.

Exames Laboratoriais

Os exames laboratoriais ajudam a avaliar a inflamação, desnutrição e complicações, bem como diferenciar a Doença de Crohn de outras condições gastrointestinais.

Hemograma completo: Verifica anemia (normocítica ou microcítica) e leucocitose.

Proteína C-reativa (PCR) e velocidade de hemossedimentação (VHS): Indicadores de inflamação sistêmica que ajudam a monitorar a atividade da doença.

Albumina sérica: Pode estar baixa devido à inflamação crônica e desnutrição.

Calprotectina fecal: Um marcador fecal que indica inflamação no trato gastrointestinal e auxilia na diferenciação entre doenças inflamatórias intestinais e síndrome do intestino irritável (SII).

Exames Endoscópicos

A colonoscopia é o exame padrão-ouro para diagnosticar a Doença de Crohn, permitindo a visualização direta do intestino e a coleta de biópsias.

Colonoscopia com biópsia: Confirma a inflamação transmural típica da Doença de Crohn, além de identificar lesões características, como úlceras aftoides, fissuras e estenoses. Amostras de biópsia são essenciais para a avaliação histopatológica.

Endoscopia digestiva alta (EDA): Realizada quando há suspeita de envolvimento da parte

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

superior do trato GI (esôfago, estômago, duodeno).

Exames de Imagem

A imagem ajuda a avaliar a extensão e a localização da inflamação, além de identificar complicações, como abscessos e fístulas.

Enterotomografia Computadorizada (Entero-TC) ou Enteroressonância Magnética (Entero-RM): Métodos de imagem preferidos para avaliar o intestino delgado. Eles são úteis para detectar espessamento da parede intestinal, estenoses, abscessos intra-abdominais e fístulas.

Ultrassonografia abdominal: Pode ser usada para identificar espessamento da parede intestinal e abscessos, sendo uma opção mais barata e não invasiva para o acompanhamento de complicações.

8.5 Tratamento Detalhado da Doença de Crohn

O tratamento da Doença de Crohn tem como objetivo controlar a inflamação, induzir a remissão e manter a remissão a longo prazo, além de tratar complicações associadas.

Tratamento Medicamentoso

A escolha do tratamento depende da localização da doença, sua gravidade e a resposta anterior do paciente aos medicamentos.

Indução da Remissão

A fase de indução da remissão é crítica para controlar a inflamação ativa e aliviar os sintomas.

Corticosteroides (prednisona, budesonida):

Indicação: Utilizados em pacientes com doença moderada a grave. A prednisona é usada para pacientes com envolvimento extensivo, enquanto a budesonida é preferida para pacientes com envolvimento ileocecal.

Objetivo: Rápido controle da inflamação, com redução gradual para evitar efeitos colaterais de longo prazo.

Aminossalicilatos (mesalazina, sulfassalazina):

Indicação: Úteis em casos de doença leve a moderada, particularmente quando a inflamação está limitada ao cólon.

Eficácia: Moderada na indução de remissão, mas são frequentemente usados como terapia adjuvante.

Imunossupressores (azatioprina, mercaptopurina, metotrexato):

Indicação: Pacientes que falharam em responder aos corticosteroides ou que necessitam de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

tratamento de longo prazo. Podem ser usados em combinação com corticosteroides para reduzir o tempo de exposição aos esteroides.

Eficácia: São medicamentos de ação lenta e levam várias semanas para começar a fazer efeito.

Terapias Biológicas (anticorpos monoclonais):

Anti-TNF (infliximabe, adalimumabe): Indicados para doença grave e refratária ou em pacientes com fístulas perianais. São eficazes na indução e manutenção da remissão.

Anti-integrinas (vedolizumabe) e Anti-interleucinas (ustecinumabe): Usados quando os anti-TNF falham ou quando o paciente tem contraindicações.

Manutenção da Remissão

Uma vez que a remissão seja alcançada, o objetivo é manter o paciente livre de sintomas e prevenir a recorrência da inflamação.

Imunossupressores (azatioprina, mercaptopurina):

Indicação: Usados em longo prazo para manter a remissão.

Terapias biológicas: Os pacientes que responderam bem à terapia biológica para indução devem continuar o tratamento de manutenção com anti-TNF ou anti-integrinas.

Evitar uso prolongado de corticosteroides:

O objetivo é evitar os efeitos colaterais crônicos dos esteroides, como osteoporose, diabetes e catarata.

Tratamento Cirúrgico

A cirurgia é necessária em até 70% dos pacientes com Doença de Crohn em algum momento de sua vida, muitas vezes devido a complicações ou falha no tratamento medicamentoso.

Ressecção intestinal: Procedimento cirúrgico para remover a porção afetada do intestino em casos de estenose grave, perfuração ou hemorragia.

Tratamento de fístulas: Fístulas internas e externas podem necessitar de intervenção cirúrgica para drenagem ou ressecção.

Colectomia: Em pacientes com envolvimento extenso do cólon, pode ser necessária a remoção parcial ou total do cólon.

8.6 Acompanhamento e Monitoramento Detalhado

O acompanhamento de pacientes com Doença de Crohn deve ser contínuo para garantir o controle da inflamação, detectar precocemente complicações e ajustar o tratamento conforme

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

necessário.

Consultas Regulares

As consultas de acompanhamento devem ser realizadas a cada 3 a 6 meses ou conforme a gravidade da doença.

Avaliação clínica: Sintomas gastrointestinais (frequência de diarreia, dor abdominal), manifestações extraintestinais e estado nutricional.

Monitoramento laboratorial: Marcadores inflamatórios (PCR, calprotectina fecal), hemograma completo e exames de função hepática.

Exames Periódicos

Colonoscopia: Repetida periodicamente para avaliar a cicatrização da mucosa e o risco de displasia e câncer colorretal.

Entero-TC ou Entero-RM: Útil para avaliar complicações como estenoses ou fístulas em pacientes com doença de Crohn no intestino delgado.

Suporte Nutricional

Pacientes com Doença de Crohn frequentemente apresentam deficiências nutricionais devido à má absorção. Suplementos de vitamina B12, ferro, ácido fólico, cálcio e vitamina D podem ser necessários.

Nutrição enteral ou parenteral pode ser necessária em pacientes com doença grave, especialmente em casos de obstrução ou ressecção extensa.

8.7 Complicações

Complicações Intestinais

Estenoses: Estreitamento do intestino, que pode causar obstrução.

Fístulas: Conexões anormais entre partes do intestino ou entre o intestino e outros órgãos.

9. REGISTROS

Registrar toda a assistência no sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema de gestão da qualidade as não conformidades e eventos adversos para que sejam dadas as devidas tratativas dos fatos e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de Recorrência;

Taxa de Remissão Clínica;

Taxa de Complicações.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Portanto, é importante destacar a relevância dos avanços no entendimento, diagnóstico e manejo dessa condição inflamatória crônica do trato gastrointestinal. A Doença de Crohn, uma doença inflamatória intestinal (DII), ainda apresenta desafios terapêuticos significativos devido à sua etiologia multifatorial, que envolve componentes genéticos, imunológicos e ambientais.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença Inflamatória Intestinal. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://www.health.gov.br/

ECCO - European Crohn's and Colitis Organisation. Guidelines on the Management of Crohn's Disease. Journal of Crohn's and Colitis, v. 11, n. 1, p. 3-25, 2017. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjw168.

HANAUER, S. B.; SANDBORN, W. J. Management of Crohn's Disease in Adults. The American Journal of Gastroenterology, v. 106, n. 4, p. 465-481, 2011. DOI: 10.1038/ajg.2010.493.

KAPLAN, G. G. The Global Burden of Inflammatory Bowel Disease: From 2015 to 2025. Gastroenterology, v. 152, n. 5, p. 1230-1240, 2016. DOI: 10.1056/NEJMoa1200494.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO				
GASTRITE				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com gastrite.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não se enquadram nos critérios de gastrite.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição:

A gastrite é uma inflamação do revestimento interno do estômago. Pode ser aguda, quando aparece de repente e dura pouco, ou crônica, quando se instala aos poucos e leva muito tempo para ser controlada.

8.2 Causas

Uso prolongado de medicamentos como aspirina ou anti-inflamatórios;

Consumo de álcool;

Hábito de fumar;

Infecção pela bactéria *Helicobacter pylori*;

Gastrite autoimune – ocorre quando o sistema imune produz anticorpos que agridem e destroem as células gástricas do próprio organismo.

8.3 Sintomas

Dor de estômago intensa;

Azia;

Indigestão;

Sensação de estufamento;

Perda de apetite;

Náusea e vômito;

Presença de sangue nas fezes e no vômito.

8.4 Diagnóstico

Anamnese Detalhada

História Clínica: Coleta de informações sobre os sintomas (dor abdominal, náuseas, vômitos), duração e fatores agravantes.

História de Medicamentos: Investigação do uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), álcool e outros medicamentos que possam irritar a mucosa gástrica.

História de Infecções: Perguntas sobre história familiar de infecções por Helicobacter pylori (H. pylori) ou úlceras.

Exame Físico

Avaliação abdominal para verificar sinais de dor, distensão ou sensibilidade.

Exames Laboratoriais e de Imagem.

Exames laboratoriais: Hemograma, dosagem de gastrina, e teste para a presença de H. pylori (soro, antígeno nas fezes ou teste respiratório).

Endoscopia Digestiva Alta: Para visualização direta da mucosa gástrica, se houver suspeita de

gastrite grave ou úlceras.

Biópsia: Se necessário, para descartar malignidade ou avaliar a presença de H. pylori.

8.5 Classificação da Gastrite

A gastrite pode ser classificada de várias maneiras, sendo as principais:

Gastrite Aguda: Inflamação súbita, frequentemente causada por irritantes como álcool, medicamentos ou infecções.

Gastrite Crônica: Inflamação persistente, podendo ser autoimune ou causada por H. pylori.

8.6 Manejo da Gastrite

Tratamento Farmacológico

Inibidores da Bomba de Prótons (IBPs): (ex.: omeprazol, esomeprazol) para reduzir a secreção ácida e promover a cicatrização da mucosa.

Antibióticos: Se a gastrite for causada por H. pylori, geralmente uma combinação de dois antibióticos (ex.: amoxicilina e claritromicina) é utilizada.

Antiinflamatórios: Se a gastrite for associada ao uso de AINEs, pode ser necessário substituir ou interromper o uso e considerar o uso de medicamentos gastroprotetores.

Antiacídicos e Anti-Histamínicos H2: Podem ser usados para aliviar os sintomas.

Orientações Dietéticas

Evitar Alimentos Irritantes: Reduzir ou evitar álcool, cafeína, alimentos condimentados e fritos.

Dieta Balanceada: Incluir frutas, vegetais e alimentos ricos em fibras.

Frequência das Refeições: Refeições menores e mais frequentes para evitar a sobrecarga gástrica.

Modificações no Estilo de Vida

Cessação do Tabagismo: O tabaco pode irritar a mucosa gástrica e aumentar a produção de ácido.

Gerenciamento do Estresse: Técnicas de relaxamento e exercícios físicos regulares podem ajudar.

Acompanhamento e Avaliação

Consulta Regular: Avaliações periódicas para monitorar a resposta ao tratamento e a evolução

dos sintomas.

Reavaliação: Ajustes no tratamento conforme necessário e reavaliação da presença de H. pylori após tratamento.

Educação do Paciente

Informar sobre a Gastrite: Explicar as causas, sintomas e opções de tratamento.

Técnicas de Autocuidado: Incentivar os pacientes a manterem um diário alimentar e de sintomas para identificar gatilhos.

9. REGISTROS

Registrar toda a assistência no sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema de gestão da qualidade as não conformidades e eventos adversos para que sejam dadas as devidas tratativas dos fatos e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de Erradicação de H. pylori;

Taxa de Complicações;

Taxa de Adesão ao Tratamento.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Portanto, é importante garantir o diagnóstico preciso, a implementação de um tratamento adequado e o acompanhamento contínuo, prevenindo complicações e promovendo a saúde gástrica a longo prazo. A educação do paciente também é essencial para promover a adesão ao tratamento e as mudanças no estilo de vida necessárias para controlar a condição.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doenças Gástricas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://www.saude.gov.br.

FELDMAN, M.; FRIEDMAN, L. S.; BRANDT, L. J. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 11th ed. Philadelphia: Elsevier, 2020.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

LADAS, S. D.; et al. European guidelines for the management of gastritis and peptic ulcer disease. Digestive Diseases and Sciences, v. 65, p. 340-356, 2018. DOI: 10.1007/s10620-018-4981-2.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
HIPERTIREOIDISMO				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com hipertireoidismo.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

T3 – Triiodotironina;

T4 – Tiroxina.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não se enquadram nos critérios de hipertireoidismo.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

O hipertireoidismo é uma condição caracterizada pela hiperfunção da glândula tireoide, resultando em uma produção excessiva dos hormônios tireoidianos, triiodotironina (T3) e tiroxina (T4). Essa condição pode ser causada por várias etiologias, como doença de Graves, bócio multinodular tóxico ou adenoma tóxico.

8.2 Diagnóstico do Hipertireoidismo

Anamnese

Os pacientes com hipertireoidismo frequentemente apresentam sintomas e sinais que podem variar em gravidade. Os principais incluem:

Sintomas gerais: Perda de peso inexplicada, fadiga, nervosismo, irritabilidade, tremores, insônia e intolerância ao calor.

Cardiovasculares: Taquicardia, palpitações, hipertensão sistólica, fibrilação atrial (especialmente em pacientes idosos).

Gastrointestinais: Aumento da frequência de evacuações e diarreia.

Musculoesqueléticos: Fraqueza muscular proximal, tremores finos.

Dermatológicos: Pele quente e úmida, queda de cabelo.

Endocrinológicos: Irregularidade menstrual ou amenorreia nas mulheres, ginecomastia nos homens.

Oculares (em caso de doença de Graves): Exoftalmia, visão dupla (diplopia), irritação ocular, e retrusão palpebral.

Exame Físico

Bócio: Presença de aumento difuso ou nodular da glândula tireoide.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Taquicardia: Frequência cardíaca elevada, frequentemente acima de 100 bpm.

Tremor fino: Visível nas mãos estendidas.

Exoftalmia: Protrusão ocular, frequentemente associada à doença de Graves.

Exames Laboratoriais

TSH (hormônio estimulador da tireoide): Baixo ou indetectável, sendo o marcador inicial mais sensível para hipertireoidismo.

T4 Livre e T3 Livre: Elevados no hipertireoidismo. Em alguns casos, o T4 pode estar normal com elevação isolada de T3 (T3 toxicoses).

Anticorpos TRAb (anticorpos antirreceptores de TSH): Utilizado para confirmar a doença de Graves, sendo positivo em mais de 95% dos casos.

Exames de Imagem

Ultrassonografia de tireoide: Avalia a presença de nódulos, tamanho do bócio e características vasculares. Útil em pacientes com nódulos.

Cintilografia de tireoide: Diferencia as causas de hipertireoidismo com base na captação de iodo radioativo.

Doença de Graves: Captação difusamente aumentada.

Bócio multinodular tóxico: Captação irregular com áreas de hiperatividade.

Tireoidite: Captação baixa, sugerindo destruição folicular.

8.4 Diagnóstico Diferencial

Doença de Graves: Causa mais comum de hipertireoidismo. Caracteriza-se pela presença de TRAb positivo e oftalmopatia.

Bócio multinodular tóxico: Nódulos hiperfuncionantes na tireoide.

Adenoma tóxico: Nódulo único hiperfuncionante.

Tireoidite subaguda: Inflamação da tireoide com liberação de hormônios pré-formados, temporário.

8.5 Tratamento do Hipertireoidismo

Objetivos do Tratamento:

Normalizar os níveis hormonais (T3 e T4) e aliviar os sintomas.

Prevenir complicações, como fibrilação atrial e crise tireotóxica.

Manter a qualidade de vida e prevenir recorrências.

Opções de Tratamento

Medicamentos Antitireoidianos

Metimazol (Tapazol): Fármaco de primeira escolha na maioria dos casos, exceto no primeiro trimestre da gestação e em casos de reações adversas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Dose inicial: 10 a 30 mg/dia, ajustada conforme os níveis hormonais.

Propiltiouracil (PTU): Indicado no primeiro trimestre de gestação ou em crise tireotóxica.

Dose: 100 a 150 mg a cada 6-8 horas.

Monitoramento de efeitos adversos: Risco de agranulocitose e hepatotoxicidade.

Betabloqueadores

Propranolol: Utilizado para controle dos sintomas adrenérgicos, como taquicardia e tremores.

Dose: 20 a 40 mg a cada 6-8 horas.

Terapia com Iodo Radioativo (Iodo-131)

Indicações: Doença de Graves, bócio multinodular tóxico e adenoma tóxico. Causa destruição parcial ou completa da glândula tireoide, induzindo hipotireoidismo em muitos casos.

Contraindicações: Gravidez e lactação.

Cirurgia (Tireoidectomia Total ou Subtotal)

Indicações: Bócio volumoso com sintomas compressivos, suspeita de malignidade, contraindicação ao uso de antitireoidianos e falha de tratamento com iodo radioativo.

Complicações: Hipocalcemia por lesão das paratireoides, paralisia das cordas vocais.

Tratamento de Complicações

Crise tireotóxica: Situação de emergência que requer internação em UTI, uso de propiltiouracil, betabloqueadores intravenosos e corticoides.

Monitoramento e Seguimento

Monitoramento Laboratorial

TSH, T3 e T4 livres: Monitorados a cada 4-6 semanas após início do tratamento ou ajuste da dose medicamentosa.

TRAb: Para pacientes com doença de Graves, o nível de anticorpos pode ser útil no acompanhamento da atividade da doença.

Monitoramento Clínico

Avaliação periódica de sintomas: Verificação da melhora ou piora dos sintomas do hipertireoidismo, além de sinais de hipotireoidismo após tratamento definitivo.

Efeitos colaterais dos antitireoidianos: Monitoramento da função hepática e hemograma para identificar agranulocitose e hepatotoxicidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

9. REGISTROS

Registrar toda a assistência no sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema de gestão da qualidade as não conformidades e eventos adversos para que sejam dadas as devidas tratativas dos fatos e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Tempo de normalização dos níveis hormonais (T3 e T4);
Adesão ao tratamento;
Porcentagem de pacientes com controle adequado dos sintomas em 6 meses.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Portanto, o diagnóstico precoce, a escolha terapêutica adequada e o monitoramento regular, com foco na melhoria da qualidade de vida do paciente e na prevenção de complicações associadas à doença.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN THYROID ASSOCIATION (ATA). Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis: Management Guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Thyroid*, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). Diretrizes para o manejo do hipertireoidismo, 2019. Disponível em: https://www.endocrino.org.br. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertireoidismo: protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Brasília: MS, 2021.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
HIPOTIREOIDISMO				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com hipotireoidismo.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não se enquadram nos critérios de hipotireoidismo.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição:

O hipotireoidismo é uma condição caracterizada pela produção insuficiente de hormônios pela glândula tireoide. Os hormônios tireoidianos, principalmente a tiroxina (T4) e a triiodotironina (T3), regulam várias funções metabólicas do corpo. O tratamento adequado e o acompanhamento do hipotireoidismo são essenciais para prevenir complicações graves.

Hipotireoidismo Primário:

Causado por uma disfunção da própria glândula tireoide, resultando na incapacidade de produzir hormônios tireoidianos adequados.

Exames laboratoriais: TSH elevado e T4 livre baixo.

Hipotireoidismo Secundário (Central):

Causado por disfunção do hipotálamo ou hipófise, resultando em uma produção inadequada de TSH.

Exames laboratoriais: TSH baixo ou normal com T4 livre baixo.

Hipotireoidismo Subclínico:

Forma leve de hipotireoidismo, em que o TSH está elevado, mas o T4 livre permanece normal.

Exames laboratoriais: TSH elevado com T4 livre normal.

8.2 Diagnóstico do Hipotireoidismo

O diagnóstico do hipotireoidismo é baseado em exames laboratoriais, sinais e sintomas clínicos. As seguintes avaliações são recomendadas:

Exames Laboratoriais:

TSH (Hormônio Tireoestimulante):

Principal exame para avaliação da função tireoidiana.

Valores elevados indicam hipotireoidismo primário; valores baixos indicam hipotireoidismo secundário.

T4 Livre (Tiroxina Livre):

Avalia a concentração do hormônio tireoidiano ativo circulante.

T4 livre baixo, com TSH elevado, confirma hipotireoidismo primário.

T3 Livre (Triiodotironina Livre):

Raramente é necessário, mas pode ser útil em casos selecionados, especialmente no monitoramento de doenças centrais.

Anticorpos Anti-TPO (Peroxidase Tireoidiana) e Anti-Tireoglobulina:

Avaliação para hipotireoidismo autoimune (Tireoidite de Hashimoto).

Anticorpos positivos sugerem uma etiologia autoimune.

8.3 Sintomas Clínicos Comuns:

Fadiga, cansaço.

Ganho de peso inexplicável.

Sensação de frio, intolerância ao frio.

Pele seca, queda de cabelo.

Constipação.

Depressão, distúrbios cognitivos.

Alterações menstruais (mulheres).

Os sintomas são variáveis e podem se manifestar de forma insidiosa.

8.4 Tratamento do Hipotireoidismo

O tratamento do hipotireoidismo visa normalizar os níveis de hormônios tireoidianos no sangue e aliviar os sintomas.

Levotiroxina (T4):

Fármaco de escolha: A levotiroxina sintética (L-tiroxina) é o tratamento padrão.

Dose inicial: A dose inicial é ajustada de acordo com a gravidade da condição, a idade e a presença de comorbidades.

Adultos jovens e saudáveis: Dose completa, geralmente 1,6 mcg/kg/dia.

Idosos ou pacientes com doença cardíaca: Iniciar com doses mais baixas (25-50 mcg/dia) e ajustar lentamente.

Administração: Tomar a levotiroxina em jejum, 30 a 60 minutos antes do café da manhã, para melhorar a absorção.

Ajuste da Dose:

O ajuste da dose deve ser feito com base nos níveis de TSH e T4 livre.

Recomenda-se reavaliar os níveis de TSH e T4 livre após 6 a 8 semanas de tratamento inicial ou ajuste de dose.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Meta: Normalizar o TSH (geralmente entre 0,4 e 4,0 mU/L) e aliviar os sintomas clínicos.

Monitoramento a Longo Prazo:

Após atingir a dose adequada, o paciente deve ser monitorado com exames anuais de TSH e T4 livre, ou mais frequentemente se houver sintomas novos ou recidiva.

Hipotireoidismo Subclínico:

Critérios para Tratamento:

Nem todos os pacientes com hipotireoidismo subclínico requerem tratamento imediato. O tratamento é recomendado nos seguintes casos:

TSH acima de 10 mU/L, independentemente dos sintomas.

Pacientes sintomáticos, mesmo com TSH entre 4,5 e 10 mU/L.

Mulheres grávidas ou tentando engravidar (TSH > 2,5 mU/L).

Pacientes com anticorpos anti-TPO positivos e risco aumentado de progressão para hipotireoidismo clínico.

Conduta Expectante:

Em pacientes assintomáticos com TSH entre 4,5 e 10 mU/L, sem outros fatores de risco, pode-se optar por observação e monitoramento periódico dos níveis de TSH (a cada 6 a 12 meses).

Tratamento em Grupos Específicos

Gestantes:

O hipotireoidismo na gravidez deve ser tratado com levotiroxina para prevenir complicações gestacionais e fetais.

Meta de TSH na gestação: A meta é manter o TSH < 2,5 mU/L no primeiro trimestre e < 3,0 mU/L no segundo e terceiro trimestres.

A dose de levotiroxina pode precisar ser aumentada em 30-50% durante a gravidez.

Idosos:

Doses mais baixas de levotiroxina devem ser usadas para evitar riscos cardíacos, especialmente em idosos com doenças cardiovasculares.

Meta de TSH mais conservadora (pode ser aceitável até 6 mU/L em idosos assintomáticos).

Pacientes com Doença Cardiovascular:

Iniciar tratamento com doses baixas de levotiroxina (25-50 mcg/dia) e ajustar lentamente.

Monitoramento rigoroso de sintomas cardíacos, especialmente angina.

8.5 Monitoramento de Complicações e Reavaliações

Hipotireoidismo Descontrolado:

Pacientes que não respondem adequadamente ao tratamento podem precisar de uma reavaliação da adesão ao medicamento, interações medicamentosas ou doenças coexistentes.

Monitoramento do Efeito da Levotiroxina:

Monitorar sinais de hipertiroidismo induzido por excesso de levotiroxina, como palpitações, perda de peso, tremores, sudorese excessiva e insônia.

9. REGISTROS

Registrar toda a assistência no sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema de gestão da qualidade as não conformidades e eventos adversos para que sejam dadas as devidas tratativas dos fatos e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Tempo Médio para Alcançar a Eutireoidismo;

Taxa de Adesão ao Tratamento com Levotiroxina;

Percentual de Pacientes com Hipotireoidismo Subclínico que Progrediram para Hipotireoidismo Clínico.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O tratamento, principalmente com a reposição hormonal de levotiroxina, deve ser cuidadosamente ajustado de acordo com a resposta individual, requerendo monitoramento contínuo e avaliações regulares dos níveis hormonais. Isso garante que o equilíbrio metabólico seja mantido e que os sintomas sejam controlados de forma eficaz.

Além disso, é fundamental promover a educação dos pacientes sobre a natureza do hipotireoidismo e a importância da adesão ao tratamento, para prevenir complicações futuras e manter o bem-estar.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). Diretrizes clínicas para o diagnóstico e tratamento do hipotireoidismo. Disponível em: https://www.endocrino.org.br. Acesso em: 25 set. 2024.

CUNHA, C.; et al. Terapia de reposição hormonal na gestão do hipotireoidismo. *Revista Brasileira de Endocrinologia e Metabologia*, v. 63, n. 4, p. 293-301, 2019.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

AMERICAN THYROID ASSOCIATION (ATA). 2014 Guidelines for the Treatment of Hypothyroidism: An Update of the American Thyroid Association Guidelines. *Journal of Thyroid Research*, 2014. DOI: 10.1089/thy.2014.0028.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE ENDOCRINOLOGISTAS CLÍNICOS (AACE). Guidelines for the Management of Hypothyroidism. *Endocrine Practice*, v. 20, n. 12, p. 686-713, 2014. DOI: 10.4158/EP13178.RA.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	Nome Verificador: **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	Nome Aprovador: **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
MELANOMA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com melanoma.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não se enquadram nos critérios de melanoma.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

O câncer de pele melanoma tem origem nos melanócitos (células produtoras de melanina, substância que determina a cor da pele) e é mais frequente em adultos brancos. O melanoma pode aparecer em qualquer parte do corpo, na pele ou mucosas, na forma de manchas, pintas ou sinais.

8.2 Diagnóstico

O diagnóstico precoce é essencial para o sucesso do tratamento do melanoma.

8.3 Avaliação clínica

História clínica: Perguntar sobre alterações recentes em nevos (pintas) preexistentes ou o aparecimento de novas lesões cutâneas.

Critérios ABCDE:

Assimetria: Lesões assimétricas.

Bordas: Bordas irregulares, mal definidas.

Cor: Variedade de cores (marrom, preto, vermelho, azul).

Diâmetro: Superior a 6 mm.

Evolução: Mudança no tamanho, forma ou cor da lesão.

Dermatoscopia: Ferramenta não invasiva que melhora a visualização das estruturas subdérmicas para detecção de padrões associados ao melanoma.

Biópsia

Biópsia excisional: O padrão-ouro. A remoção completa da lesão com margens estreitas (1-2 mm) é ideal para diagnóstico histopatológico definitivo.

Biópsia incisional ou punch biopsy: Usada quando a lesão é muito grande ou em áreas de difícil ressecção.

Histopatologia: O exame microscópico confirma o diagnóstico e determina o tipo, a profundidade (índice de Breslow) e a presença de ulceração.

Estadiamento

O estadiamento do melanoma é baseado no sistema TNM (Tumor, Linfonodo, Metástase) e depende da profundidade da lesão e da extensão de sua disseminação.

Classificação TNM

T (Tumor): Determinado pelo índice de Breslow (espessura em mm) e presença de ulceração.

Tis: Melanoma in situ.

T1: ≤ 1 mm.

T2: 1,01–2,0 mm.

T3: 2,01–4,0 mm.

T4: > 4 mm.

N (Linfonodos): Presença ou ausência de metástase em linfonodos regionais.

M (Metástase): Presença de metástases distantes.

Exames de imagem

Estadiamento inicial: Pode incluir tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM), tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) para avaliar metástases em estágios mais avançados (III e IV).

C. Biópsia do linfonodo sentinela (BLS)

Indicado em melanomas com profundidade superior a 0,8 mm (ou qualquer tumor com ulceração). A BLS avalia se há disseminação para os linfonodos regionais, sendo crucial para determinar o estadiamento.

8.3 Tratamento

O tratamento do melanoma depende de seu estágio.

Melanoma in situ (Estágio 0)

Ressecção cirúrgica: Remoção completa com margens cirúrgicas de 0,5 cm.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Melanoma localizado (Estágio I e II)

Ressecção cirúrgica: Com margens adequadas:

Tumores < 1 mm: 1 cm de margem.

Tumores 1,01–2 mm: 1-2 cm de margem.

Tumores > 2 mm: 2 cm de margem.

Biópsia do linfonodo sentinela: Realizada para melanomas com profundidade ≥ 0,8 mm ou presença de ulceração.

Follow-up: Acompanhamento rigoroso para detecção de recidivas.

Melanoma regional (Estágio III)

Ressecção cirúrgica do tumor primário: Com margens apropriadas.

Dissecção dos linfonodos: Se o linfonodo sentinela for positivo, pode-se realizar a dissecção completa dos linfonodos regionais.

Terapia adjuvante: Após a cirurgia, pode-se recomendar:

Imunoterapia: Inibidores de checkpoint imunológico, como nivolumabe ou pembrolizumabe.

Terapia alvo: Para pacientes com mutação BRAF, o uso de inibidores de BRAF (vemurafenibe, dabrafenibe) e MEK (trametinibe, cobimetinibe) é indicado.

Melanoma metastático (Estágio IV)

Terapia sistêmica:

Imunoterapia: Com inibidores de checkpoint imunológico (nivolumabe, pembrolizumabe, ipilimumabe).

Terapia alvo: Inibidores de BRAF e MEK em pacientes com mutações específicas.

Terapia paliativa: Para controle de sintomas e melhoria da qualidade de vida.

Radioterapia: Pode ser usada para tratar metástases cerebrais ou aliviar sintomas em outros locais.

8.4 Acompanhamento

Após o tratamento, o acompanhamento rigoroso é essencial para detectar recidivas precoces.

Melanoma Estágio I-II

Exames dermatológicos completos: A cada 3-6 meses por 2 anos, depois a cada 6-12 meses até o quinto ano.

Autoexame da pele: Incentivar o paciente a realizar autoexame mensal.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Melanoma Estágio III-IV

Acompanhamento mais frequente: A cada 3 meses nos primeiros 2 anos e, posteriormente, a cada 6 meses até o quinto ano.

Exames de imagem periódicos: Para monitorar possíveis metástases.

Prevenção e Educação

Prevenção primária:

Evitar exposição solar excessiva e uso de camas de bronzeamento.

Usar proteção solar (FPS ≥ 30) diariamente.

Educação sobre sinais precoces de melanoma.

9. REGISTROS

Registrar toda a assistência no sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema de gestão da qualidade as não conformidades e eventos adversos para que sejam dadas as devidas tratativas dos fatos e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de diagnóstico precoce;

Tempo médio para diagnóstico.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O sucesso do protocolo depende de um diagnóstico preciso, que envolve uma avaliação clínica cuidadosa e biópsias de lesões suspeitas, seguido de um tratamento que pode variar desde a excisão cirúrgica até terapias adjuvantes, como imunoterapia ou terapia-alvo, especialmente nos casos avançados. O acompanhamento contínuo e multidisciplinar é fundamental para o controle de recidivas e metástases, além de garantir o suporte psicossocial ao paciente.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Garbe, C., et al. (2020). European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 1: Diagnostics – Update 2019. *European Journal of Cancer*, 126, 141-158.

Coit, D. G., et al. (2019). Melanoma, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 17(4), 367-402.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Bastiaannet, E., et al. (2019). Melanoma: Clinical diagnosis, assessment and management. *BMJ Best Practice Guidelines*.PROTOCOLO MÉDICO DE MELANOMAOTOCOLO MÉDICO DE MELANOMA.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: Nome: XXXX Cargo: XXXX	Nome Verificador: Nome: XXXX Cargo: XXXX	Nome Aprovador: Nome: XXXX Cargo: XXXX
Ass. Emissor: XXXX	Ass. Verificador: XXXX	Ass. Aprovador: XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL (SII)				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com síndrome do intestino irritável.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

SII – Síndrome do intestino irritável.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não se enquadram nos critérios de síndrome do intestino irritável.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição:

A síndrome do intestino irritável é um distúrbio que se caracteriza por episódios de desconforto abdominal, dor, diarreia e prisão de ventre. É uma condição crônica que afeta a qualidade de vida dos pacientes.

8.2 Sintomas

Os sintomas da síndrome do intestino irritável são cólica, desconforto abdominal, diarreia, prisão de ventre e gases. As dores melhoram após evacuar e pioram com a ingestão de determinados alimentos ou mesmo diante de episódios estressantes.

8.3 Causas

Não há uma causa estabelecida para a síndrome do intestino irritável. O quadro pode estar relacionado com estresse, infecções, processos inflamatórios e questões psicológicas.

8.4 Diagnóstico

Anamnese Detalhada

História Clínica: Coleta de informações sobre os sintomas, duração, frequência e intensidade da dor abdominal, episódios de diarreia e constipação.

História Familiar: Investigar antecedentes de doenças gastrointestinais na família.

Exame Físico

Avaliação do abdômen e sinais de desconforto abdominal, distensão ou massa palpável.

Critérios de Diagnóstico

Critérios de Roma IV: Para o diagnóstico de SII, os pacientes devem apresentar dor abdominal recorrente, em média, pelo menos um dia por semana nos últimos três meses, associada a dois

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ou mais dos seguintes critérios:

Relacionada à defecação.

Associada a uma alteração na frequência das fezes.

Associada a uma alteração na forma (aparência) das fezes.

Exames Laboratoriais e de Imagem

Exames de Sangue: Hemograma, função hepática, função renal, e marcadores inflamatórios, se necessário.

Exame de Fezes: Para descartar infecções ou doenças inflamatórias.

Endoscopia: Se houver suspeita de doença orgânica (ex.: sangramento, anemia, idade avançada).

Classificação da SII

A SII pode ser classificada em três subtipos, com base nas características das fezes:

SII com Predomínio de Diarreia (SII-D);

SII com Predomínio de Constipação (SII-C);

SII Mista (SII-M).

8.5 Manejo da Síndrome do Intestino Irritável

Orientações Dietéticas

Dietas de Eliminação: Considerar dietas como a baixa em FODMAPs (fermentáveis oligosacarídeos, dissacarídeos, monossacarídeos e poliálcoois).

Fibras: Aumentar a ingestão de fibras (principalmente solúveis) para melhorar a constipação ou regular a função intestinal.

Hidratação: Incentivar a ingestão adequada de líquidos.

Modificações no Estilo de Vida

Exercício Físico: Incentivar a prática regular de atividade física.

Gerenciamento do Estresse: Técnicas de relaxamento, meditação e terapia cognitivo-comportamental podem ser benéficas.

8.6 Tratamento Medicamentoso

Antiespasmódicos: Para alívio da dor abdominal (ex.: brometo de otilônio).

Laxantes: Para pacientes com SII-C, se necessário (ex.: polietilenoglicol).

Antidiarreicos: Para pacientes com SII-D, se necessário (ex.: loperamida).

Probióticos: Podem ser considerados para melhorar a microbiota intestinal.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Acompanhamento e Avaliação

Consulta Regular: Avaliações periódicas para monitorar sintomas, efeitos do tratamento e a qualidade de vida do paciente.

Reavaliação: Ajustes nas intervenções baseados na resposta ao tratamento e na evolução dos sintomas.

Educação do Paciente

Informar sobre a SII: Explicar que é uma condição crônica que pode ser gerenciada.

Técnicas de Autocuidado: Incentivar os pacientes a manter um diário alimentar para identificar gatilhos alimentares e padrões de sintomas.

9. REGISTROS

Registrar toda a assistência no sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema de gestão da qualidade as não conformidades e eventos adversos para que sejam dadas as devidas tratativas dos fatos e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de Resposta ao Tratamento;

Taxa de adesão ao tratamento;

Frequência de Recorrência de Sintomas.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Portanto a SII continua sendo um desafio clínico devido à sua variabilidade de sintomas e à ausência de uma cura definitiva. No entanto, com um manejo adequado e individualizado, é possível melhorar significativamente os sintomas e a qualidade de vida dos pacientes. O progresso contínuo na pesquisa, especialmente no entendimento da microbiota intestinal e das interações mente-corpo, oferece promissoras abordagens futuras para o tratamento da SII.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Síndrome do Intestino Irritável. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://www.health.gov.br/

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

LACY, B. E.; et al. Rome IV Criteria for Diagnosing Irritable Bowel Syndrome: A Review. The American Journal of Gastroenterology, v. 113, n. 2, p. 303-312, 2018. DOI: 10.1038/ajg.2017.485.

CARR, N. J.; et al. Irritable Bowel Syndrome: New Diagnostic and Therapeutic Strategies. Clinical Gastroenterology and Hepatology, v. 16, n. 5, p. 657-667, 2018. DOI: 10.1016/j.cgh.2017.09.013.

BOWEN, D. J.; et al. Management of Irritable Bowel Syndrome: A Review of Evidence and Guidelines. The British Journal of General Practice, v. 68, n. 675, p. 240-241, 2018. DOI: 10.3399/bjgp18X695221.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
SINDROME METABÓLICA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com síndrome metabólica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não se enquadram nos critérios de síndrome metabólica.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 Definição

A síndrome metabólica é caracterizada por um conjunto de fatores de risco metabólicos que ocorrem em um mesmo indivíduo, aumentando o risco de doenças cardiovasculares e diabetes. Ela é definida pela presença de, pelo menos, três dos seguintes critérios:

Obesidade abdominal;

Níveis elevados de triglicerídeos;

Baixos níveis de HDL-colesterol;

Pressão arterial elevada;

Glicemia de jejum elevada ou resistência à insulina.

8.2 Diagnóstico da Síndrome Metabólica

Critérios Diagnósticos (Segundo NCEP ATP III - adaptado pela IDF - International Diabetes Federation)

Para o diagnóstico de síndrome metabólica, três ou mais dos seguintes critérios devem estar presentes:

Obesidade abdominal:

Circunferência abdominal:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Homens: ≥ 94 cm.
Mulheres: ≥ 80 cm.

Triglicerídeos: ≥ 150 mg/dL ou uso de tratamento para hipertrigliceridemia.

HDL-colesterol:
Homens: < 40 mg/dL.
Mulheres: < 50 mg/dL.

Pressão arterial: ≥ 130/85 mmHg ou uso de tratamento para hipertensão.

Glicemia de jejum: ≥ 100 mg/dL ou uso de medicação para hiperglicemia ou diabetes.

8.3 Avaliação Clínica

História clínica: Avaliar fatores de risco como tabagismo, histórico familiar de diabetes e doenças cardiovasculares, hábitos alimentares, atividade física, e uso de medicamentos.
Medir circunferência abdominal, pressão arterial e índice de massa corporal (IMC).
Exames laboratoriais: Perfil lipídico completo, glicemia de jejum, e eventualmente, hemoglobina glicada (HbA1c).

Avaliação de Risco Cardiovascular

Utilizar escores de risco, como o Escore de Framingham ou o SCORE, para estimar o risco de eventos cardiovasculares.

8.4 Tratamento da Síndrome Metabólica

O tratamento da síndrome metabólica visa controlar cada fator de risco e reduzir o risco global de diabetes e doenças cardiovasculares. A abordagem inclui mudanças no estilo de vida e, quando necessário, tratamento medicamentoso.

Mudanças no Estilo de Vida

Intervenção Dietética

Redução do consumo calórico: Em pacientes com obesidade, o objetivo é perder 5-10% do peso corporal em um período de 6-12 meses.
Dieta rica em fibras e pobre em gorduras saturadas e trans: Incluir alimentos integrais, frutas, vegetais e gorduras saudáveis.
Dieta mediterrânea: Demonstrada para reduzir o risco de doenças cardiovasculares, com ênfase em peixes, azeite de oliva, legumes, e grãos integrais.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Aumento da Atividade Física

Pelo menos 150 minutos de atividade física moderada por semana, como caminhada, natação ou ciclismo.

Treinamento de resistência: Também recomendado para melhorar a sensibilidade à insulina e ajudar na perda de peso.

Cessação do Tabagismo

Implementar estratégias e programas para parar de fumar, considerando a importância da cessação do tabagismo no manejo da síndrome metabólica.

Tratamento Medicamentoso

O tratamento medicamentoso deve ser individualizado, dependendo dos fatores de risco predominantes.

Controle da Glicemia

Metformina: É o medicamento de escolha para pacientes com glicemia elevada ou resistência à insulina.

Dose inicial: 500 mg 1-2 vezes ao dia, podendo ser aumentada gradualmente.

Inibidores de SGLT-2 ou agonistas de GLP-1: Utilizados para o manejo de pacientes com diabetes tipo 2 e risco cardiovascular elevado.

Controle da Pressão Arterial

Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA): São os medicamentos de primeira linha, principalmente em pacientes com diabetes ou proteinúria.

Exemplo: Losartana 50 mg/dia, Ramipril 5 mg/dia.

Diuréticos tiazídicos: Podem ser utilizados como segunda linha de tratamento ou em combinação com outros anti-hipertensivos.

Controle dos Lipídios

Estatinas: Indicadas para o manejo da dislipidemia em pacientes com síndrome metabólica.

Exemplo: Atorvastatina 10-40 mg/dia.

Fibratos: Utilizados em casos de hipertrigliceridemia grave (>500 mg/dL).

Exemplo: Fenofibrato 145 mg/dia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Perda de Peso Farmacológica

Orlistat: Inibidor da absorção de gorduras, pode ser utilizado como auxiliar na perda de peso em pacientes com obesidade.

Terapia Antiplaquetária

Em pacientes de alto risco cardiovascular, o uso de AAS em baixas doses (100 mg/dia) pode ser considerado para prevenção secundária de eventos cardiovasculares.

Monitoramento e Seguimento

Exames Laboratoriais

Perfil lipídico e glicemia de jejum: Devem ser monitorados a cada 3-6 meses até que os alvos terapêuticos sejam atingidos, e depois a cada 6-12 meses.

Função renal e hepática: Avaliação periódica, especialmente em pacientes em uso de estatinas ou IECA/BRA.

Acompanhamento Clínico

Avaliação da adesão ao tratamento: Reforço das mudanças no estilo de vida e monitoramento de efeitos adversos dos medicamentos.

Acompanhamento da pressão arterial e peso corporal: Medições regulares, incluindo cálculo de IMC e circunferência abdominal.

Metas Terapêuticas

Controle do Peso

Redução de 5-10% do peso corporal em pacientes com sobrepeso ou obesidade.

Controle Lipídico

LDL-colesterol: <100 mg/dL em pacientes de risco moderado e <70 mg/dL em pacientes de alto risco cardiovascular.

HDL-colesterol: >40 mg/dL para homens e >50 mg/dL para mulheres.

Triglicerídeos: <150 mg/dL.

Controle da Glicemia

Glicemia de jejum: <100 mg/dL.

Hemoglobina glicada (HbA1c): <7% em pacientes com diabetes.

Controle da Pressão Arterial

Pressão arterial: <130/85 mmHg.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Complicações da Síndrome Metabólica

As principais complicações da síndrome metabólica incluem:

Doença cardiovascular: Infarto do miocárdio, AVC, insuficiência cardíaca.

Diabetes mellitus tipo 2.

Doença renal crônica.

Esteatose hepática não alcoólica.

9. REGISTROS

Registrar toda a assistência no sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema de gestão da qualidade as não conformidades e eventos adversos para que sejam dadas as devidas tratativas dos fatos e realizadas ações para melhoria contínua.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de adesão ao tratamento;

Taxa de redução da Hemoglobina Glicada (HbA1c);

Taxa de controle do IMC (Índice de Massa Corporal).

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Portanto, um diagnóstico preciso, baseado em critérios clínicos e laboratoriais, é essencial para identificar os indivíduos em risco e implementar intervenções precoces. O tratamento deve ser personalizado, envolvendo mudanças no estilo de vida, como dieta equilibrada, aumento da atividade física e controle do peso, além de intervenções farmacológicas quando necessário.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://www.saude.gov.br. Acesso em: 25 set. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). Diretrizes Brasileiras de Síndrome Metabólica. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, v. 52, n. 1, p. 1-14, 2018.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
ENDOMETRIOSE				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial á paciente com endometriose.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

USG-TV : Ultrassonografia transvaginal

AINEs : Anti-inflamatórios não esteroides

SIU-LNG: Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel

GnRH : Gonadotropina Hormônio Liberador

FIV: Fertilização in vitro

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com histórico de reações adversas graves a hormônios ou medicamentos utilizados no tratamento, pacientes com diagnóstico de câncer, especialmente ginecológico, pacientes com doenças cardiovasculares não controladas, doenças hepáticas graves e mulheres grávidas ou que planejam engravidar em breve podem ser excluídas dos tratamentos hormonais.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

A endometriose é uma doença ginecológica crônica caracterizada pela presença de tecido semelhante ao endométrio fora do útero, o que pode causar inflamação crônica, dor e infertilidade.

8.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA

Anamnese:

História menstrual: Dismenorreia intensa (dor menstrual), sangramento anormal.

Sintomas associados: Dor pélvica crônica, dor durante a relação sexual (dispareunia), dor ao evacuar (disquezia) e dor à micção (disúria).

Infertilidade: Histórico de dificuldade para engravidar.

História familiar: Casos de endometriose ou outros distúrbios ginecológicos.

Exame Físico:

Exame ginecológico: Pode revelar dor à palpação da região pélvica, nódulos palpáveis no fundo de saco vaginal e dor durante o toque vaginal.

Avaliação geral: Investigar outras causas de dor pélvica ou sintomas associados.

Exames Complementares:

Ultrassonografia transvaginal (USG-TV): Exame de imagem inicial para detecção de cistos endometrióticos (endometriomas) ou outras anomalias pélvicas.

Ressonância magnética (RM): Indicada para avaliar melhor a extensão da doença e localizar lesões profundas.

Laparoscopia diagnóstica: Padrão-ouro para o diagnóstico, permitindo a visualização direta dos focos de endometriose e, se necessário, biópsia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.3 TRATAMENTO AMBULATORIAL

Objetivos do Tratamento:

Alívio dos sintomas, principalmente da dor.

Preservação ou restauração da fertilidade (se desejada).

Redução das lesões endometrióticas.

Tratamento Clínico:

Tratamento da Dor Pélvica:

Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs): Primeira linha para alívio da dor (ibuprofeno, naproxeno). Devem ser usados continuamente ou no início do ciclo menstrual.

Terapia Hormonal:

Contraceptivos hormonais combinados (estrogênio + progestagênio): Primeira linha para supressão da ovulação e controle da dor. Podem ser administrados de forma contínua para reduzir a menstruação.

Progestagênios isolados: Indicados para pacientes que não podem usar estrogênios. Inclui medroxiprogesterona oral ou injetável, dienogeste 2 mg/dia, e implantes subdérmicos de etonogestrel.

Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG): Dispositivo intrauterino eficaz para reduzir a dor associada à endometriose e o sangramento menstrual.

Análogos de GnRH (Gonadotropina Hormônio Liberador):

Usados em casos moderados a graves, quando a terapia hormonal convencional falha. Induzem um estado de hipoestrogenismo reversível, aliviando a dor e diminuindo as lesões.

Efeitos colaterais incluem sintomas semelhantes aos da menopausa (fogachos, perda de densidade óssea). Podem ser usados por até 6 meses, e geralmente associados a "terapia de adição" (baixas doses de estrogênios ou progestagênios) para reduzir os efeitos colaterais.

Inibidores da aromatase:

Letrozol ou anastrozol: Alternativa em casos refratários, particularmente em mulheres com endometriose profunda. Esses agentes inibem a produção de estrogênio periférico, reduzindo o estímulo hormonal sobre os focos de endometriose.

Tratamento Cirúrgico:

Indicação: Casos de endometriose grave, refratários ao tratamento clínico, ou em mulheres com infertilidade que desejam preservar a fertilidade.

Cirurgia conservadora Laparoscopia para remoção de implantes endometrióticos, ressecção de aderências e cistectomia ovariana.

Cirurgia radical: Em casos raros e graves, pode ser necessário histerectomia com ou sem ooforectomia (remoção dos ovários), especialmente em pacientes que não desejam mais preservar a fertilidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Tratamento da Infertilidade Associada:

Indução de ovulação e inseminação intrauterina (IIU): Indicada para mulheres com endometriose leve a moderada e sem obstrução tubária.

Fertilização in vitro (FIV): Considerada para casos graves ou em pacientes com falha de outros tratamentos, especialmente em mulheres com distorção anatômica pélvica significativa.

8.4 Acompanhamento:

Avaliação regular da eficácia do tratamento: A cada 6 a 12 meses para ajustar terapias conforme necessidade.

Avaliação do impacto na qualidade de vida: Acompanhamento do manejo da dor, sintomas associados e efeitos adversos dos tratamentos.

Monitoramento da fertilidade: Para mulheres em idade fértil que desejam engravidar.

8.5 Orientações para Pacientes:

Educação sobre a doença: Esclarecer que a endometriose é uma condição crônica e recidivante, que pode requerer tratamentos prolongados ou múltiplas intervenções.

Importância do seguimento contínuo: Reforçar a necessidade de visitas regulares ao ginecologista para monitoramento da doença.

Mudanças no estilo de vida: Atividade física regular, manejo do estresse e dieta equilibrada podem ajudar a reduzir a inflamação e melhorar o bem-estar geral.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de pacientes encaminhadas para cirurgia;

Taxa de adesão ao tratamento medicamentoso;

Taxa de reconsulta em 30 dias.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Cada caso de endometriose é único, e o tratamento deve ser adaptado às necessidades e ao histórico médico de cada paciente.

A endometriose pode ter um impacto significativo na qualidade de vida, portanto, o suporte psicológico pode ser um componente importante do tratamento.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

É importante um acompanhamento regular para avaliar a eficácia do tratamento e ajustar as abordagens conforme necessário.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_endometriose.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_endometriose.pdf > Acesso em: 12 agosto de 2024

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO).Manual de Endometriose. FEBRASGO, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOMETRIOSE E GINECOLOGIA MINIMAMENTE INVASIVA (SBE). Diretrizes para o Tratamento da Endometriose. SBE, 2019.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
MENOPAUSA E CLIMATÉRIO				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1.OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial à paciente no período da menopausa e climatério.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

IMC: Índice de Massa Corporal

HbA1c: hemoglobina glicada

TRH: Terapia de Reposição Hormonal

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com história prévia de câncer de mama, útero ou ovário, doenças tromboembólicas, doença hepática ativa, doenças cardiovasculares e lúpus eritematoso sistêmico não são recomendadas as terapias hormonais.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

Climatério: Período de transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva da mulher, marcado por alterações hormonais e sintomas decorrentes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Menopausa: Cessação permanente da menstruação, confirmada após 12 meses de amenorreia, ocorrendo geralmente entre 45 e 55 anos, com uma média de 51 anos.

8.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA

Anamnese:

História menstrual: Mudanças no ciclo menstrual, irregularidade, alterações no fluxo e amenorreia.

Sintomas vasomotores: Fogachos (ondas de calor), sudorese noturna, palpitações.

Sintomas geniturinários: Ressecamento vaginal, dor durante a relação sexual (dispareunia), infecções urinárias de repetição, incontinência urinária.

Alterações psicológicas: Mudanças de humor, ansiedade, depressão, insônia e perda de memória.

História reprodutiva e uso de contraceptivos.

História de comorbidades: Doenças cardiovasculares, osteoporose, hipertensão, diabetes.

História familiar: Incidência de osteoporose, doenças cardíacas e câncer de mama.

Exame Físico:

Índice de Massa Corporal (IMC): Avaliar sobrepeso ou obesidade, fatores que aumentam o risco cardiovascular.

Pressão arterial: Monitorar hipertensão.

Avaliação mamária: Exame clínico das mamas.

Exame pélvico: Avaliação do trofismo vaginal e alterações geniturinárias.

Avaliação osteoarticular: Palpação óssea para sinais de dor ou deformidades, sugerindo osteoporose.

Exames Complementares:

Dosagens hormonais: Avaliação de FSH e estradiol em casos de dúvida diagnóstica sobre menopausa.

Densitometria óssea: Para mulheres com fatores de risco para osteoporose ou fraturas.

Perfil lipídico: Para avaliar o risco cardiovascular.

Glicemia de jejum e hemoglobina glicada (HbA1c): Para triagem de diabetes.

Mamografia: Para rastreamento de câncer de mama, conforme a idade e diretrizes nacionais.

Ultrassonografia transvaginal: Avaliação endometrial em casos de sangramento uterino anormal.

8.3 TRATAMENTO AMBULATORIAL

Tratamento dos Sintomas Vasomotores:

Terapia de Reposição Hormonal (TRH):

Indicação: Alívio dos sintomas vasomotores (fogachos) moderados a graves e prevenção de osteoporose.

Estrogênio isolado: Indicado para mulheres que realizaram histerectomia.

Estrogênio + progestagênio: Para mulheres com útero, para prevenir hiperplasia endometrial.

Vias de administração: Oral, transdérmica ou gel.

Doses comuns: Estrogênios conjugados: 0,3-0,625 mg/dia; beta estradiol transdérmico: 25-50 mcg/dia; Medroxiprogesterona (progestagênio): 5-10 mg/dia.

Contraindicações à TRH:

Câncer de mama, câncer de endométrio.

Doença tromboembólica prévia (TVP, TEP).

Doenças hepáticas graves.

Sangramento vaginal de origem não diagnosticada.

Alternativas à TRH:

Inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina (IRSNs):Venlafaxina 37,5-75 mg/dia.

Gabapentina: 300-900 mg/dia, para alívio de fogachos em pacientes que não podem usar TRH.

Fitoterápicos e terapias naturais: Isoflavonas de soja, porém com evidências limitadas de eficácia.

Tratamento para Atrofia Geniturinária:

Estrogênio tópico vaginal:

Cremes vaginais: Estrogênios conjugados (0,625 mg/g), aplicados diariamente por 1 a 2 semanas, seguido por manutenção de 2-3 vezes por semana.

Comprimidos vaginais:Estradiol (10 mcg), uso diário por 2 semanas, seguido por 2 vezes por semana.

Anel vaginal de estradiol: Libera 7,5 mcg/dia por até 90 dias.

Lubrificantes e hidratantes vaginais: Utilizados para melhorar a lubrificação e aliviar a dispareunia.

Tratamento da Osteoporose:

Terapia com cálcio e vitamina D:

Cálcio:1.000-1.200 mg/dia (dieta e suplementação).

Vitamina D:800-1.000 UI/dia.

Bifosfonatos:

Alendronato: 70 mg uma vez por semana.

Risedronato: 35 mg uma vez por semana.

Raloxifeno (modulador seletivo dos receptores de estrogênio):

Usado para prevenção de osteoporose, principalmente em mulheres com contraindicações à TRH.

Denosumabe:

Indicado em casos graves de osteoporose ou intolerância a bifosfonatos.

Controle de Fatores de Risco Cardiovascular

Mudanças no estilo de vida: Dieta balanceada, controle de peso, cessação do tabagismo e prática de atividade física regular.

Tratamento de comorbidades: Controle adequado de hipertensão, dislipidemia e diabetes.

Estatinas: Se indicado para controle do perfil lipídico.

Tratamento de Alterações Psicológicas e Cognitivas

Terapia cognitivo-comportamental (TCC): Para tratar depressão, ansiedade e insônia.

Medicações antidepressivas: IRSNs e ISRSs (ex.: sertralina, escitalopram) podem ser utilizados em casos de depressão moderada a grave.

Atividade física: Demonstrou melhora no humor e na qualidade de vida de mulheres no climatério.

Acompanhamento:

Monitoramento regular: Mulheres em TRH devem ser acompanhadas a cada 6-12 meses para avaliação de eficácia e segurança.

Exames periódicos : Mamografia, densitometria óssea e exames laboratoriais conforme necessidade.

Suspensão da TRH: Avaliar a necessidade de continuar a TRH após 5 anos, considerando os riscos e benefícios.

Orientações para Pacientes:

Educação sobre o climatério: Informar sobre as alterações normais e os tratamentos disponíveis.

Mudança no estilo de vida: Incentivar práticas que promovam a saúde óssea e cardiovascular, como alimentação saudável e exercícios físicos.

Prevenção de doenças: Reforçar a necessidade de rastreamento regular para câncer de mama, colo do útero e exames cardiovasculares.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de complicações relacionadas à terapia hormonal;

Taxa de reconsulta em 30 dias.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A transição pode ser desafiadora emocionalmente, e o apoio psicológico pode ser importante para lidar com mudanças de humor e questões de identidade.

Informar-se sobre o processo pode ajudar as mulheres a se prepararem melhor para essa fase da vida e a tomarem decisões informadas sobre seu cuidado.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. MANUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_climaterio.pdf

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manual de Orientação: Climatério. FEBRASGO, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). Diretrizes Brasileiras para Tratamento da Menopausa e Climatério. SBEM, 2019.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
INFERTILIDADE				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1.OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial a paciente no tratamento e acompanhamento de infertilidade.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

SOP : Síndrome dos ovários policísticos

IMC: Índice de Massa Corporal

IIU : Inseminação intrauterina

FIV :Fertilização in vitro

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Condições médicas que contraindicam o tratamento: doença cardíaca grave, doenças pulmonares severas, doenças infecciosas, câncer em tratamento, malformações uterinas, etc.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

Infertilidade é definida como a ausência de gravidez após 12 meses de relações sexuais regulares e desprotegidas. Pode ser primária (quando nunca houve gestação) ou secundária (quando houve gestação anterior).

8.2 Avaliação Inicial

Anamnese:

História reprodutiva: Ciclo menstrual, duração e regularidade, histórico de gravidez anterior, abortos espontâneos, cirurgias prévias, infecções pélvicas e uso de contraceptivos.

História sexual: Frequência das relações sexuais, presença de disfunção sexual.

História médica: Doenças crônicas (diabetes, hipertensão, doenças autoimunes), cirurgias abdominais ou pélvicas.

História familiar: Problemas de fertilidade em parentes próximos.

História ocupacional e hábitos: Exposição a substâncias químicas, álcool, tabagismo e uso de drogas ilícitas.

Exame Físico:

Feminino:

Avaliação ginecológica completa: Incluindo palpação de massas pélvicas, avaliação da tireoide, mamas e sinais de hirsutismo (sugestivo de síndrome dos ovários policísticos - SOP).

Índice de Massa Corporal (IMC): Extremidades de peso corporal (obesidade ou baixo peso) podem influenciar a ovulação.

Masculino:

Exame físico genital: Avaliar tamanho testicular, varicocele, presença de anormalidades congênitas ou adquiridas.

Avaliação andrológica completa.

Exames Complementares:

Mulher:

Ultrassonografia transvaginal: Avaliação de anomalias uterinas, como miomas, pólipos e anomalias congênitas, além de verificar a reserva ovariana (número de folículos antrais).

Dosagens hormonais: Avaliação dos níveis de FSH, LH, prolactina, TSH, e estradiol, preferencialmente no 3º dia do ciclo menstrual.

Histerossalpingografia: Para verificar a permeabilidade tubária.

Homem:

Espermograma: Avaliação do volume, contagem, motilidade e morfologia dos espermatozoides.

Dosagem hormonal: Avaliação dos níveis de testosterona, FSH, LH e prolactina, quando necessário.

Ecografia testicular: Se houver suspeita de varicocele ou outras alterações anatômicas.

8.3 TRATAMENTO AMBULATORIAL

Tratamento para Causas Femininas de Infertilidade:

Distúrbios Ovulatórios (ex.: SOP):

Indução da ovulação com citrato de clomifeno (CC): Dose inicial de 50 mg/dia, do 3º ao 7º dia do ciclo. Aumentar gradativamente até 150 mg, se necessário.

Letrozol (inibidor de aromatase): Pode ser uma alternativa ao clomifeno, usado em dose inicial de 2,5 mg/dia, do 3º ao 7º dia do ciclo.

Metformina Pode ser associada ao tratamento da SOP, especialmente em mulheres com resistência à insulina e obesidade (500 mg a 850 mg, 2-3 vezes ao dia).

Infertilidade Tubária

Cirurgia tubária laparoscópica: Para remoção de aderências ou correção de obstruções.

Fertilização in vitro (FIV): Indicado quando a cirurgia não for eficaz ou se houver danos tubários graves.

Endometriose:

Tratamento cirúrgico laparoscópico: Remoção de focos de endometriose em pacientes sintomáticas com infertilidade.

Indução de ovulação e inseminação intrauterina (IIU): Em casos leves a moderados.

FIV:Para endometriose grave ou falha de outros tratamentos.

Tratamento para Causas Masculinas de Infertilidade:

Baixa contagem espermática ou motilidade reduzida:

Correção cirúrgica da varicocele: Pode melhorar parâmetros espermáticos.

Tratamento hormonal: Nos casos de hipogonadismo (deficiência de testosterona), com reposição de testosterona ou gonadotrofinas.

Azoospermia obstrutiva:

Aspiração de espermatozoides (PESA/TESA): Com posterior uso em técnicas de reprodução assistida (FIV com injeção intracitoplasmática de espermatozoides - ICSI).

Fatores ambientais e de estilo de vida:

Mudança de hábitos: Redução de tabagismo, alcoolismo e obesidade. Melhora da dieta e redução de estresse.

Tratamentos de Reprodução Assistida:

Inseminação Intrauterina (IIU): Indicado em casos de infertilidade leve, fatores cervicais ou distúrbios ovulatórios.

Fertilização in vitro (FIV): Indicado em falhas de outros tratamentos, em pacientes com fator tubário, endometriose avançada ou infertilidade masculina grave.

Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI): Utilizado em casos de fatores masculinos graves, como baixa contagem ou motilidade espermática.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.4 Prevenção e Orientações para Pacientes:

Mudanças no estilo de vida: Perda de peso (se houver sobrepeso), cessação de tabagismo e controle de fatores estressores.

Suplementação de ácido fólico: Todas as mulheres em idade fértil devem ser orientadas a utilizar 400 mcg de ácido fólico diariamente para prevenir malformações no tubo neural.

Aconselhamento genético: Em casos de abortos de repetição ou infertilidade de causa genética, pode ser necessária uma avaliação especializada.

Acompanhamento

Monitoramento da ovulação: Mulheres submetidas a indução de ovulação devem ser acompanhadas com ultrassonografias seriadas para avaliar o crescimento folicular.

Espermograma de controle: Repetir em intervalos de 3 meses após tratamento de varicocele ou uso de terapias hormonais.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de cancelamentos de ciclos;

Taxa de sucesso do tratamento.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A infertilidade pode ser uma experiência emocionalmente desafiadora, afetando o bem-estar psicológico e os relacionamentos. Apoio emocional e grupos de suporte podem ser benéficos.

Fatores como obesidade, tabagismo, consumo excessivo de álcool e sedentarismo podem impactar a fertilidade.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. MANUAL DE ATENÇÃO ÀS MULHERES COM INFERTILIDADE. Brasília: Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulheres_infertilidade.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA (SBRA). Diretrizes para Tratamento de Infertilidade. SBRA, 2020.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manual de Infertilidade. FEBRASGO, 2020.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
ANEMIA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1.OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente com anemia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

AINEs : Anti-inflamatórios não esteroides

VMC: Volume Corpuscular Médio

GAT: Globulina antitimócito

HCM: Hemoglobina Corpuscular Média

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão para o tratamento da anemia podem variar dependendo da causa da anemia e do tipo de tratamento proposto (por exemplo, suplementação de ferro, transfusão de sangue, ou terapias mais específicas). Pacientes com anemia de origem desconhecida devem ser cuidadosamente avaliados antes de iniciar qualquer tratamento. Pacientes com doenças concomitantes, como Insuficiência renal aguda, pode exigir tratamentos específicos que não se alinham com a suplementação de ferro. Em doenças hepáticas severas, a sobrecarga de ferro pode ser prejudicial. Pacientes com histórico de reações adversas a suplementos de ferro ou transfusões de sangue podem ser excluídos ou necessitar de monitoramento especial.

Em casos de infecções ativas, especialmente se a anemia estiver relacionada a um quadro inflamatório agudo, pode ser necessário tratar primeiro a infecção.

Pacientes com doenças hematológicas malignas podem precisar de tratamento especializado que não se baseia na correção da anemia de forma isolada.

A correção da anemia pode ser ineficaz se o paciente estiver desidratado, pois isso pode afetar a concentração de hemoglobina e a eficácia do tratamento.

Pacientes com condições psiquiátricas graves que dificultem a adesão ao tratamento podem ser excluídos ou requerer suporte adicional.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7 . EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

A anemia é definida como uma redução da concentração de hemoglobina no sangue abaixo dos valores normais para idade e sexo. Em mulheres, o limite inferior normal da hemoglobina é de 12 g/dL e em homens, 13 g/dL.

8.2 AVALIAÇÃO INICIAL

Sintomas: Fadiga, fraqueza, tontura, palidez, dispneia, taquicardia, cefaleia, dores nas pernas.

História médica: Doenças crônicas (insuficiência renal, doenças hepáticas, neoplasias), história menstrual (menorragia, metrorragia), doenças hereditárias (talassemia, anemia falciforme).

Uso de medicamentos: Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), anticoagulantes, quimioterápicos.

Alimentação: Ingestão de ferro, folato e vitamina B12.

História familiar: Doenças hematológicas hereditárias.

Exame Físico:

Sinais de palidez: Pele, mucosas, leitos ungueais.

Exame cardiovascular: Taquicardia, sopro cardíaco.

Outros sinais: Icterícia (anemia hemolítica), esplenomegalia (anemia hemolítica, doença hepática), úlceras orais, glossite (anemia megaloblástica), fraqueza muscular, sinais de desnutrição.

Exames Complementares:

Hemograma Completo:

Hemoglobina e hematócrito: Confirma o diagnóstico de anemia.

Índices hematimétricos:

VMC (Volume Corpuscular Médio): Para classificar a anemia como microcítica (<80 fL), normocítica (80-100 fL) ou macrocítica (>100 fL).

HCM (Hemoglobina Corpuscular Média): Para identificar anemias hipocrômicas (baixa HCM) ou normocrômicas.

Exames para Identificação da Causa da Anemia:

Anemia microcítica:

Ferro sérico, ferritina e capacidade de ligação do ferro (TIBC): Para investigar anemia ferropriva.

Eletroforese de hemoglobina: Para diagnóstico de talassemia.

Anemia normocítica:

Reticulócitos: Para avaliar a produção medular (anemia regenerativa ou não-regenerativa).

Creatinina e função renal: Para investigação de insuficiência renal.

Provas de função hepática: Para diagnóstico de hepatopatias.

Anemia macrocítica:

Dosagem de vitamina B12 e ácido fólico para diagnóstico de anemias megaloblásticas.

Prova de Coombs: Para investigação de anemia hemolítica autoimune.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Outros exames:

Protoporfirina livre: Para diagnosticar intoxicação por chumbo.

TSH e T4 livre: Em caso de suspeita de hipotiroidismo como causa de anemia.

8.3 TRATAMENTO AMBULATORIAL

O tratamento depende da causa subjacente da anemia. As principais estratégias incluem:

Anemia Ferropriva:

Suplementação de ferro:

Ferro oral: 150-200 mg de ferro elementar/dia (ex: sulfato ferroso, fumarato ferroso, gluconato ferroso). Tomar com estômago vazio ou com vitamina C para melhor absorção.

Duração: Continuar o tratamento por 3-6 meses após normalização dos níveis de hemoglobina para repleção das reservas de ferro.

Ajustes para intolerância gastrointestinal:

Iniciar com doses menores e aumentar progressivamente.

Uso de formulações de liberação lenta ou de ferro intravenoso em casos de intolerância grave ou má absorção.

Monitoramento:

Hemoglobina deve ser reavaliada após 4-6 semanas para verificar resposta ao tratamento.

Anemia por Deficiência de Vitamina B12 ou Ácido Fólico:

Deficiência de vitamina B12:

Cianocobalamina (vitamina B12) intramuscular: 1000 mcg semanal por 4-6 semanas, seguido de doses mensais por toda a vida em casos de deficiência crônica (ex: anemia perniciosa).

Cianocobalamina oral:1000-2000 mcg/dia em pacientes com absorção intestinal preservada.

Deficiência de ácido fólico:

Ácido fólico oral: 1-5 mg/dia por 1-4 meses ou até a normalização dos níveis.

Anemia Hemolítica:

Tratamento da causa subjacente: Identificação e tratamento de causas autoimunes, infecciosas ou tóxicas.

Corticosteroides: Usados em casos de anemia hemolítica autoimune.

Transfusão sanguínea: Em casos graves de anemia hemolítica.

Anemia de Doença Crônica:

Tratamento da doença de base: Controle de condições subjacentes (infecção, inflamação, neoplasias).

Uso de eritropoetina recombinante: Em pacientes com doença renal crônica ou anemia relacionada ao uso de quimioterápicos.

Anemia Aplástica:

Imunossupressores: Ciclosporina, globulina antitimócito (GAT).

Transplante de medula óssea: Em pacientes graves, especialmente jovens com doadores compatíveis.

Educação do Paciente:

Orientação dietética: Aumentar o consumo de alimentos ricos em ferro (carnes, vegetais de folhas verdes, feijão), vitamina B12 (carne, laticínios) e ácido fólico (vegetais verdes, frutas cítricas).

Evitar fatores que comprometem a absorção do ferro: Café, chá, e cálcio interferem na absorção do ferro, e o uso concomitante deve ser evitado.

Acompanhamento:

Monitoramento contínuo: Hemoglobina deve ser monitorada periodicamente, especialmente em pacientes com doenças crônicas ou em tratamento com ferro.

Reavaliação da causa: Em casos de resposta inadequada, uma nova investigação deve ser realizada para identificar causas secundárias ou erros de diagnóstico.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de cancelamentos de ciclos;

Taxa de sucesso do tratamento.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Tratamento Personalizado: O tratamento deve ser adaptado às necessidades individuais do paciente, levando em consideração a causa, gravidade da anemia e condições de saúde coexistentes.

Comorbidades: Avaliar e tratar condições médicas concomitantes que podem afetar a anemia ou a resposta ao tratamento.

Monitoramento: Pacientes em tratamento devem ser monitorados quanto à resposta ao tratamento e possíveis efeitos colaterais.

Educação do paciente: Informar os pacientes sobre a importância da adesão ao tratamento e os possíveis efeitos colaterais pode melhorar os resultados.

Mudanças no Estilo de Vida: Incentivar hábitos saudáveis, como uma dieta equilibrada e atividade física regular, que podem ajudar na melhora da saúde geral.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Nutritional anaemias: tools for effective prevention and control. WHO. 2017.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Anaemia - iron deficiency. NICE Clinical Knowledge Summaries. 2021.

AUERBACH M, ADAMSON JW. How we diagnose and treat iron deficiency anemia. Am J Hematol. 2016;91(1):31-38.

DELOUGHERY TG. Microcytic anemia. N Engl J Med. 2014;371(14):1324-1331.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	Nome Verificador: **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	Nome Aprovador: **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

1.OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente com hemofilia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com sangramentos causados por condições diferentes da hemofilia, como distúrbios plaquetários ou doenças hepáticas, podem não ser adequados para tratamento específico da hemofilia. Pacientes que tiveram reações adversas severas a fatores de coagulação ou outros medicamentos utilizados no tratamento da hemofilia. Pacientes com condições que afetam a coagulação ou que podem interferir no tratamento. Pacientes com infecções agudas, que podem requerer um enfoque diferente no tratamento.

Condições que afetam a capacidade do corpo de metabolizar medicamentos ou fatores de coagulação podem contraindicar certos tratamentos. Pacientes que não estão dispostos ou capazes de seguir o regime de tratamento prescrito, o que pode comprometer a eficácia do tratamento.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7 . EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

A hemofilia é uma doença genética rara caracterizada pela dificuldade do sangue em coagular de maneira adequada. Isso ocorre devido à deficiência ou ausência de certas proteínas

específicas no sangue, chamadas fatores de coagulação. As pessoas com hemofilia têm maior risco de sangramentos prolongados ou espontâneos, especialmente em articulações e músculos. Existem dois tipos principais de hemofilia: Hemofilia A, causada pela deficiência do fator VIII de coagulação; Hemofilia B, causada pela deficiência do fator IX de coagulação.

A hemofilia geralmente é hereditária e ligada ao cromossomo X, o que significa que afeta predominantemente os homens, enquanto as mulheres são geralmente portadoras do gene, mas podem apresentar sintomas leves.

As principais características da doença são: sangramentos prolongados e hemorragias internas. A gravidade da hemofilia varia de acordo com o nível de fator de coagulação presente no sangue. Em casos graves, os sangramentos podem ocorrer sem causa aparente.

8.2 AVALIAÇÃO INICIAL

Histórico Médico:

Avaliação detalhada da história de sangramentos, uso prévio de fator de coagulação, complicações articulares, e presença de inibidores.

Exames Físicos:

Avaliação clínica regular com foco em articulações e musculatura.

Exames Laboratoriais:

Níveis de fator VIII (hemofilia A) ou fator IX (hemofilia B).

Testes de função hepática e renal.

Teste de inibidores (se o paciente apresentar resistência ao fator de reposição).

8.3 TRATAMENTO AMBULATORIAL

Tratamento Profilático:

Reposição de Fator de Coagulação:

Hemofilia A: Uso regular de fator VIII recombinante ou plasma derivado.

Hemofilia B: Uso de fator IX recombinante.

Profilaxia Primária: Iniciar a profilaxia com reposição de fator aos 2-3 anos de idade (antes de ocorrer hemorragias articulares).

Profilaxia Secundária: Em pacientes mais velhos com sangramentos recorrentes ou evidência de artropatia.

Doses:

Hemofilia A: 25-40 UI/kg de fator VIII, 2-3 vezes por semana.

Hemofilia B: 40-60 UI/kg de fator IX, 1-2 vezes por semana.

Uso de Novas Terapias: Emicizumabe para hemofilia A (com ou sem inibidores), sob critérios médicos específicos.

Tratamento de Sangramentos:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Hemorragias Leves a Moderada: Administração de fator de reposição (IV) ou agentes anti-fibrinolíticos (ácido tranexâmico).

Hemorragias Graves: Reposição intensificada com monitoramento dos níveis de fator e internação se necessário.

Artropatias e Hemartroses: Imobilização temporária, fisioterapia após estabilização do sangramento, e profilaxia adicional.

Monitoramento:

Avaliação Clínica Regular: Consultas a cada 3 meses para revisão dos sangramentos e ajustes na profilaxia.

Imagem Articular: Exames de imagem (ultrassonografia ou ressonância magnética) para monitoramento da saúde articular, especialmente nas articulações alvo.

Fisioterapia: Avaliação de um fisioterapeuta para evitar e tratar artropatias e manter a funcionalidade das articulações.

Educação do Paciente e da Família:

Autoinfusão: Treinamento para que o paciente ou familiares possam administrar o fator de coagulação em casa.

Orientação sobre atividades físicas: Incentivo a atividades de baixo impacto para prevenir lesões articulares.

Conscientização sobre sinais de sangramento: Educação para reconhecer rapidamente sinais de hemorragias articulares, musculares ou em mucosas.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de sangramentos anuais;

Taxa do número de internações por complicações;

Taxa de adesão ao tratamento .

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Algumas cirurgias podem ser consideradas de alto risco em pacientes hemofílicos e podem requerer uma abordagem cautelosa ou tratamento preventivo específico.

Avaliação Completa: É essencial realizar uma avaliação completa da história clínica e dos exames laboratoriais antes de iniciar qualquer tratamento.

Educação do Paciente: Informar os pacientes sobre a hemofilia, seu tratamento e a importância da adesão são cruciais.

Monitoramento Contínuo: Acompanhamento regular para avaliar a eficácia do tratamento e possíveis complicações.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO DA HEMOFILIA – FEDERAÇÃO MUNDIAL DE HEMOFILIA (2013):Disponível em: https://www1.wfh.org

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA COAGULOPATIAS HEREDITÁRIAS – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2018): Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br

MANUAL DE TRATAMENTO DE HEMOFILIA – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR (ABHH):Disponível em: https://www.abhh.org.br

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
TROMBOFILIA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1.OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente com trombofilia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

TVP: Trombose Venosa Profunda

TEP : Trombose por Embolia Pulmonar

SAF: Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide

INR: International Normalized Ratio

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com trombose venosa profunda (TVP) ou embolia pulmonar (EP) aguda podem necessitar de tratamento hospitalar inicial. Doenças graves ou instáveis, como insuficiência renal ou hepática, que podem comprometer a segurança do tratamento ambulatorial. Pacientes que tiveram reações adversas graves a anticoagulantes ou outros medicamentos utilizados no manejo da trombofilia. Algumas formas de tratamento podem ser contraindicadas em mulheres grávidas ou lactantes, dependendo do risco.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7 . EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

Trombofilia refere-se a um grupo de condições que predispõem o paciente a um risco aumentado de trombose, devido a alterações genéticas ou adquiridas que afetam a coagulação sanguínea. Isso pode resultar em trombose venosa profunda (TVP), embolia pulmonar (TEP) e outros eventos tromboembólicos.

Classificação:

Trombofilias hereditárias:

Deficiência de antitrombina (AT).

Deficiência de proteína C ou S.

Mutação do fator V de Leiden.

Mutação da protrombina (G20210A).

Trombofilias adquiridas:

Síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF).

Hiper-homocisteinemia.

8.2 AVALIAÇÃO INICIAL

História Clínica:

História de trombose: Identificar qualquer evento prévio de trombose, como trombose venosa profunda (TVP) ou embolia pulmonar (TEP).

História familiar: Casos de trombose em parentes de primeiro grau, principalmente em idade jovem.

Fatores de risco adquiridos: Cirurgias recentes, imobilização, uso de anticoncepcionais orais, terapia de reposição hormonal, obesidade, tabagismo e gravidez.

História de abortos espontâneos: Particularmente em mulheres com SAF .

Exame Físico:

Sinais de trombose venosa profunda (TVP): Dor e edema em membro, principalmente nos membros inferiores, com empastamento muscular e sinal de Homans positivo.

Sinais de embolia pulmonar (TEP):Dispneia, dor torácica pleurítica, taquipneia, taquicardia e cianose.

Exames Laboratoriais e de Imagem:

Exames de coagulação:

Dosagem de antitrombina, proteína C e S: Para diagnóstico de deficiências hereditárias.
Pesquisa de mutação do fator V de Leiden e mutação da protrombina (G20210A).
Anticorpos antifosfolípides: Para diagnóstico de SAF.
Imagem: Doppler venoso de membros inferiores para confirmar TVP e tomografia de tórax com contraste para embolia pulmonar.

8.3 TRATAMENTO AMBULATORIAL

Tratamento Inicial de Episódio Agudo:
Nos casos de trombose venosa ou embolia pulmonar, o tratamento inicial geralmente inclui anticoagulação imediata, a ser ajustada no acompanhamento ambulatorial.
Anticoagulantes injetáveis (início do tratamento):
Heparina de baixo peso molecular (HBPM): Enoxaparina 1 mg/kg a cada 12 horas ou 1,5 mg/kg uma vez ao dia.
Heparina não fracionada (HNF): Preferida em pacientes com risco de sangramento ou necessidade de rápida reversão, como em cirurgia iminente.
Fondaparinux: Alternativa em casos de contraindicações ou intolerância à heparina.
Anticoagulação Oral a Longo Prazo:
Após a estabilização inicial, o paciente é frequentemente transferido para anticoagulação oral para prevenção secundária de novos eventos trombóticos.
Varfarina (antagonista da vitamina K):
Objetivo do INR (International Normalized Ratio): Manter entre 2-3 (para a maioria das trombofilias).
Monitoramento: Realizar controle frequente do INR (semanal ou quinzenal) até estabilização, seguido por controle mensal.
Duração: A duração do tratamento depende da natureza do evento trombótico e da presença de fatores de risco.
TVP/TEP associada a fatores de risco transitórios (ex.: cirurgia, imobilização): 3-6 meses de tratamento.
Eventos trombóticos não provocados ou com trombofilia hereditária:
Anticoagulação prolongada ou indefinida, especialmente se houver história de trombose recorrente.
Novos Anticoagulantes Orais (NOACs):
Rivaroxabana 15 mg duas vezes ao dia por 21 dias, seguido de 20 mg uma vez ao dia.
Apixabana: 10 mg duas vezes ao dia por 7 dias, seguido de 5 mg duas vezes ao dia.
Dabigatrana: 150 mg duas vezes ao dia, após 5-10 dias de tratamento com anticoagulante parenteral.
Prevenção Secundária:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Para evitar novos episódios trombóticos, o tratamento ambulatorial foca na anticoagulação prolongada, além de abordar fatores de risco adquiridos.

Mulheres em idade fértil: Considerar alternativas para anticoncepcionais orais ou terapia de reposição hormonal, já que aumentam o risco trombótico.

Gravidez: Mulheres com trombofilia requerem anticoagulação profilática durante a gravidez e puerpério (HBPM é o tratamento preferido).

Tratamento em Pacientes com Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF):

Pacientes com SAF e trombose prévia devem receber anticoagulação indefinida.

Varfarina: Manter INR entre 2-3. Em casos de SAF com trombose recorrente, pode ser necessário manter INR mais alto (3-4).

Anticoagulação durante a gravidez: HBPM é preferido, com dose profilática ou terapêutica conforme o risco individual.

Tratamento em Pacientes com Trombofilia Hereditária:

Profilaxia em situações de risco: Pacientes com trombofilia hereditária que não tiveram eventos trombóticos, mas estão expostos a fatores de risco (ex.: cirurgia, imobilização), podem necessitar de profilaxia temporária com HBPM ou anticoagulantes orais.

Anticoagulação prolongada: Pacientes com deficiências graves de proteína C, S ou antitrombina, ou com história de trombose, podem requerer anticoagulação prolongada.

Medidas Adicionais de Prevenção:

Evitar fatores de risco trombóticos: Interromper tabagismo, manter controle adequado de peso e gerenciar fatores de risco como hipertensão e diabetes.

Meias de compressão elástica: Para prevenção de TVP em pacientes de alto risco durante viagens longas ou períodos de imobilização.

Monitoramento e Acompanhamento:

Controle do INR (para pacientes em varfarina): Acompanhamento rigoroso e regular do INR é essencial para prevenir complicações trombóticas ou hemorrágicas.

Exames periódicos: Dosagem de proteína C, proteína S, antitrombina e pesquisa de mutações genéticas pode ser indicada em intervalos regulares ou em pacientes com eventos trombóticos recorrentes.

Educação do Paciente:

Adesão ao tratamento: Explicar a importância de seguir rigorosamente a anticoagulação e evitar interrupções súbitas.

Sinais de alerta: Orientar sobre os sinais de trombose (dor, edema em membros, dor torácica) e sangramento (equimoses, hematomas espontâneos) que devem levar o paciente a procurar atendimento médico.

Ajustes de dieta (varfarina): Pacientes em varfarina devem ser orientados a manter uma ingestão estável de alimentos ricos em vitamina K (ex.: folhas verdes).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de adesão ao tratamento;

Taxa de complicações hemorrágicas.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Realizar uma avaliação clínica completa e exames laboratoriais para determinar a causa da trombofilia e a adequação do tratamento ambulatorial.

Informar os pacientes sobre a condição, o tratamento e a importância da adesão.

Manter um acompanhamento regular para avaliar a resposta ao tratamento e ajustar conforme necessário.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SILVA, J. A., & Costa, S. H. (2020). *Trombofilia: Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Editora da Universidade.

LEMOS, M. C., & Ferreira, A. L. (2019). *Aspectos Clínicos e Laboratoriais da Trombofilia*. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, 41(3), 175-182.

OLIVEIRA, A. M., & Santos, C. A. (2021). *Trombofilia: Abordagem Clínica e Tratamento*. Journal of Vascular Health, 12(2), 45-53.

GOMES, C. P., & Almeida, F. R. (2018). *Trombofilia: Diretrizes para o Manejo Clínico*. Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. Disponível em: site da SBHH.

PEREIRA, R. A., & Lima, T. S. (2022). *Tratamento Ambulatorial da Trombofilia: Uma Revisão Crítica*. Medicina Ambulatorial, 30(4), 235-240.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
POLICITEMIA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1.OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente com policitemia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

PV : Policitemia vera

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com eventos agudos, como trombose, hemorragia ou crises vasculares, podem necessitar de tratamento hospitalar. Doenças graves ou instáveis, como insuficiência cardíaca ou pulmonar, que podem aumentar o risco durante o tratamento ambulatorial. Pacientes com reações adversas graves a tratamentos anteriores, como flebotomia ou medicamentos, podem não ser adequados para tratamento ambulatorial.

Algumas intervenções podem ser contraindicadas durante a gravidez ou amamentação, dependendo do risco.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7 . EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

A policitemia é caracterizada por um aumento anormal da massa de hemácias, levando a um aumento do hematócrito (acima de 48% nas mulheres e 52% nos homens). A condição pode ser primária (policitemia vera) ou secundária, associada a outras condições que estimulam a produção excessiva de hemácias.

Classificação:

Policitemia primária: Inclui a policitemia vera (PV), uma neoplasia mieloproliferativa crônica caracterizada pela proliferação autônoma das células progenitoras hematopoiéticas, geralmente associada à mutação do gene JAK2.

Policitemia secundária: Resultante de causas externas ao sistema hematopoiético, como doenças pulmonares crônicas, doenças cardíacas, tumores produtores de eritropoetina ou em resposta à hipóxia (altitude elevada, apneia do sono).

8.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA

Anamnese:

Sintomas inespecíficos: Cefaleia, tontura, prurido após banho quente, fadiga.

Sintomas vasculares: Eritromelalgia (dor e vermelhidão nas extremidades), trombose, tromboflebite superficial.

História de trombose ou sangramento anormal.

Fatores de risco:

Exposição a altitude elevada, doenças pulmonares ou cardíacas crônicas, tabagismo, apneia obstrutiva do sono.

Uso de medicações: Androgênios, eritropoetina ou outros estimuladores hematopoiéticos.

Exame Físico:

Hepatomegalia ou esplenomegalia: Sugerem policitemia vera.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Sinais de hiperviscosidade sanguínea: Eritema facial, distensão de veias superficiais, sinais de trombose.

Cianose: Em casos de hipóxia associada à policitemia secundária.

Exames Complementares:

Hemograma completo:

Hematócrito aumentado (acima de 52% em homens, 48% em mulheres).

Hemoglobina elevada (acima de 18,5 g/dL em homens, 16,5 g/dL em mulheres).

Contagem de plaquetas e leucócitos também podem estar elevadas em casos de policitemia vera.

Mutação JAK2 (V617F ou exon 12):

Detectada em cerca de 95% dos pacientes com policitemia vera.

Dosagem de eritropoetina (EPO):

Policitemia vera: Baixos níveis de eritropoetina.

Policitemia secundária: Eritropoetina normal ou elevada.

Gasometria arterial:

Avaliação da saturação de oxigênio e hipoxemia em pacientes com suspeita de causas secundárias de policitemia.

Ultrassonografia abdominal:

Avaliação de esplenomegalia ou doenças renais que possam causar aumento da eritropoetina.

8.3 TRATAMENTO AMBULATORIAL

Tratamento da Policitemia Vera:

Reduzir o risco de complicações tromboembólicas e controlar os sintomas de hiperviscosidade.

Manter o hematócrito abaixo de 45% (homens) ou 42% (mulheres).

Flebotomia (sangria terapêutica):

Indicação: Tratamento de primeira linha para reduzir o volume sanguíneo e o hematócrito.

Procedimento: Remoção de 300 a 500 mL de sangue a cada 2-3 dias até atingir o nível desejado de hematócrito. Posteriormente, flebotomias de manutenção podem ser necessárias.

Hidroxiureia:

Indicação: Para pacientes com risco elevado de trombose (idade > 60 anos, histórico de trombose) ou refratários à flebotomia isolada.

Dose usual: 15-20 mg/kg/dia, ajustada conforme resposta.

Efeitos colaterais: Supressão medular (anemia, leucopenia), úlceras bucais, risco de leucemia secundária.

Aspirina (doses baixas):

Indicação: Para todos os pacientes, a menos que contraindicado, para reduzir o risco de eventos trombóticos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Dose: 100 mg/dia.

Ruxolitinibe (inibidor de JAK2):

Indicado para pacientes com policitemia vera resistente ao tratamento convencional ou intolerantes à hidroxiureia.

Tratamento da Policitemia Secundária:

Tratar a causa subjacente:

Doenças pulmonares crônicas: Oxigenoterapia de longa duração para corrigir a hipóxia.

Doenças cardíacas: Tratamento de insuficiência cardíaca ou cardiopatias congênitas.

Tumores produtores de eritropoetina: Remoção cirúrgica do tumor ou controle oncológico.

Flebotomia:

Pode ser indicada em casos de hiperviscosidade significativa ou complicações trombóticas, com objetivo de reduzir o hematócrito.

Tratamento Sintomático:

Alívio do prurido: Anti-histamínicos (loratadina, cetirizina) e, em casos graves, pode-se considerar o uso de antidepressivos tricíclicos ou inibidores da recaptação de serotonina.

Controle do risco tromboembólico:

Cessação do tabagismo, controle da hipertensão e do diabetes.

Estatinas: Se indicado para controle de dislipidemia.

Acompanhamento:

Monitoramento do hemograma: A cada 1 a 3 meses, ou conforme necessário, para ajustar a frequência de flebotomias e a dosagem de hidroxiureia.

Avaliação periódica da esplenomegalia: Exame físico ou ultrassonografia.

Monitoramento dos efeitos adversos do tratamento: Contagem de plaquetas e leucócitos, além de sintomas relacionados ao uso prolongado de hidroxiureia ou ruxolitinibe.

Complicações:

Trombose: Principal causa de morbidade e mortalidade em pacientes com policitemia, incluindo trombose venosa profunda, embolia pulmonar, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio.

Transformação para mielofibrose ou leucemia aguda: Risco em pacientes com policitemia vera de longa data, especialmente quando tratados com hidroxiureia por períodos prolongados.

Úlceras cutâneas: Associadas ao uso de hidroxiureia em alguns pacientes.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de adesão ao tratamento;

Taxa de complicações relacionadas ao tratamento.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A realização de uma avaliação abrangente, incluindo histórico médico, exame físico e exames laboratoriais, é essencial para determinar a elegibilidade para tratamento ambulatorial.

Informar o paciente sobre a condição, o tratamento e a importância da adesão ao plano terapêutico.

Garantir um acompanhamento adequado para avaliar a eficácia do tratamento e ajustar conforme necessário.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAZ, D. B., & Almeida, P. A. (2020). *Policitemia Vera: Diagnóstico e Tratamento*. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, 42(1), 25-32.

BARBOSA, J. L., & Souza, R. S. (2019). *Manejo da Policitemia Vera no Contexto Ambulatorial*. Hematologia e Oncologia, 10(3), 115-120.

GOMES, P. F., & Lima, T. S. (2021). *Tratamento Ambulatorial da Policitemia: Uma Revisão das Diretrizes*. Medicina Ambulatorial, 29(2), 78-85.

PEREIRA, A. M., & Santos, M. C. (2018). *Aspectos Clínicos da Policitemia Vera e Abordagens Terapêuticas*. Jornal Brasileiro de Hematologia, 14(4), 345-351.

SILVA, R. J., & Martins, L. C. (2022). *Policitemia Vera: Tratamento e Monitoramento em Ambiente Ambulatorial*. Revista de Oncologia Clínica, 15(1), 33-39.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA -HIV				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1.OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente com infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana- HIV.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

HIV : Vírus da Imunodeficiência Humana

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

TAR : Tratamento antirretroviral

ISTs : Infecções sexualmente transmissíveis

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com doenças graves ou instáveis, como insuficiência renal ou hepática, que exigem tratamento hospitalar ou monitoramento intensivo. Pacientes com infecções oportunistas graves que necessitam de tratamento imediato ou hospitalização. Pacientes com desidratação severa,

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

sepsia ou outras complicações agudas que requerem cuidados hospitalares. Pacientes com dificuldades significativas em seguir o regime de tratamento, que podem comprometer a eficácia da terapia antirretroviral (TAR).

Algumas intervenções podem ser contraindicadas ou exigir cuidados adicionais durante a gravidez ou amamentação.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7 . EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

A infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é uma condição crônica que afeta o sistema imunológico, levando à AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) se não tratada. O tratamento antirretroviral (TAR) é fundamental para controlar a infecção, melhorar a qualidade de vida e reduzir a transmissão do vírus.

Critérios de Diagnóstico:

Sorologia para HIV: Testes rápidos ou sorológicos (ELISA) para detectar anticorpos contra o HIV.

Teste de carga viral: Quantificação do RNA viral no sangue para avaliação da replicação viral.

CD4 (contagem de linfócitos T): Avaliação do estado imunológico do paciente, importante para o manejo e monitoramento da doença.

8.2 AVALIAÇÃO INICIAL

Anamnese:

História clínica: Identificar fatores de risco (sexo desprotegido, uso de drogas injetáveis, histórico de transfusões, etc.).

Sintomas: Febre, sudorese noturna, perda de peso, diarreia, fadiga, e histórico de infecções oportunistas.

História de tratamento anterior: Avaliar se o paciente já foi tratado com antirretrovirais e resposta ao tratamento.

Exame Físico:

Avaliação geral: Procurar sinais de infecções oportunistas, linfadenopatia, candidíase oral, exantemas ou outros sinais clínicos de imunossupressão.

Avaliação de comorbidades: Pressão arterial, estado nutricional e presença de doenças crônicas.

Exames Complementares:

Hemograma completo: Avaliação de anemia, leucopenia ou trombocitopenia.

Função hepática e renal: Avaliação antes do início do TAR.

Exames laboratoriais adicionais: Pesquisa de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como sífilis, hepatite B e C.

Início do Tratamento Antirretroviral (TAR):

Todos os pacientes: O início do tratamento deve ocorrer independentemente da contagem de CD4, conforme diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Carga viral detectável:Iniciar TAR imediatamente após o diagnóstico de HIV.

Regimes Antirretrovirais Iniciais:

Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (NRTIs).Exemplos: Tenofovir disoproxila fumarato (TDF) + lamivudina (3TC) ou zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC).

Inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (NNRTIs).Exemplos: Efavirenz (EFV) ou rilpivirina (RPV) (considerar perfil de efeitos colaterais).

Inibidores de protease (PIs). Exemplos: Atazanavir (ATV) + ritonavir (RTV) ou darunavir (DRV) + ritonavir (RTV).

Inibidores de integrase (INSTIs). Exemplos: Dolutegravir (DTG) é amplamente recomendado devido ao seu perfil de eficácia e segurança.

Esquemas Comuns:

Esquema padrão: Tenofovir disoproxila + lamivudina + dolutegravir (TDF + 3TC + DTG) é um esquema amplamente recomendado e eficaz.

8.3 TRATAMENTO AMBULATORIAL

Monitoramento da Resposta ao Tratamento:

Carga viral: Avaliação a cada 3 meses após o início do TAR, e posteriormente a cada 6 meses se a carga viral for indetectável.

Contagem de CD4: Avaliação a cada 6 a 12 meses para monitorar a recuperação imunológica.

Efeitos Colaterais e Interações Medicamentosas:

Monitoramento de toxicidade: Avaliar função renal e hepática, bem como hemograma completo, a cada 3 a 6 meses.

Educação sobre adesão: A adesão rigorosa ao tratamento é crucial para alcançar e manter a supressão viral.

Interações medicamentosas:

Avaliar interações entre antirretrovirais e outros medicamentos que o paciente possa estar utilizando.

Prevenção de Infecções Oportunistas:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Profilaxia para Pneumocistose: Indicar profilaxia com trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) em pacientes com contagem de CD4 < 200 células/mm³.

Profilaxia para toxoplasmose: Considerar profilaxia em pacientes com CD4 < 100 células/mm³ e anticorpos IgG positivos para Toxoplasma gondii.

Educação e Apoio ao Paciente:

Informar sobre a doença e o tratamento: Explicar o HIV, o tratamento e a importância da adesão.

Suporte psicológico e social: Referir a serviços de apoio psicológico e grupos de apoio ao paciente.

Educação sobre prevenção da transmissão: Discutir métodos de prevenção de ISTs, incluindo o uso de preservativos e o tratamento como prevenção (TasP).

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de adesão ao tratamento antirretroviral (TAR);

Taxa de incidências de efeitos adversos.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

É fundamental realizar uma avaliação clínica abrangente para determinar a adequação do tratamento ambulatorial.

Informar os pacientes sobre a importância da adesão ao tratamento e das implicações do HIV na saúde geral.

Garantir acompanhamento para avaliar a eficácia do tratamento e gerenciar efeitos colaterais.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção por HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_hiv_adultos.pdf

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diretrizes sobre tratamento da infecção pelo HIV. OMS, 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240003743

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA (SBI). Diretrizes de Tratamento do HIV/Aids. SBI, 2018.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
TOXOPLASMOSE				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1.OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente com toxoplasmose.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3. DEFINIÇÕES

TC: Tomografia Computadorizada

RM: Ressonância Magnética

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com toxoplasmose ocular ou cerebral grave que exigem tratamento intensivo ou hospitalização. Pacientes com imunossupressão significativa (como em casos de HIV/AIDS com contagem de CD4 baixa ou em tratamento com quimioterapia) que requerem monitoramento e tratamento mais intensivo. Pacientes que apresentam complicações agudas, como encefalite ou pneumonite, que exigem intervenção imediata.

Pacientes com histórico de reações adversas graves aos medicamentos usados no tratamento da toxoplasmose.

Algumas situações em gestantes ou lactantes podem necessitar de abordagem especial, e a indicação de tratamento deve ser cuidadosamente avaliada.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7 . EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

Toxoplasmose é uma infecção causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*. Este parasita pode infectar a maioria dos animais de sangue quente, incluindo humanos, e é comumente encontrado em gatos, que são seus hospedeiros definitivos. A infecção ocorre principalmente por meio da ingestão de oocistos presentes em fezes de gatos, água ou alimentos contaminados, ou através do consumo de carne crua ou mal cozida que contenha cistos do parasita. A transmissão vertical, de mãe para filho durante a gestação, também é uma preocupação significativa.

8.2 AVALIAÇÃO INICIAL

História Clínica:

Coletar informações sobre sintomas, história de exposição a gatos ou carne crua, e antecedentes médicos. Muitas pessoas saudáveis não apresentam sintomas, mas a toxoplasmose pode causar febre, dor de cabeça, dor muscular e fadiga. Em pessoas com sistema imunológico comprometido (como aquelas com HIV/AIDS ou em tratamento imunossupressor), a infecção pode ser mais grave, afetando o cérebro e outros órgãos.

Exame Físico:

Avaliar sinais de infecção, como linfadenopatia, febre e fadiga.

Exames Laboratoriais:

Sorologia para IgG e IgM anti-Toxoplasma.

Hemograma completo (para verificar anemia ou leucocitose).

Exames de função hepática e renal, se necessário.

8.3 Diagnóstico

Diagnóstico confirmado se os testes sorológicos indicarem presença de IgG e/ou IgM, considerando a história clínica e os achados do exame físico. A presença de IgG indica infecção passada, enquanto IgM pode sugerir uma infecção recente. IgG positivo e IgM negativo: infecção prévia, sem risco para o feto. IgG e IgM positivos: infecção recente, requer monitoramento. IgG negativo e IgM positivo: pode indicar infecção recente, mas é necessário acompanhamento.

Para casos graves ou complicações neurológicas, pode ser necessário realizar uma tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) para avaliar possíveis lesões.

8.4 TRATAMENTO AMBULATORIAL

Tratamento Farmacológico:

Primeira linha: Pirimetamina: 1 a 2 mg/kg/dia (máximo 50 mg/dia) por 2 a 3 dias, seguido por 25 a 50 mg/dia; **Sulfadiazina:** 1 g (adultos) ou 20 mg/kg (crianças) a cada 6 horas; **Ácido folínico:** 10 a 25 mg/dia para prevenir a toxicidade da pirimetamina.

Tratamento de Manutenção: Pode ser necessário em pacientes com imunossupressão.

Duração do Tratamento: Geralmente de 4 a 6 semanas, mas pode variar conforme a resposta clínica e sorológica.

Tratamento em gestantes- Infecção Recente (IgM positivo)- Tratamento Antiparasitário:

Pirimetamina: 1 mg/kg/dia (máximo 50 mg/dia) por 2 a 3 dias, seguido por 25 mg/dia.

Sulfadiazina: 1 g (adultos) a cada 6 horas.

Ácido folínico: 10 a 25 mg/dia para prevenir toxicidade da pirimetamina.

Tratamento Profilático para o Feto:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

O tratamento deve ser continuado por 4 a 6 semanas após o diagnóstico para reduzir o risco de transmissão vertical.

Monitoramento:

Avaliação Regular: Consultas regulares para monitorar a resposta ao tratamento e possíveis efeitos colaterais, como toxicidade hematológica (anemia, leucopenia).

Em gestantes: Realizar ultrassonografias periódicas para verificar possíveis anormalidades fetais, como calcificações cerebrais, hidrocefalia ou problemas oculares; monitorar os níveis de IgG e IgM ao longo da gestação.

Exames de Seguimento: Sorologias para monitorar a resposta ao tratamento e confirmar a cura.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de adesão ao tratamento;

Taxa de incidência de efeitos adversos.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Educação: Informar sobre a doença, formas de transmissão e a importância da adesão ao tratamento.

Medidas Preventivas: Instruir sobre práticas de higiene, como cozinhar carne adequadamente e evitar a manipulação de fezes de gatos.

Reavaliar o paciente após o término do tratamento para verificar a resolução dos sintomas e, se necessário, repetir exames sorológicos.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LÓPEZ, A., & Lobo, M. (2021). *Manejo Clínico da Toxoplasmose em Adultos: Diretrizes e Recomendações*. Revista Brasileira de Infectologia, 25(2), 145-152.

SILVA, M. J., & Carvalho, R. L. (2020). *Toxoplasmose: Abordagem Diagnóstica e Terapêutica em Ambiente Ambulatorial*. Jornal Brasileiro de Medicina Tropical, 53(1), e20190123.

PEREIRA, C. A., & Costa, D. M. (2019). *Tratamento Ambulatorial da Toxoplasmose: Uma Revisão Atualizada*. Medicina e Saúde, 15(3), 221-230.

BORGES, L. P., & Almeida, T. S. (2022). *Aspectos Clínicos da Toxoplasmose e Manejo Terapêutico*. Revista de Infectologia e Saúde, 18(4), 337-345.

MARTINS, F. R., & Santos, P. R. (2020). *Toxoplasmose: Diretrizes para Tratamento em Pacientes Ambulatoriais*. Revista de Infectologia, 12(1), 98-105.

MARTINS, J. E., & Souza, A. C. (2022). *Tratamento da Toxoplasmose na Gravidez: Recomendações e Diretrizes*. Medicina Obstétrica e Ginecológica, 37(3), 233-240.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	Nome Verificador: **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	Nome Aprovador: **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
TUBERCULOSE				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1.OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente com tuberculose.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

TB: Tuberculose

HIV : Vírus da Imunodeficiência Humana

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com tuberculose disseminada ou tuberculose meníngea que requerem tratamento hospitalar e monitoramento intensivo. Pacientes com complicações graves, como pneumonite aguda ou insuficiência respiratória, que exigem cuidados hospitalares. Pacientes com imunossupressão significativa (como aqueles com HIV avançado, em tratamento quimioterápico ou que recebem medicamentos imunossupressores) que requerem monitoramento mais rigoroso. Pacientes que tiveram reações adversas graves a medicamentos antituberculosos em tratamentos anteriores.

A gravidez pode exigir uma abordagem cuidadosa, considerando a escolha de medicamentos e a monitorização, dependendo da situação clínica.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7 . EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

A tuberculose (TB) é uma infecção bacteriana causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que geralmente afeta os pulmões, mas pode atingir outras partes do corpo, como rins, cérebro, ossos e linfonodos. A tuberculose é transmitida de uma pessoa para outra através do ar, quando uma pessoa infectada tosse, espirra ou fala, liberando partículas de saliva que contêm a bactéria.

8.2 AVALIAÇÃO INICIAL

História Clínica

Queixa Principal: Descrever os sintomas que levaram o paciente a buscar atendimento (ex.: tosse persistente, febre, perda de peso).

História de Sintomas:

Duração da tosse (mais de 3 semanas é sugestivo de TB).

Presença de hemoptise (tosse com sangue).

Febre, sudorese noturna, fadiga, dor no peito, perda de apetite e peso.

História de Exposição:

Contato recente com indivíduos diagnosticados com tuberculose.

Histórico de viagens a áreas endêmicas.

História Médica:

Condições pré-existentes (ex.: diabetes, HIV).

Uso de medicamentos imunossupressores.

História Familiar:

Casos de tuberculose na família.

Hábitos de Vida:

Tabagismo e uso de álcool.

Situação de moradia e condições socioeconômicas.

8.3 Exame Físico:

Estado geral do paciente (nutrição, aparência).

Temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória.Auscultação pulmonar (presença de estertores, roncos).

Percussão torácica.

Palpação dos linfonodos cervicais, axilares e supraclaviculares.

Palpação para verificar hepatomegalia ou esplenomegalia.Sinais de comprometimento em outros sistemas (neurológico, osteoarticular).

Exames Laboratoriais:

Testes tuberculínicos (ex.: PPD) para verificar a exposição ao *Mycobacterium tuberculosis*.

Hemograma completo para avaliar leucocitose, anemia ou plaquetopenia.

Exames de Imagem:

Radiografia de tórax para identificar lesões pulmonares características da tuberculose (ex.: infiltrados, cavitações).

Exames Microbiológicos:

Expectoração: coleta de amostras para cultura e baciloscopia (para identificação do bacilo).

Testes moleculares (PCR) para detecção rápida do DNA do *Mycobacterium tuberculosis*.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

8.4 TRATAMENTO AMBULATORIAL

Regime Padrão: O tratamento inicial da tuberculose pulmonar ativa geralmente segue o esquema de quatro medicamentos por um período de 2 meses, seguido por um regime de manutenção de 4 meses. Os medicamentos incluem:

Isoniazida (H): 5 mg/kg/dia

Rifampicina (R): 10 mg/kg/dia

Pirazinamida (Z): 25 mg/kg/dia

Etambutol (E): 15 mg/kg/dia

A dosagem em crianças é ajustada conforma o peso corporal.

Para contatos de pacientes com TB ativa, especialmente em pacientes imunocomprometidos, pode ser indicado o uso de Isoniazida por 6 meses.

Fase de Manutenção:

Após os 2 meses iniciais, o tratamento prossegue com isoniazida e rifampicina por mais 4 meses.

Monitoramento:

É crucial garantir que os pacientes completem o tratamento. Isso pode incluir:

Supervisão direta do tratamento (DOT - Directly Observed Therapy).

Educação do paciente sobre a importância da adesão e possíveis efeitos colaterais.

Avaliação Regular: Consultas regulares para monitorar a resposta ao tratamento e possíveis efeitos adversos.

Exames de Seguimento: Exames de função hepática e renal, além de radiografias de tórax periódicas, conforme necessário.

Efeitos Adversos Comuns:

Hepatotoxicidade (monitorar função hepática).

Reações cutâneas.

Neuropatia periférica (considerar suplementação com piridoxina - vitamina B6).

Orientações ao Paciente:

Explicar sobre a doença, a importância do tratamento e as medidas de prevenção da transmissão (uso de máscara, ventilação adequada).

Aconselhamento Nutricional: Incentivar uma alimentação balanceada para apoiar a saúde geral durante o tratamento.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de adesão ao tratamento;

Taxa de cura.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Uma avaliação abrangente da história clínica e exames laboratoriais é essencial para determinar a adequação do tratamento ambulatorial.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2019). *Diretrizes para o Controle da Tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: www.gov.br

PEREIRA, M. R., & Almeida, C. L. (2020). *Tuberculose: Abordagem Diagnóstica e Terapêutica*. Revista Brasileira de Pneumologia, 46(1), 123-131.

GONZALEZ, J. R., & Silva, A. F. (2018). *Tratamento da Tuberculose: Novas Abordagens e Perspectivas*. Jornal Brasileiro de Medicina Tropical, 51(5), 639-646.

SOUZA, A. S., & Costa, D. M. (2021). *Controle da Tuberculose em Pacientes Ambulatoriais: Diretrizes e Recomendações*. Revista de Infectologia, 14(2), 234-241.

MELO, L. G., & Martins, J. E. (2019). *Tratamento e Controle da Tuberculose: Uma Revisão Atualizada*. Medicina e Saúde, 15(4), 295-302.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
SÍFILIS				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1.OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente com sífilis.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com formas avançadas da doença (como sífilis terciária) que apresentem complicações graves, como neurossífilis, podem necessitar de tratamento hospitalar. Pacientes que tiveram reações alérgicas severas ou efeitos colaterais graves a penicilina ou outros medicamentos utilizados para tratar a sífilis.

Casos que requerem terapia intravenosa ou monitoramento constante não são adequados para tratamento ambulatorial.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7 . EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

A **sífilis** é uma infecção bacteriana causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Transmitida principalmente por meio de relações sexuais desprotegidas, a sífilis pode afetar várias partes do corpo e evoluir em diferentes estágios. A sífilis pode ser transmitida de mãe para filho durante a gravidez ou no parto, resultando em sífilis congênita.

8.2 AVALIAÇÃO INICIAL

História Clínica:

Identificação de sintomas (ex.: lesões genitais, erupções cutâneas, linfonodos inchados).

História sexual (número de parceiros, uso de preservativos).

Exposição a pessoas com sífilis ou diagnóstico prévio.

Exame Físico:

Inspeção de lesões cutâneas, ulcerações ou condilomas.

Avaliação de linfonodos regionais.

Exames Laboratoriais:

Testes não treponêmicos (ex.: VDRL, RPR) para rastreamento.

Testes treponêmicos (ex.: FTA-ABS) para confirmação.

Classificação da Sífilis:

Sífilis Primária: Úlcera (cancro) genital.

Sífilis Secundária: Erupções cutâneas, febre, linfadenopatia.

Sífilis Latente: Sem sintomas, com testes positivos.

Sífilis Terciária: Complicações graves (ex.: cardiovasculares, neurológicas).

Sífilis congênita:

8.3 TRATAMENTO AMBULATORIAL

Sífilis Primária e Secundária:

Penicilina Benzatina: 2,4 milhões de unidades IM em dose única.

Sífilis Latente (menos de 1 ano):

Penicilina Benzatina: 2,4 milhões de unidades IM em dose única.

Sífilis Latente (mais de 1 ano ou desconhecida):

Penicilina Benzatina: 2,4 milhões de unidades IM em 3 doses de 2,4 milhões de unidades, com intervalos de 1 semana entre as doses.

Sífilis Terciária:

Penicilina Benzatina: 2,4 milhões de unidades IM em 3 doses, com intervalos de 1 semana entre as doses.

Alergia à Penicilina:

Considerar tratamento alternativo (ex.: Doxiciclina ou Tetraciclina).

Sífilis Congênita :

Recém- nascidos: Penicilina G Cristalina:50.000 a 150.000 unidades/kg/dia, divididas em 2 a 4 doses IV, por 10 dias (ou 7 dias se o recém-nascido tiver sífilis primária ou secundária).

Bebês com 01 mês ou mais: Penicilina Benzatina:50.000 unidades/kg IM (máximo 2,4 milhões de unidades) em dose única para sífilis primária ou secundária.

Para sífilis latente, seguir os mesmos esquemas utilizados para adultos, com a mesma consideração para sífilis latente de longa duração.

Monitoramento:

Reavaliação clínica após 1, 3 e 6 meses.

Repetir testes sorológicos para verificar a resposta ao tratamento (diminuição da titulação do teste não treponêmico).

Orientações ao Paciente:

Importância do tratamento e da notificação de parceiros.

Uso de preservativos para prevenir reinfecção.

Notificação de Casos:

Seguir as diretrizes locais para notificação de casos de sífilis.

Encaminhamento:

Se complicações surgirem ou se o tratamento falhar, encaminhar para serviços especializados em doenças infecciosas.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de adesão ao tratamento ;

Taxa de cura.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

É essencial realizar uma avaliação clínica e exames laboratoriais para determinar a gravidade da infecção e a adequação do tratamento.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Informar os pacientes sobre a sífilis, o tratamento e a importância da adesão ao plano terapêutico.

Acompanhamento para avaliar a eficácia do tratamento e detectar possíveis efeitos colaterais.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. (2019). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Sífilis*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: www.gov.br/saude

GONÇALVES, M. J., & Mendes, A. R. (2020). *Tratamento da Sífilis em Adultos: Uma Revisão Atualizada*. Revista Brasileira de Medicina, 77(1), 45-52.

NERY, J. S., & Almeida, R. A. (2018). *Sífilis Congênita: Diagnóstico e Tratamento em Crianças*. Jornal Brasileiro de Pediatria, 94(2), 123-130.

SOUZA, C. S., & Pereira, F. A. (2021). *Manejo da Sífilis em Crianças: Diretrizes e Recomendações*. Medicina e Saúde, 16(3), 201-209.

MARTINS, F. R., & Santos, P. L. (2020). *Abordagem Clínica da Sífilis: Tratamento e Acompanhamento em Adultos e Crianças*. Revista de Infectologia, 14(4), 287-295.

PIRES, C. A., & Lima, T. M. (2019). *Aspectos Clínicos e Terapêuticos da Sífilis em Diferentes Faixas Etárias*. Revista Brasileira de Doenças Infecciosas, 23(6), 489-495.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
ATENDIMENTO EM TELESSAÚDE				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1.OBJETIVO

Garantir que o atendimento remoto ofereça segurança, qualidade e eficácia comparáveis ao atendimento presencial.

2. APLICAÇÃO

Consultas de Telemedicina.

3. DEFINIÇÕES

LGPD: Legislação sobre Proteção de Dados

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com condições que requerem atenção imediata, como dor intensa, dificuldade respiratória ou hemorragia, devem ser atendidos presencialmente.

Pacientes com limitações cognitivas ou distúrbios psiquiátricos que dificultem a comunicação efetiva durante a consulta.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7 . EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

Telemedicina é uma prática que utiliza tecnologias de comunicação e informação para oferecer atendimento médico à distância. Essa abordagem permite que profissionais de saúde realizem consultas, diagnósticos, monitoramento e orientações sem a necessidade de um encontro físico com o paciente.

Preparação Prévia à Consulta:

Triagem Prévia: Coletar informações sobre a queixa principal e dados clínicos básicos antes da consulta.

Agendamento: Confirmar a data e horário da consulta com antecedência e enviar instruções claras para o paciente acessar a plataforma de telessaúde.

Início da Consulta:

Verificação de Identidade: Solicitar que o paciente apresente um documento de identificação com foto no início da consulta para garantir a correta identificação.

Consentimento Informado: Explicar ao paciente o funcionamento do atendimento remoto, incluindo suas limitações, e obter o consentimento para prosseguir com a consulta.

Ambiente e Privacidade: Certificar-se de que o paciente está em um ambiente privado e tranquilo para a consulta, garantindo que não haja interrupções.

Condução da Consulta:

Anamnese Completa: Realizar uma anamnese detalhada, explorando os principais sintomas, antecedentes médicos, medicações em uso, alergias, hábitos de vida, e histórico familiar.

Avaliação Visual e Sinais: Quando aplicável, realizar inspeção visual, pedindo ao paciente para mostrar áreas de dor ou desconforto, verificar a presença de sinais visíveis (ex: erupções cutâneas, inchaços) e usar ferramentas como vídeo em alta definição para observação.

Dados Complementares: Se o paciente possui dispositivos de monitoramento (ex: pressão arterial, glicemia, temperatura), pedir que ele forneça esses dados para complementar a avaliação.

Orientações ao Paciente: Orientar o paciente a fornecer informações adicionais com base em perguntas estruturadas e direcionadas. Em casos de incerteza ou insuficiência de dados, encaminhar para avaliação presencial.

Diagnóstico e Plano Terapêutico:

Discussão do Diagnóstico: Explicar ao paciente o diagnóstico provável com base nos dados coletados, ou indicar a necessidade de exames adicionais para confirmação.

Plano de Tratamento: Apresentar o plano terapêutico, que pode incluir orientações sobre estilo de vida, prescrição de medicamentos, ou encaminhamento para exames complementares.

Prescrição Digital: Emitir receitas eletrônicas com assinatura digital e enviar ao paciente via e-mail seguro ou pela própria plataforma de telessaúde.

Pedido de Exames: Se necessário, enviar solicitações de exames laboratoriais ou de imagem, com instruções claras sobre a realização dos mesmos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Orientações Pós-Consulta:

Instruções Claras: Garantir que o paciente compreendeu todas as orientações, como o uso correto de medicamentos, o momento para realizar exames e o que esperar em relação ao tratamento.

Sinais de Alerta: Informar sobre os sinais de piora que justificariam uma consulta de urgência ou atendimento presencial, como febre alta, dor intensa, ou falta de ar.

Encaminhamentos e Acompanhamento:

Encaminhamento para Especialistas: Se necessário, encaminhar o paciente para avaliação com outro especialista, explicando o motivo do encaminhamento e o que será esperado nessa nova consulta.

Monitoramento e Retorno: Planejar um acompanhamento remoto ou presencial de acordo com a evolução da condição do paciente. Agendar consulta de retorno, se necessário, para revisão dos resultados de exames ou ajuste do tratamento.

Monitoramento Contínuo: Se o paciente estiver utilizando dispositivos de monitoramento remoto (ex: monitor cardíaco, oxímetro), definir um protocolo para o envio regular dos dados e acompanhamento pelo médico.

Documentação e Prontuário:

Registro no Prontuário Eletrônico: Documentar detalhadamente no prontuário eletrônico todas as informações da consulta, incluindo anamnese, diagnóstico, plano de tratamento e prescrições.

Compartilhamento de Informações: Garantir que todas as informações estejam acessíveis para o paciente e para a equipe de saúde, respeitando a confidencialidade e a legislação sobre proteção de dados (LGPD).

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de adesão as consultas;

Taxa de tempo de espera;

Taxa de satisfação do paciente.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

É importante realizar uma triagem inicial para determinar a adequação do atendimento em telessaúde.

Informar os pacientes sobre como funciona o atendimento em telessaúde e suas limitações.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. (2020). *Telemedicina: Diretrizes e Recomendações para o Uso em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: www.gov.br/saude

LIMA, L. A., & Ferreira, A. F. (2021). *Telemedicina: Avanços e Desafios na Prática Clínica*. Revista Brasileira de Medicina, 77(3), 215-223.

PEREIRA, T. C., & Santos, R. A. (2019). *Telemedicina: Uma Nova Abordagem na Atenção à Saúde*. Jornal Brasileiro de Telemedicina e Teleassistência, 15(2), 67-75.

SANTOS, A. L., & Rocha, C. D. (2020). *Impacto da Telemedicina na Saúde Pública: Revisão da Literatura*. Revista de Saúde Pública, 54(1), 1-10.

ALMEIDA, M. A., & Gomes, R. F. (2021). *Avaliação de Serviços de Telemedicina: Indicadores de Desempenho e Qualidade*. Medicina e Saúde, 17(4), 301-310.

CAVALCANTE, M. R., & Silva, J. P. (2022). *Telemedicina no Brasil: Desafios e Oportunidades*. Revista Brasileira de Telemedicina, 13(1), 22-30.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
ATENDIMENTO AO PACIENTE TRANSSEXUAL				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1.OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizar a assistência ambulatorial ao paciente que se encontra em processo transexualizador, fornecendo suporte integral à saúde física e mental dos pacientes trans, além de promover seu bem-estar durante a transição de gênero.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

IST'S: Infecções Sexualmente Transmissíveis.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

Equipe multiprofissional.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com doenças graves ou instáveis que exijam monitoramento intensivo ou tratamento hospitalar.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7 . EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

A **transsexualidade** refere-se à condição em que uma pessoa tem uma identidade de gênero que é diferente do sexo atribuído ao nascer. Pacientes transsexuais podem buscar intervenções médicas, como terapia hormonal ou cirurgias de redesignação sexual, para alinhar seu corpo à sua identidade de gênero.

8.2 AVALIAÇÃO INICIAL

Recepção Acolhedora:

Garantir que a equipe esteja treinada para respeitar o nome social e os pronomes preferidos do paciente.

Anamnese:

Coletar informações sobre a identidade de gênero, histórico médico, cirurgias realizadas, terapia hormonal e outras condições de saúde.

Perguntar sobre a saúde mental, histórico de violência e suporte social.

Exame físicos:

Realizar um exame físico respeitoso, garantindo a privacidade e o conforto do paciente.

Considerar as particularidades de saúde específicas de cada paciente, como questões relacionadas a hormônios ou cirurgias.

8.3 TRATAMENTO AMBULATORIAL

Se necessário, encaminhar para especialistas (ex.: endocrinologistas, cirurgiões) para cuidados específicos.

Realização de exames preventivos (como mamografias e exames de próstata, conforme o caso).

Oferecer informações claras sobre procedimentos médicos e cirurgias disponíveis, incluindo prazos e expectativas.

Terapia Hormonal:

Discutir e monitorar o uso de hormônios (estrogênios, testosterona) e possíveis efeitos colaterais. Para Transfemininas (homens atribuídos ao nascer que se identificam como mulheres): Estrogênios, antiandrógenos (para suprimir a testosterona). Para Transmasculinos (mulheres atribuídas ao nascer que se identificam como homens): Testosterona

Oferecer orientações sobre a continuidade ou ajuste da terapia hormonal.

Saúde Sexual:

Abordar a saúde sexual de forma aberta, incluindo práticas de sexo seguro e prevenção de ISTs.

Realizar exames de rotina para ISTs, conforme indicado.

Saúde Mental:

Avaliar e referir para apoio psicológico, se necessário, considerando os desafios emocionais que muitos pacientes enfrentam.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Sessões com psicólogos ou psiquiatras especializados para explorar a identidade de gênero, lidar com questões emocionais e proporcionar apoio durante a transição.

Tratamento para ansiedade, depressão ou outros transtornos que possam surgir devido à discriminação ou falta de aceitação.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa do número de encaminhamentos;

Taxa de mudanças de nome e gênero em documentos.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Agendar consultas regulares para monitoramento de saúde e apoio contínuo.

Oferecer materiais educativos sobre saúde e bem-estar.

Promover acesso a grupos de apoio, redes sociais e recursos que promovam a aceitação e a inclusão.

Orientação sobre processos para mudar nome e gênero em documentos oficiais.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. (2015). *Cuidado à Saúde da População Trans: Protocolo de Atenção Integral*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: www.gov.br/saude

LIMA, J. M., & Santos, P. A. (2019). *Identidade de Gênero e Saúde: Uma Revisão da Literatura*. Revista Brasileira de Medicina, 77(2), 110-116.

RIBEIRO, M. A., & Martins, L. C. (2021). *Transgeneridade e Saúde Mental: Desafios e Perspectivas*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 70(4), 245-250.

CAVALCANTE, M. R., & Rocha, F. P. (2020). *Aspectos Clínicos e Éticos no Atendimento a Pacientes Trans*. Revista de Ética em Saúde, 4(1), 30-38.

PEREIRA, T. C., & Nascimento, C. P. (2022). *O Papel da Telemedicina no Atendimento à População Trans: Uma Nova Abordagem*. Medicina e Saúde, 18(3), 200-207.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ALMEIDA, R. P., & Silva, J. T. (2020). *Saúde da População Trans: Desafios e Oportunidades de Atendimento*. Revista Brasileira de Saúde Pública, 56, 1-10.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	Nome Verificador: **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	Nome Aprovador: **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com pneumonia adquirida na comunidade.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

Pneumonia é a infecção do parênquima pulmonar por bactérias, organismos "atípicos" (que não são detectados na coloração Gram e nem crescem nos meios de cultura padrão) e vírus.

8.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

Achados clínicos que elevam a probabilidade de pneumonia a História de tosse, febre, calafrios, dor torácica pleurítica e dispneia.

Exame Físico

Sinais vitais mostrando taquipneia, taquicardia e hipertermia; exame físico com macicez à percussão, redução dos sons respiratórios, crepitações, roncos ou egofonia.

Exames Complementares

Indicação de radiografia de tórax - Quadro clínico compatível com pneumonia (em 7% dos pacientes a imagem só aparece após 48 horas;

Confirmação diagnóstica - Presença de novo infiltrado radiológico associado a quadro clínico compatível;

Indicação de tomografia - Suspeita de pneumonia forte com radiografia de tórax negativa.

8.3 Tratamento Ambulatorial

Tratamento de pacientes ambulatoriais O tratamento antibiótico inicial é definido de forma empírica devido à impossibilidade de se obterem resultados microbiológicos logo após o diagnóstico da PAC, o que permitiria escolher antibióticos dirigidos a agentes específicos. A escolha do antibiótico deve levar em consideração:

1) patógeno mais provável no local de aquisição da doença;

2) fatores de risco individuais; 3) presença de doenças associadas; e

4) fatores epidemiológicos, como viagens recentes, alergias e relação custo-eficácia. A cobertura antibiótica para patógenos atípicos nos casos de PAC de menor gravidade ainda é controversa, e vários estudos não mostraram vantagens com essa conduta. Um estudo cruzado comparando o uso de betalactâmicos vs. betalactâmicos mais macrolídeos vs. novas fluoroquinolonas ativas contra germes respiratórios (levofloxacino, moxifloxacino ou gemifloxacino) demonstrou a falta de inferioridade na mortalidade em 90 dias com os betalactâmicos isoladamente em comparação aos outros regimes antibióticos em PAC não grave.

A duração ideal da antibioticoterapia no tratamento da PAC não está ainda definitivamente estabelecida. A antibioticoterapia de curta duração parece ser a mais apropriada, uma vez que proporciona menor exposição do paciente à ação de antibióticos, reduz a ocorrência de efeitos adversos, diminui o desenvolvimento de resistência por parte dos microrganismos, melhora a adesão dos pacientes e pode minimizar o tempo de internação e os custos financeiros. Adicionalmente, tratamentos muito longos favorecem o desenvolvimento de resistência bacteriana e a ocorrência de efeitos adversos potencialmente graves, como infecções por Clostridium difficile. No entanto, o tratamento curto deve ser tão eficaz quanto os tratamentos mais longos no que diz respeito às taxas de mortalidade, complicações e recorrência da doença. As recomendações sobre o tempo ideal de antibioticoterapia têm se modificado ao longo do tempo, havendo discrepâncias entre diretrizes a esse respeito.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Fármaco	Via	Dose	Intervalo, h
Amoxicilina/ácido clavulânico	Oral	875/125 mg	8
Amoxicilina/ácido clavulânico	Oral	2.000/135 mg	12
Amoxicilina/ácido clavulânico	Intravenosa	1.000-2.000/200 mg	8-12
Ampicilina/sulbactam	Intravenosa	1,5/3,0 g	6-8
Azitromicina	Oral-intravenosa	500 mg	24
Cefepima	Intravenosa	2 g	12
Cefotaxima	Intravenosa	1-2 g	8
Ceftarolina	Intravenosa	600 mg	12
Ceftriaxona	Intravenosa	1 g	12
Ciprofloxacino	Oral	500-750 mg	12
Ciprofloxacino	Intravenosa	400 mg	8-12
Claritromicina	Oral	500 mg	12
Claritromicina liberação prolongada	Oral	1.000 mg	24
Claritromicina	Intravenosa	500 mg	12
Clindamicina	Oral	600 mg	12
Clindamicina	Intravenosa	600 mg	8
Ertapenem	Intravenosa	1 g	24
Imipenem	Intravenosa	1 g	8
Levofloxacino	Oral	500-750 mg	24
Levofloxacino	Intravenosa	750 mg	24
Linezolida	Oral-intravenosa	600 mg	12
Meropenem	Intravenosa	1 g	8
Moxifloxacino	Oral	400 mg	24
Piperacilina-tazobactam	Intravenosa	4 g/0,5 g	6-8
Vancomicina	Intravenosa	500 mg/1.000 mg	6/12

Figura 164 - Posologia e vias de administração de antibióticos utilizáveis no tratamento da pneumonia adquirida na comunidade

8.4 Monitoramento:

Reavaliação em 48-72 horas após o início do tratamento.

Se não houver melhora clínica, considerar outras causas (como resistência bacteriana ou complicações) e ajuste do tratamento.

8.5 Orientações ao paciente:

Informar sobre os sinais de alarme para procurar atendimento médico imediato: piora da dispneia, febre persistente, confusão, ou agravamento dos sintomas.

Manter hidratação adequada e repouso.

Vacinação pneumocócica e contra influenza, especialmente para grupos de risco.

8.6 Fatores de risco para resistência:

Uso recente de antibióticos (nos últimos 3 meses).

Comorbidades crônicas (DPOC, insuficiência cardíaca, imunossupressão).

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Aderência a antibioticoterapia recomendada;

Taxa de reconsulta em 30 dias.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Welte T, Torres A, Nathwani D. Clinical and economic burden of community-acquired pneumonia among adults in Europe. Thorax. 2012;67(1):71-9. https://doi.org/10.1136/thx.2009.129502

Bantar C, Curcio D, Jasovich A, Bagnulo H, Arango Á, Bavestrello L, et al. Updated acute community-acquired pneumonia in adults: Guidelines for initial antimicrobial therapy based on local evidence from the South American Working Group (ConsenSur II)[Article in Spanish]. Rev Chil Infectol. 2010;27 Suppl 1:S9-S38.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO MÉDICO				
TRATAMENTO DA ADENOIDE				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial ao paciente com adenoide.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

Adenoides são tecidos localizados na parte posterior do nariz, importantes para o sistema imunológico infantil. Quando aumentadas, podem causar dificuldades respiratórias, ronco e infecções. O tratamento pode incluir medicação ou cirurgia, conforme orientação médica.

8.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

História clínica detalhada, incluindo:

Sintomas respiratórios, como ronco, apneia do sono, respiração bucal.

Otite média de repetição ou perda auditiva.

Sinusite ou infecções respiratórias frequentes.

Exame Físico

Exame físico com inspeção da cavidade oral e orofaríngea.

Nasofibroscopia pode ser indicada para avaliação mais precisa do tamanho da adenoide.

No exame físico, o paciente com hipertrofia de adenóide geralmente respira pela boca, tem um caráter hiponasal na voz e pode ter as características faciais conhecidas como fácies adenóide, que incluem palato duro arqueado alto, altura facial aumentada e retrusão do terço médio da face. Um exame físico completo deve ter como objetivo descartar outras causas potenciais de obstrução nasal, como corpos estranhos nasais, rinossinusite, polipose nasal e anormalidades congênitas, como atresia coanal ou estenose da abertura piriforme. Um exame físico completo deve ter como objetivo descartar outras causas potenciais de obstrução nasal, como corpos estranhos nasais, rinossinusite, polipose nasal e anormalidades congênitas, como atresia coanal ou estenose da abertura piriforme.

8.3. Exames Complementares

Ressonância Magnética

Radiografia lateral de cabeça e pescoço

Videofluoroscopia

8.4. Tratamento Ambulatorial

Na hipertrofia adenoide infecciosa aguda e crônica, o tratamento clínico com antibióticos é o primeiro passo apropriado. A amoxicilina pode ser usada para adenoidite aguda não complicada, no entanto, um inibidor da betalactamase, como o ácido clavulânico, deve ser incluído para infecções crônicas ou recorrentes. Clindamicina ou azitromicina são consideradas alternativas em pacientes com alergia à penicilina. Os esteroides nasais foram sugeridos como uma opção adicional para o tratamento médico com algum sucesso a curto prazo observado, em geral as evidências são mistas quanto à eficácia desses medicamentos e o benefício de reduzir o tamanho da adenoide é baseado no uso diário e prolongado dos medicamentos tópicos.

A adenoidectomia é a opção de tratamento cirúrgico de escolha para hipertrofia adenoideana. A adenoidectomia é considerada para pacientes com sintomas obstrutivos ou infecciosos recorrentes ou persistentes relacionados à hipertrofia adenoideana. A adenoidectomia é realizada sob anestesia geral com o paciente em decúbito dorsal com o pescoço ligeiramente estendido e o cirurgião sentado na cabeceira da mesa cirúrgica. A exposição adequada da faringe posterior é obtida pelo uso de um afastador oral auto-retentor, como uma mordaça bucal de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Crowe-Davis, e as adenoides são visualizadas usando um espelho angular ou um endoscópio nasal. Muitas técnicas foram descritas para a realização de uma adenoidectomia. Instrumentos cortantes, como a cureta adenoide ou o adenotomámio, podem ser usados para dissecar nitidamente o tecido adenoideano da parede posterior da faringe, seguido de tamponamento da faringe ou uso de eletrocautério por sucção para hemostasia. Instrumentos de eletrocautério por sucção, co-ablação, plasma, laser e microdebridador foram descritos na literatura como ferramentas usadas para a remoção de tecido adenoideano excessivo durante a adenoidectomia. Independentemente das ferramentas empregadas, o objetivo da adenoidectomia é a redução cirúrgica da massa de tecido adenoideano e/ou eliminar o biofilme bacteriano da superfície do tecido adenoide.

8.5. Opções Terapêuticas:

Tratamento Cirúrgico (Adenoidectomia):

Indicado em casos de:

Obstrução grave das vias aéreas com apneia do sono.

Otite média com efusão persistente ou repetida.

Sinusite crônica ou recorrente.

Contraindicações cirúrgicas devem ser avaliadas caso a caso.

Acompanhamento:

Revisão periódica dos sintomas respiratórios e audiológicos.

Para casos tratados conservadoramente, avaliar a necessidade de intervenção cirúrgica se não houver resposta adequada ao tratamento clínico.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Taxa de pacientes encaminhadas para cirurgia.

Taxa de adesão ao tratamento medicamentoso.

Taxa de reconsulta em 30 dias.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Goeringer GC, Vidić B. A embriogênese e anatomia do anel de Waldeyer. Otolaringol Clin North Am. Maio de 1987; 20(2):207-17. [PubMed]

Ribeiro I. O papel das bactérias anaeróbicas na amigdalite. Int J Pediatr Otorrinolaringo. Janeiro de 2005; 69(1):9-19. [PubMed]

Rout MR, Mohanty D, Vijaylaxmi Y, Bobba K, Metta C. Hipertrofia de adenoide em adultos: uma série de casos. Cabeça e Cirurgia de Pescoço J Otolaringol Indiano. Julho de 2013; 65(3):269-74. [Artigo gratuito do PMC] [PubMed]

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial a paciente com otite média aguda.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

A otite média aguda (OMA) é caracterizada pela instalação rápida de sinais e sintomas inflamatórios da orelha média, é mais prevalente em meninos e tem pico de incidência entre 6 e 24 meses de idade. Os principais agentes etiológicos são Haemophilus influenza, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis, Streptococcus do grupo A e Staphylococcus aureus.

Segundo a Academia Americana de Pediatria o diagnóstico é clínico, sendo necessário ao menos um dos seguintes critérios:

Abaulamento moderado ou severo de Membrana timpânica (MT); ou

Presença de otorreia de início recente não atribuível a otite externa; ou

Abaulamento leve de MT e mais.

8.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

Pesquisar se o paciente teve quadro clínico de resfriado comum ou de gripe, com tosse e rinorreia, devido a sua relação com OMA. Questionar em casos de pacientes pediátricos se eles

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

frequentam creche, e se eles convivem com fumantes. A OMA sem queixa álgica, se não for realizada a otoscopia, só irá ser percebida após a ruptura da membrana timpânica. Em bebês, uma história de aleitamento artificial pode elevar o risco de otite média aguda em até cinco vezes.

Relato de febre e intensidade da dor serão elementos importantes da história, parase classificar o tipo de OMA:

Temperatura < 39º + otalgia leve = OMA leve

Temperatura > 39o + otalgia moderada/intensa = OMA severa

Exame Físico

O exame físico revelará uma membrana timpânica abaulada e opacificada com um reflexo de luz atenuado. A membrana pode apresentar uma coloração branca, amarela, rosa ou vermelha. Geralmente, o diagnóstico é feito por meio de otoscopia convencional.

8.3 Exames Complementares

Indicação de exames diagnósticos

Apenas se suspeita de complicações como mastoidite (TC de mastoide), meningite (LCR), abcesso cerebral (TC ou RM de crânio), labirintite, paralisia facial, trombose.

8.4. Tratamento Ambulatorial

Tratamento inicial

Analgesia com dipirona, paracetamol ou ibuprofeno

< 6 meses: antibioticoterapia por 10 dias

Entre 6 meses e 2 anos: antibioticoterapia por 10 dias se presença de sinais e sintomas graves

> 2 anos: antibioticoterapia por 5-7 dias se presença de sintomas graves

Sinais e sintomas graves:

Otalgia a mais de 48 horas

Febre ≥ 39°C

OMA bilateral

Presença de otorreia

Toxemia

8.5. Opções Terapêuticas:

Critérios de internação hospitalar: sinais de complicações como mastoidite, meningite e abcesso cerebral.

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não prescrição de antibioticoterapia para otites virais.

ão prescrição de outras terapias para OMA com uso de anti-histamínicos, corticoides, descongestionantes, antibióticos tópicos e anti-inflamatórios não hormonais.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Schappert SM, Rechtsteiner EA. Ambulatory medical care utilization estimates for 2007. Vital Health Stat 13. 2011 Apr;(169):1-38. PMID: 21614897.

Jacobs MR, Dagan R, Appelbaum PC, Burch DJ. Prevalence of antimicrobial-resistant pathogens in middle ear fluid. Antimicrob Agents Chemother. 1998;42(3):589–59.

Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, Joffe MD, Miller DT, Rosenfeld RM, Sevilla XD, Schwartz RH, Thomas PA, Tunkel DE. The diagnosis and management of acute otitis média. The diagnosis and management of acute otitis média. Pediatrics. 2013 Mar;131(3):e964-99.

American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis média. Pediatrics. 2004 May;113(5):1451-65.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO MÉDICO				
TRATAMENTO DE PARASITOSES INTESTINAIS				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais médicos a padronizarem a assistência ambulatorial aos pacientes com parasitoses intestinais.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório Médico.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RESPONSABILIDADE

Equipe médica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. EPI

Não se aplica.

8. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1 DEFINIÇÃO

As parasitoses intestinais determinam várias consequências; sua maior importância relaciona-se ao efeito nocivo sobre a nutrição das crianças, seu crescimento e o desenvolvimento cognitivo, o que reduz a escolarização e exerce impacto negativo sobre a produtividade no trabalho, com geração de barreira econômica e piora nos níveis de pobreza. Desta forma, mais do que um problema para a saúde, as enteroparasitoses representam um entrave ao desenvolvimento humano e econômico das nações. Outros aspectos são os custos gerados por cuidados médicos e as alterações nos ciclos biológicos dos parasitas em imunocomprometidos.

As características de infecções protozoárias e helmínticas variam de forma importante.

Protozoários

Protozoários são organismos unicelulares que se multiplicam por divisão binária simples (ver Protozoários extra intestinais e Protozoários intestinais e microsporídia). Os protozoários podem se multiplicar nos seus hospedeiros humanos, aumentando em número para produzir infecção intensa. Com raras exceções, infecções por protozoários não causam eosinofilia.

Microsporídia

Os microsporídios são organismos intracelulares formadores de esporos que costumavam ser classificados como protozoários, mas sua análise genética indicou serem fungos ou estarem o estreitamente relacionados com os fungos. A doença em humanos limita-se principalmente a pessoas que têm infecção por HIV ou outras doenças por imuno comprometimento grave. As manifestações clínicas dependem das espécies infectantes e incluem gastroenterite, comprometimento dos olhos e infecção disseminada.

Helmintos

São multicelulares e possuem sistemas de órgãos complexos. Os helmintos podem ser divididos ainda em

Vermes cilíndricos (nematódeos)

Vermes achatados (platelmintos), como tênias (cestódios) e fascíolas (trematódeos)

Em contraste aos protozoários, os helmintos não se multiplicam em seres humanos, mas podem provocar respostas eosinofílicas quando migram através do tecido. A maioria dos helmintos possui ciclos de vida complexos que envolvem tempo significativo fora de seus hospedeiros humanos. Alguns, incluindo *Strongyloides stercoralis*, *Capillaria philippinensis* e *Hymenolepis nana*, que podem aumentar por causa de autoinfecção (a prole reinfecta o mesmo hospedeiro

em vez de se dispersar para infectar outro hospedeiro). Na estrongiloidíase, a autoinfecção pode resultar em hiper infecções disseminadas com risco de vida em pessoas imunossuprimidas, em particular aqueles que tomam corticoides.

A gravidade das infecções helmínticas geralmente correlaciona-se com a carga parasitária, embora existam exceções, como quando um único Ascaris causa pancreatite aguda potencialmente fatal ao migrar e obstruir o duto pancreático. A carga parasitária depende do grau de exposição ambiental, de fatores do parasita e das respostas imunes do hospedeiro determinadas geneticamente. Se uma pessoa se desloca de uma área endêmica, o número de vermes adultos diminui com o passar do tempo. Embora alguns parasitas (p. ex., *Clonorchis sinensis*) possam sobreviver por décadas nos seres humanos, muitas espécies têm um tempo de vida de somente poucos anos ou menos.

Nematódeos são vermes cilíndricos, não segmentados, cujo comprimento varia de 1 mm a 1 m. Os nematódeos possuem uma cavidade corpórea, o que os distingue de tênias e trematódeos. Dependendo da espécie, diferentes estágios no ciclo de vida são infecciosos ao ser humano. Milhões de pessoas são infectadas por nematódeos que habitam a flora intestinal e são transmitidos por ovos ou larvas nas fezes; os mais comuns são *Ascaris* (ascaridíase), ancilóstomos, *Trichuris* (tricuríase)e *Strongyloides* (estrongiloidíase).

Cestódios (tênias) adultos são vermes longos e planos multissegmentados que não possuem trato digestório e absorvem nutrientes diretamente do intestino delgado do hospedeiro. No trato digestório do hospedeiro, os cestódeos adultos podem crescer muito; até 40 m para uma das espécies. As tênias que infectam seres humanos são a tênia do peixe (*Diphyllobothrium latum*), a tênia da carne (*Taenia saginata*) e a tênia da carne de porco (*Taenia solium*).

Trematódeos são vermes não segmentados que infectam os vasos sanguíneos, fígado, pulmões ou trato gastrointestinal. Geralmente têm não mais que alguns centímetros de comprimento; no entanto, alguns têm apenas 1 mm, e alguns até 7 cm. Em seres humanos, a maioria das infecções por trematódeos é causada por espécies de *Schistosoma* (esquistossomose), vermes no fígado como *Fasciola hepatica* (fasciolíase) e *Clonorchis sinensis* (clonorquíase) e *vermes pulmonares*, incluindo certas espécies de *Paragonimus* (paragonimíase).

8.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA

Anamnese

Histórico médico detalhado: hábitos alimentares, contato com animais, higiene e sintomas.

Sintomas comuns: dor abdominal, diarreia, prurido anal, perda de peso, fadiga, anemia, entre outros.

Exame Físico

Inspecionar o abdome, observar pele (verificar presença de lesões cutâneas, prurido), exame de linfonodos.

8.3 Exames Complementares

Exame parasitológico de fezes: para detectar ovos, larvas, cistos ou trofozoítos.

Exames de sangue: eosinofilia (pode indicar parasitose), testes sorológicos (para alguns parasitas como Toxoplasma, Leishmania).

Teste de imagem: ultrassom, tomografia ou ressonância, especialmente em casos de cisticercose ou hidatidose.

Outros exames específicos: como aspirado duodenal ou biópsias para certos parasitas (ex.: giardíase).

Outros exames relevantes:

Testes sorológicos

Testes de biologia molecular

Hemograma

Escarro

8.4. Tratamento Ambulatorial

O tratamento varia dependendo do parasita envolvido, mas geralmente inclui:

a) Protozoários (ex.: amebíase, giardíase)

Amebíase/Giardíase:

Metronidazol ou tinidazol seguido de um amebicida de ação luminal (paramomicina, iodoquinol ou diloxanida).

Malária:

Tratamento varia conforme a espécie de Plasmodium e a região endêmica. Usar cloroquina (se ainda sensível) ou combinações como artemeter-lumefantrina, dependendo da resistência.

b) Helmintos (ex.: ascaridíase, esquistossomose)

Ascaridíase, enterobíase (oxiúros):

Albendazol ou mebendazol em dose única.

Esquistossomose:

Praziquantel.

Filariose:

Dietilcarbamazina ou ivermectina, dependendo do tipo de filariose.

c) Prevenção e Controle

Educação em saúde: higiene pessoal e alimentar, lavagem adequada dos alimentos, consumo de água tratada.

Tratamento coletivo: em áreas endêmicas, pode ser necessário tratar toda a família ou comunidade.

Vacinação: para certas parasitoses como a malária (em áreas onde a vacina é disponibilizada).

d) Acompanhamento

Repetir exames parasitológicos após o tratamento, geralmente 2 a 4 semanas após o término da medicação, para garantir a cura.

Monitorar efeitos colaterais dos medicamentos utilizados.

8.5 Opções Terapêuticas:

O tratamento para helmintíases pode ser diverso. Pensando nisso, temos:

Ligantes de beta-tubulina (mebendazol e albendazol): Ao se ligarem seletivamente à beta-tubulina dos nematoides, eles inibem a formação dos microtúbulos, causando a ruptura do citoesqueleto, bem como má captação intestinal de glicose, e determina então inanição do verme;

Agentes espásticos paralisantes (levamisol e palmoato de pirantel): Eles são agonistas dos receptores nicotínicos de acetilcolina;

Agentes indutores de paralisia flácida (piperazina): inibe reversivelmente a transmissão neuromuscular no verme, sendo um agonista de GABA;

Nitazoxanida: Composto de nitrotiazol benzamida indicado para crianças maiores de 12 meses.

O **albendazol** é metabolizado após a absorção, e o metabólito bioativo resultante pode se distribuir amplamente nos tecidos humanos. Isso o torna uma droga de escolha para as larvas de toxocara e de cisticerco, bem como para a maioria das infecções por helmintos intestinais.

Por sua vez, o **mebendazol**, que não é absorvido de forma apreciável fora do intestino, pode ser considerado um medicamento de primeira linha quando utilizado em *dose única*, apenas para ascaridíase e enterobiase. A **ivermectina** é hoje o tratamento de primeira linha para a estrongiloidíase. Resumidamente temos que:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Ancilostomíase ou Necatoríase	Albendazol[a]	400 mg, VO, dose única (200 mg em < 2 anos)	Pamoato de pirantel	11 mg/kg (máximo 1g), VO, 1x/dia por 3 dias
	Mebendazol	100 mg, VO, 1x/dia por 3 dias	Nitazoxanida	7,5 mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia por 3 dias
Estrongiloidíase	Ivermectina[b,c]	200 mcg/kg, VO, por 2 dias Na hiperinfecção por *Strongyloides*, prolongar para 7-14 dias após a depuração do parasita ou repetições podem ser necessárias	Albendazol[a]	400 mg, VO, 2x/dia, 10-14 dias
				Na hiperinfecção por *Strongyloides* associar Ivermectina[b,c]
			Tiabendazol	25mg/kg, VO, 2x/dia por 3 dias
			Nitazoxanida	7,5 mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia por 3 dias
Enterobíase[d]	Albendazol[a]	400 mg, VO, dose única; repetir em 2 semanas	Pamoato de pirantel	11 mg/kg (máximo 1g), VO, 1x/dia por 3 dias
	Mebendazol	100 mg, VO, dose única; repetir em 2 semanas	Nitazoxanida	7,5 mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia por 3 dias
Toxocaríase	Albendazol[a]	400 mg, VO, 2x/dia, 5 dias	-	-
		Toxocaríase ocular: 400-800 mg 2x/dia por 28 dias; pode ser necessário associar corticoide	-	-
Cisticercose	Albendazol[a]	15mg/kg/dia ou 400mg 2x/dia, VO, 2x/dia, 2-4 semanas, associado com corticosteroide administrado antes, durante e após o tratamento para diminuir os riscos de convulsão. Excluir cisticercose ocular antes de iniciar a terapia sistêmica	Praziquantel	50mg/kg/dia, VO, 1x/dia, 15 dias
Triquinose	Albendazol[a]	400 mg VO, 2x/dia, 8-14 dias	Mebendazol	200 a 400 mg VO, 3x/dia, 3 dias; depois 400 a 500 mg, VO, 3x/dia, 10 dias

Helmintíase	**Tratamento**			
	1ª linha	**dose**	**2ª linha**	**dose**
Ascaridíase	Albendazol[a]	400 mg (200 mg em < 2 anos), VO, dose única	Ivermectina[b,c]	150-200 mcg/kg, VO, dose única
	Mebendazol	100 mg, VO, 1x/dia por 3 dias	Pamoato de pirantel	11 mg/kg (máximo 1g), VO, 1x/dia por 3 dias
			Nitazoxanida	7,5 mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia por 3 dias
Tricuríase	Albendazol[a]	400 mg, VO, 1x/dia por 3-7 dias	Ivermectina[b,c]	200 mcg/kg, VO, por 3 dias
	Mebendazol	100 mg, VO, 1x/dia por 3-7 dias		Sinergismo com Albendazol relatado na literatura para essa indicação
			Nitazoxanida	7,5 mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia por 3 dias

Teníase	Praziquantel	5-10 mg, VO, dose única Após o tratamento, as fezes devem ser coletadas por 3 dias para procurar proglotes de tênia para identificação das espécies. As fezes devem ser reexaminadas para os ovos de *Taenia* 1 e 3 meses após o tratamento para controle de cura	Niclosamida	50mg/kg, VO, dose única
			Nitazoxanida	7,5 mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia por 3 dias
Himenolepíase	Praziquantel	25mg/kg/dia, VO, dose única	Niclosamida	11-34 kg: 1 g, VO, seguido por 500 mg/dia, 6 dias; > 34 kg: 1,5 g, VO, seguido por 1 g/dia, 6 dias.
			Nitazoxanida	7,5 mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia por 3 dias
Equinococose (Hidatidose)	Albendazol[a]	10-15 mg/kg/dia (máximo 800 mg) VO, 2x/dia, 1-6 meses. Cirurgia pode ser necessária.	Praziquantel	pode ser útil no pré-operatório ou em caso de derrame do conteúdo do cisto durante a cirurgia

Figura 165 – Esquema de tratamento

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Tratamento das parasitoses por *protozoários*

De maneira geral, a medicação mais recomandada para o tratamento de parasitoses por protozoários é o **Metronidazol**. Ele vai ser a medicação de escolha para a Giardia lamblia e a Entamoeba histolytica, com pequenas variações. Apesar disso, outras medicações podem ser escolhidas e manejadas conforme a tabela a seguir.

Parasita	Antiparasitário	Dose
Giardia lamblia	Metronidazol	15 mg/kg/dia, 3x/dia, por 5 a 7 dias
	Albendazol	400mg/dia, 5 dias
	Tinidazol	≥3 anos 50mg/kg, dose única
	Secnidazol	30 mg/kg, dose única
	Nitazoxanida	≥1 ano 7,5mg/kg /dose, 2x/dia por 3 dias
Entamoeba histolytica Forma intestinal assintomática	Etofamida Teclosan	500mg, 2x/dia, 3 dias ou 100mg, 3x/dia, 5 dias
Forma Intestinal sintomática ou extra-intestinal	Metronidazol	500 a 750mg, 3x/dia, 10 dias ou 35 a 50mg/kg/dia, em 3 doses, 10 dias
	Tinidazol Secnidazol	≥3 anos: 2g ou 50mg/kg, dose única 2g ou 30mg/kg, dose única
A Forma intestinal ou extraintestinal sintomática após o tratamento com os nitrimidazólicos devem sempre ser seguidos da administração de Etofamida ou Teclosan	Etofamida Teclosan	500mg, 2x/dia, 3 dias ou 100mg, 3x/dia, 5 dias
Cryptosporidium parvum	Nitazoxanida	1-3 anos: 100mg, 2x/d; 4-11 anos: 200mg, 2x/d; ≥12 anos: 500mg, 2x/d ou 7,5mg/kg 2x/dia. Por 3 dias.
Cystoisospora belli	Sulfametoxazol-trimetropim (TMP)	8-10mg/kg/d/TMP, 2x/d, por 7-10 dias
Balantidium coli	Tetraciclina Metronidazol Nitazoxanida	≥8 anos, 40mg/kg/d, 4x/d, 10 dias, 35-50mg/kg/d, 3x/d, 5 dias Idem *Cryptosporidium*
Blastomycis hominis	Metronidazol Nitazoxanida Tiniodazole	250 a 750mg ou 35 a 50mg/kg/dia, 3x/dia, 10 dias Idem *Cryptosporidium* ≥3 anos 50mg/kg, dose única
Cyclosporidium cayetanensis	Sulfametoxazol-trimetropim (TMP)	8-10mg/kg/d/TMP, 2x/d, por 7-10d

Figura 166 – Esquema de tratamento

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

9. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não prescrição de antibioticoterapia para otites virais.
Não prescrição de outras terapias para OMA com uso de anti-histamínicos, corticoides, descongestionantes, antibióticos tópicos e anti-inflamatórios não hormonais.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil.Ministério da Saúde. Plano Nacional de Vigilância e Controle das Enteroparasitoses, 2005. Brasília -DF 04.
Neves DP. Parasitologia Humana. 13. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.
Gasparini E. Manual de Parasitoses intestinais. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2004
CDC. Centros de Controle e Prevenção de Doenças. Parasitas. Disponível em: https://www.cdc.gov/parasites/

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

16. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

3.3.3 Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica.

A avaliação e o monitoramento da execução de projetos são fundamentais para o aprimoramento. A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis será acompanhada por meio de indicadores específicos. Esses indicadores são essenciais não apenas para o acompanhamento, mas também para a criação de um histórico detalhado, que facilitará resoluções futuras, beneficiando tanto a Diretoria da unidade e do IPGSE, quanto a SES.

A tríade da qualidade na saúde, composta por segurança, eficácia e experiência do paciente, é um framework essencial para a melhoria contínua dos serviços de saúde. Essa abordagem interligada busca garantir que os cuidados prestados não apenas evitem danos aos pacientes, mas também sejam baseados em evidências e atendam às expectativas dos usuários.

Ao aplicar a tríade da qualidade em uma unidade ambulatorial, é possível não apenas acompanhar metas de forma eficaz, mas também promover um atendimento mais seguro, eficaz e centrado no paciente, resultando em melhorias significativas na qualidade dos serviços de saúde oferecidos.

METODOLOGIA PARA O ACOMPANHAMENTO DE METAS

Utilizaremos como metodologia para no cumprimento de metas estabelecidas pela Secretaria Estadual de Saúde- SES, o envolvimento da equipe multiprofissional que ficará responsável pela supervisão do progresso, atuando na elaboração de um plano abrangente e eficaz. Reuniões semanais serão implantadas para monitoramento contínuo, de modo que, ao revisar os indicadores de produção e qualidade/ desempenho, poderá ser discutido os desafios e identificado as oportunidades de melhorias.

Ao final de cada mês, o relatório gerencial de produção e efetividade será compartilhado pela direção, através de reunião e de apresentação nos quadros de " Gestão à Vista" disposto na unidade, com toda a equipe, para celebrar conquistas e identificar áreas que ainda precisam de atenção.

Com o engajamento da equipe multiprofissional e a coleta constante de feedback, a Policlínica poderá não apenas alcançar suas metas, mas também estabelecerá um padrão de excelência que beneficie toda a comunidade. Dessa forma, a policlínica se posicionará como um modelo de referência na qualidade dos serviços de saúde, promovendo não apenas resultados positivos, mas também a confiança e satisfação dos pacientes atendidos.

FERRAMENTAS DA METODOLOGIA PARA ANÁLISE DOS MOTIVOS QUE IMPEDEM O CUMPRIMENTO DE METAS

Propomos utilizar ferramentas de análise das causas e que nos permita desenvolver um plano de ação eficaz mediante o não cumprimento das metas estabelecidas.

Como forma de analisar a causa raiz , utilizaremos como ferramenta, o diagrama de Ishikawa, ou também conhecido como diagrama espinha de peixe ou diagrama de causa e efeito, que é um gráfico que auxilia na organização do raciocínio na discussões de um problema e o classifica em seis categorias, conhecidas como 6M: método (causas relacionadas às melhores práticas e procedimentos adotados na execução do trabalho), matéria-prima (causas ligadas ao material utilizado), mão de obra (causas relacionadas ao comportamento e dificuldades dos colaboradores), máquinas (relacionado ao maquinário do processo), medição (avaliar se as métricas utilizadas são adequadas para medir o trabalho) e meio ambiente (fatores ambientais).

DIAGRAMA DE ISKAWA

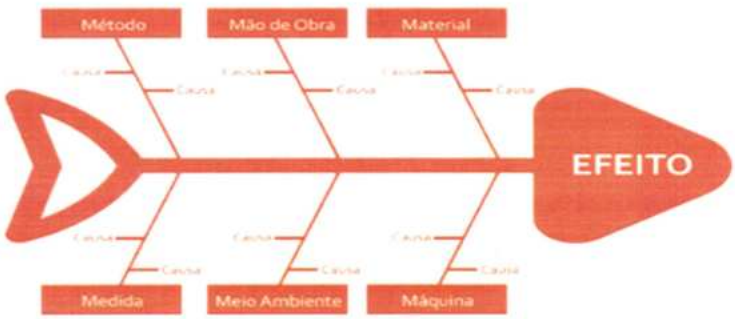


Figura 167 - DIAGRAMA DE ISKAWA

Utilizaremos também a Análise SWOT (Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças), que é uma técnica de gestão que auxilia na identificação dos pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças da unidade ambulatorial, podendo revelar fatores internos e externos que impactam o desempenho e o cumprimento de metas.

ANÁLISE SWOT



Figura 168 - ANÁLISE SWOT

Após utilização das ferramentas de análise de causas, utilizaremos como instrumento para mapeamento de execução de plano de ação, o 5W2H, baseado em suas 07 perguntas:

- ✓ What – O que? Qual tarefa será realizada.
- ✓ Why – Por que? A razão de realizar a tarefa.
- ✓ Where – Onde? Onde será realizada.
- ✓ When – Quando? Quando será realizada e o seu cronograma
- ✓ Who – Quem? Quem serão as pessoas responsáveis pela tarefa.
- ✓ How – como? Qual será o processo para realizar a tarefa.
- ✓ How much? – Quanto? Quais serão os custos para realizar a tarefa.

Ao responder cada uma das perguntas, a equipe tem uma visão clara das responsabilidades e expectativas, evitando ambiguidade. Além disso, a simplicidade da ferramenta permite que todos os membros da equipe compreendam facilmente o que precisa ser feito, ajudando a organizar o pensamento e a planejar as etapas necessárias para a execução da tarefa.

O 5W2H é uma ferramenta poderosa para a gestão e planejamento que promove clareza, organização e foco em resultados. Sua simplicidade e versatilidade a tornam uma escolha ideal para busca de melhorias na eficiência e eficácia na execução das ações.

PLANO DE AÇÃO 5W2H

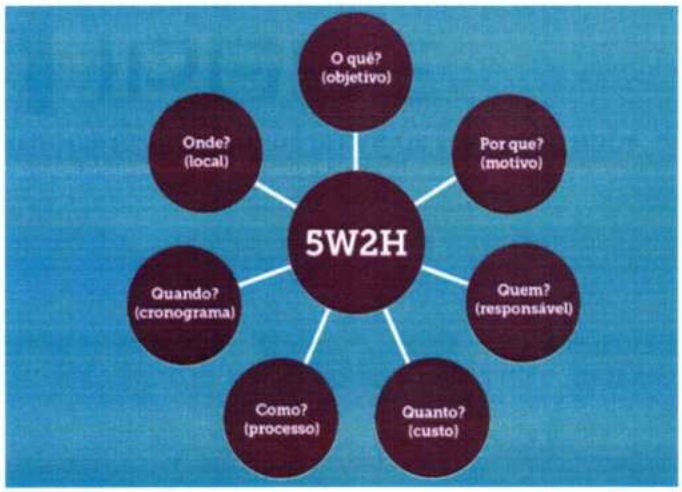


Figura 169 - PLANO DE AÇÃO 5W2H

METAS DE PRODUÇÃO

As Metas de Produção e os Indicadores e Metas de qualidade / Desempenho, são estabelecidas pela Secretaria Estadual de saúde- SES GO, e mencionadas no chamamento 09/2024/SES, conforme descrito abaixo:

Metas de Consultas Médicas Ambulatoriais:

Consultas Médicas	Meta Mensal
Total	2.800

Figura 170 - Metas de Consultas Médicas Ambulatoriais

Metas de Consultas e Processos Terapêuticos de Média Duração:

Consulta da Equipe Multiprofissional*	Meta Mensal atual
Total	4.200

Figura 171 - Metas de Consultas e Processos Terapêuticos de Média Duração

Meta Consultas Farmacêuticas Para Pacientes que Recebem Medicamentos do CEAF:

Consultas Farmacêuticas	Meta Mensal
Total	≥ 5% dos processos atendidos no mês

Figura 172 - Meta Consultas Farmacêuticas Para Pacientes que Recebem Medicamentos do CEAF

Meta Dispensação de Medicamentos do CEAF:

Percentual de dispensação de medicamentos em relação aos processos cadastrados	Meta Mensal
Total	≥ 50% dos processos cadastrados na unidades

Figura 173 - Meta Dispensação de Medicamentos do CEAF

Meta de Consultas Odontológicas:

Consultas odontológicas	Meta Mensal
Primeira Consulta	180
Consultas Subsequente	270
Total	**450**

Figura 174 - Meta de Consultas Odontológicas

Meta de Produção Mínima TRS:

Terapia Renal Substitutiva	Quantidade
Sessões Hemodiálise: considerando 3 turnos e 3 sessões semanais por pacientes	546
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal: considerando 10 dias de treinamento para cada paciente	6 pacientes (cada com 10 dias de treinamento) - Totalizando 40 sessões

Figura 175 - Meta de Produção Mínima TRS

Metas de SADT Externo da Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis:

SADT Externo	Meta Mensal
Análises Clínicas[1]	Demanda Interna
Audiometria	5
Cistoscopia	5
Colonoscopia	80
Colposcopia	20
Densitometria Óssea	50
Doppler Vascular	100
Ecocardiografia	80
Eletrocardiografia	10
Eletroencefalografia	15
Eletroneuromiografia	40
Endoscopia	140
Espirometria	20
Exames Oftalmológicos [2]	Serão vinculados à consulta oftalmológica conforme indicação do especialista.
Holter	40
Mamografia[3]	200
MAPA	30
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): mama*	5
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): tireóide *	10
Punção aspirativa por agulha grossa*	5
Radiologia	70
Teste Ergométrico	30
Tomografia	500
Ultrassonografia [4]	120
Urodinâmica	10
Videolaringoscopia	10
Total de ofertados por mês	**1.595**

Figura 176 - Metas de SADT Externo da Policlínica Estadual da Região Sudoeste-Quirinópolis

INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/ DESEMPENHO:

Síntese de Metas de Desempenho:

Indicadores de Desempenho	Meta
1 - Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	100%
2 - Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertadas	100%
3 - Percentual de Exames de Imagem com resultado liberado em até 72 horas	≥ 70%
4 - Taxa de acuracidade de estoque dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	≥ 99%
5 - Percentual de consultas farmacêuticas em relação ao número de processos do CEAF atendidos no mês	≥ 5%
6 - Taxa de perda financeira por vencimento	≤ 0,5%

Figura 177 - Síntese de Metas de Desempenho

A gestão de metas é um elemento fundamental para a eficácia de qualquer organização, especialmente na área da saúde. No contexto da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, a gestão de metas permite identificar áreas que necessitam de atenção, monitorar o progresso e avaliar a eficácia das intervenções.

A utilização de ferramentas como a Matriz SWOT, o Diagrama de Ishikawa e a metodologia 5W2H facilita o mapeamento de problemas e a formulação de planos de ação robustos. Esses recursos, aliados a um monitoramento constante e à coleta de feedback, asseguram que a equipe esteja sempre alinhada aos objetivos estabelecidos.

Ademais, o foco na Tríade da Qualidade — segurança, eficácia e experiência do paciente —garante que as metas não sejam apenas números, mas sim reflexões do compromisso da Policlínica com a excelência no atendimento.

Dessa forma, a gestão de metas se torna um motor de transformação, impulsionando melhorias significativas na qualidade dos serviços prestados e, consequentemente, na satisfação e bem-estar dos pacientes atendidos.

REFERÊNCIAS/ NORMATIVAS BIBLIOGRÁFICAS

GITIS, A. T. (2014). *Análise SWOT: Como utilizar a Matriz SWOT para planejar sua carreira*. São Paulo: Editora Saraiva.

MARTINS, P. G., & PIZZOLATO, A. C. (2017). *Gerenciamento de Projetos: Um Estudo sobre a Metodologia 5W2H*. São Paulo: Editora Blucher.

PONTES, F. D. S. (2008). *Ferramentas da Qualidade: O Diagrama de Ishikawa e Seus Aplicativos*. São Paulo: Editora FGV.

GOVERNANÇA, A. (2015). *Gestão da Qualidade em Saúde: O que é e como implementar*. São Paulo: Editora Manole.

3.3.4 - Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS				
POLICLÍNICA				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Padronizar rotina de verificação de sinais vitais;

Mensurar e avaliar as condições vitais do paciente; o funcionamento do sistema respiratório, sistema cardiovascular, sistema termorregulador e hemodinâmica do paciente.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. DEFINIÇÕES

bpm – Batimentos por minuto;

Cm – Centímetros;

EPI – Equipamento de Proteção Individual;

FC – Frequência Cardíaca;

FR – Frequência Respiratória;

Min. – Minuto;

mmHg – Miligramas de Mercúrio;

O2 – Oxigênio;

PA – Pressão Arterial;

POP – Procedimento Operacional Padrão;

SpO2 – Saturação de oxigênio em sangue arterial;

SSVV – Sinais Vitais;

TA – Temperatura axilar.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Bandeja de inox;

Copo descartável com bolas de algodão;

Álcool a 70%;

Papel e caneta;

Termômetro digital;

Esfigmomanômetro;

Estetoscópio;

Oxímetro de dedo;

Relógio de parede que contenha demonstrador de segundos;

5. EPI

Utilizar EPI padrão de acordo com o tipo de isolamento.

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

Categoria Profissional	Atividades
VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR)	
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar higienização das mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar paramentação com EPI's;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Posicionar o paciente de forma confortável – preferência na posição deitada;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Colocar a mão no pulso radial do paciente, como se fosse controlar o pulso, e observar os movimentos respiratórios;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Contar por um minuto e memorizar a frequência respiratória (ciclo respiratório completo que equivale a inspiração e expiração – igual a 1FR);
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar higienização das mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Registrar no prontuário eletrônico o valor encontrado durante a aferição do sinal vital.
VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC)	

Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar higienização das mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Posicionar o paciente de forma confortável – preferência na posição deitada;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar paramentação com EPI's;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Colocar as polpas digitais dos dedos, médio e indicador, sobre uma artéria superficial comprimindo-a suavemente;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Contar os batimentos arteriais durante 1 minuto; Verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar higienização das mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Registrar no prontuário eletrônico o valor encontrado durante a aferição do sinal vital.
VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA AXILAR (TA)	
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar higienização das mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar paramentação com EPI's;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Posicionar o paciente de forma confortável – preferência na posição deitada;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes com algodão embebido com álcool a 70%;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Se necessário, secar a axila do paciente;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Colocar o termômetro na região axilar com o bulbo em contato direto na pele do paciente (comprimir o braço e colocá-lo sobre o tórax);
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Retirar o termômetro após emissão do sinal sonoro e realizar a leitura;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes com algodão embebido com álcool a 70% e guarde-o em local apropriado;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar higienização das mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Registrar no prontuário eletrônico o valor encontrado durante a aferição do sinal vital.
VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)	
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar higienização das mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar paramentação com EPI's;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Posicionar o paciente, se possível, sentado e expor o braço para colocar o manguito do esfigmomanômetro;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito e posicione-o na altura do coração, apoiado com a palma da mão voltada para cima;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida selecionar o manguito adequado ao braço (adulto 27 – 34 cm – largura 12 cm e cumprimento 23 cm);
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Centralizar o mostrador do manômetro aneroide de modo que fique bem visível;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Solicitar ao paciente que não fale durante a mensuração;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Fechar a válvula do bulbo no sentido horário até travar;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. Quando parar de sentir a pulsação arterial é considerado o valor aproximado da PA sistólica do usuário;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Desinflar o manguito;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação; Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);

Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som B1 (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares, e após aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som B2 (fase V de Korotkoff);
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica / diastólica / zero;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Esvaziar o manguito rápido e completamente. Retirá-lo do braço do usuário;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar a desinfecção do estetoscópio e esfigmomanômetro com algodão em álcool a 70%;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar higienização das mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Registrar no prontuário eletrônico o valor encontrado durante a aferição do sinal vital.
VERIFICAÇÃO DA SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO (SpO2)	
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar higienização das mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Realizar paramentação com EPI's
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Escolher o local onde o sensor será instalado (dedo da mão, do pé ou lobo da orelha);
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	O sensor pode ser colocado no sentido longitudinal ou transversal nos dedos;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Manter a mão monitorizada ao nível do coração para reduzir a pulsação venosa, que interfere na medida;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Efetuar a leitura da saturação após 3 minutos de estabilização do valor;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Registrar no prontuário eletrônico o valor encontrado durante a aferição do sinal vital.

Tabela 74 - Papéis e responsabilidades da equipe

7. QUANDO EXECUTAR

Conforme solicitação, indicação e prescrição médica e/ou de enfermagem.

8. REGISTROS

Realizar o registro no prontuário do paciente no Sistema de Gestão Hospitalar.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Realizar o registro em casos de não conformidade ou evento adverso no sistema de Gestão da Qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

É importante que o paciente não perceba que o número de respirações está sendo verificado, para que não ocorra indução do valor correto e fidedigno.

Idade	Frequência (respiração / min)
Recém-nascidos	30 a 60
Lactentes (6 meses)	30 a 50
Toddler (entra 6 meses a 2 anos)	25 a 32
Criança	20 a 30
Adolescente	16 a 20
Adulto	12 a 20

Fonte: POTTER *et al.* 2018.

Tabela 75 - Variações aceitáveis da Frequência Respiratória (FR)

Bradipneia: frequência de respiração é regular, mas anormalmente lenta (menor que 12 respirações / min);

Taquipenia: frequência de respiração é regular, mas anormalmente rápida (maior que 20 respirações / min);

Apneia: respirações cessam por vários segundos. Cessação persistente consiste em parada respiratória;

Hiperpnéia: respirações são trabalhosas, aumentadas em profundidade e aumentadas em frequência (maior que 20 respirações / min). Ocorre normalmente durante o exercício físico.

Fonte: POTTER *et al.* 2018.

Tabela 76 - Alterações do Padrão Respiratório

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A FREQUÊNCIA CARDÍACA

Os locais para verificação da FC dependem do estado do paciente. As artérias: femoral e carótida são locais de fáceis palpações utilizadas normalmente para pacientes inconscientes. Evite a verificação do pulso durante situações de estresse para o paciente.

A avaliação do pulso inclui a verificação da frequência (bpm), do ritmo (rítmico ou arrítmico) e da amplitude (cheio ou filiforme).

- Locais de Verificação do Pulso:

  Artérias: Temporal, carotídeo, apical, braquial, radial, ulnar, femoral, poplítea, tibial posterior, dorsal do pé.

Idade	Frequência Cardíaca (batimentos / min)
Lactentes (6 meses)	120 a 160
Toddler (entra 6 meses a 2 anos)	90 a 140
Pré-escolar	80 a 110
Criança em idade escolar	75 a 100
Adolescente	60 a 90
Adulto	60 a 100

Tabela 77 - Valores de referência da Frequência Cardíaca (FC).

Fonte: POTTER et al. 2018.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A TEMPERATURA AXILAR

A Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA na RDC nº145/2017 proíbe em todo o território nacional a fabricação, importação e comercialização, assim como o uso em serviços de saúde dos termômetros de mercúrio.

Não utilizar a aferição da TA na axila que houver lesões. Situações que contraindicam a mensuração da TA: não colocar na axila correspondente ao membro com fístula arteriovenosa (FAV) para hemodiálise, pacientes hipotérmicos ou em choques e pacientes neurológicos.

HIPOTERMIA: abaixo de 35,5°C	**AFEBRIL:** 35,5 a 36,9°C	**ESTADO SUBFEBRIL:** 37,0 a 37,7°C
FEBRE: acima de 37,8ºC	**FEBRE MODERADA:** 38,0 a 39,0°C **FEBRE ALTA:** acima de 39°C	**FEBRE MUITO ALTA:** acima de 40,0ºC

Tabela 78 - Variações dos valores de temperatura corporal normal e alterações da temperatura

Fonte: OLIVEIRA, 2016.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A PRESSÃO ARTERIAL (PA)

Certificar-se que o usuário **NÃO**: está com a bexiga cheia; praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; ingeriu bebidas alcoólicas; café ou alimentos; fumou nos 30 minutos anteriores; não há fatores estressores ao usuário.

Posicionamento do usuário: deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Evitar colocar o manguito sobre o braço que tiver punção venosa, fístula arteriovenosa, mastectomia, plegia e cateterismo.

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	< 80
PA normal	120 - 129	80 - 84
Pré-hipertensão	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Tabela 79 - Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO (SpO2)

Valores de referência: 95 a 99%

Níveis acima de 99% podem indicar hiperoxemia potencialmente tóxica e deve ser evitada se causada por suplementação crônica de O2 em pacientes estáveis. O oxigênio deve ser visto como uma droga que, como qualquer outra, tem indicações e doses certas e pode provocar toxicidade.

INVESTIGAÇÃO DA DOR

Por ser um evento subjetivo, complexo e multidimensional, a dor deve ser avaliada e mensurada por meio de auto registros. Com os objetivos de: identificar a intensidade e classificar a dor; melhorar a qualidade de vida do usuário; proporcionar conforto ao paciente e controle da dor.

Técnicas:

Perguntas e abordagens: Quando iniciou a dor? De que forma ela apareceu? A dor é contínua? Ou intermitente? Qual o período do dia em que ela piora? Como é a sua dor? Qual é a intensidade da dor? Onde dói? Que fatores aliviam a dor? Que fatores pioram a dor?

Escalas de mensuração da dor podem ser **unidirecionais**: possuem descritores numéricos (0-10), verbais (palavras) ou visuais (imagens) para quantificar a dimensão sensorial, a intensidade da dor ou seu alívio; ou **categoria numérica**: o usuário estima sua dor em uma

escala de 0 a 10, sendo 0 (zero) representando sem dor e 10 representando a pior dor imaginável.

As características da dor que costumam ser investigadas incluem as seguintes: localização; intensidade; tipo (pontada, agulhada, facada, cortante, cólica, aperto, queimação etc.); extensão (localizada, difusa etc.); início e evolução; fatores de piora; disfunção (interferência nas atividades de vida diária).

11. ANEXO

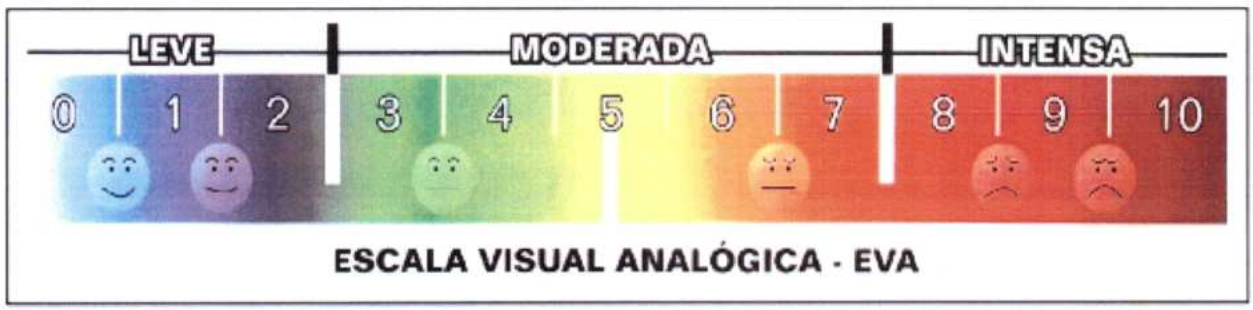


Figura 178 – Escala de dor com descritor visual
Fonte: Página do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária: ANVISA, 2017.

BARROSO *et al*. Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 116, n. 3: 516-658, 2021.

FACULDADE DE ENFERMAGEM. **Elaboração do Procedimento Operacional Padrão sobre Sinais Vitais.** Minas Gerais: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2019. Disponível em: <https://www.ufjf.br/fundamentosenf/files/2019/08/POP-FACENF-Sinais-Vitais-n.-041.pdf>. Acesso em 15 de outubro de 2022.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook – Enfermagem.** Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P. HALL, A. **Fundamentos de Enfermagem**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE FERIDAS NO AMBULATÓRIO				
POLICLÍNICA				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Orientar a prática da equipe de enfermagem nos cuidados com as feridas e realização dos curativos;

Informar sobre as coberturas padronizadas e suas finalidades;

Auxiliar os profissionais de enfermagem na escolha da cobertura adequada para cada tipo de ferida.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

- Soro Fisiológico 0,9%;
- Gaze estéril;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Micropore;
- Ataduras se indicado;
- Tesoura ou lâmina de bisturi;
- Agulha 40 x 12 mm;
- Cobertura adequada (produto indicado para o tipo de ferida);
- Régua de papel;

5. EPI

Jaleco,

Luva de procedimento/estéril

Máscara

Touca

Óculos

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Lavar as mãos antes e após cada curativo, mesmo que seja em um mesmo paciente, ou realizar antissepsia com álcool gel;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Utilizar Gorro e máscaras;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Verificar data de esterilização nos pacotes utilizados para o curativo;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Separar material e cobertura a ser utilizada;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Verificar data de esterilização nos pacotes utilizados para o curativo;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Separar material e cobertura a ser utilizada;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Apoiar material sobre a mesa auxiliar, ou carrinho de curativo. O mesmo deve sofrer desinfecção após cada uso;

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Expor a ferida o mínimo de tempo para não baixar temperatura;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Utilizar material estéril para pacientes internados e técnica limpa para pacientes ambulatoriais;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Se as gazes estiverem aderidas na ferida, umedecê-las antes de retirá-las;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Usar luvas de procedimentos em todos os curativos, quando utilizar pacotes de curativos (técnica asséptica);
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Utilizar luvas estéreis em curativos de cavidades ou quando houver necessidade de contato direto com a ferida ou com o material que irá entrar em contato com a ferida, utilizar técnica, mantendo uma luva estéril e outra não estéril para manuseio do material;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Se houver mais de uma ferida, iniciar pela menos contaminada;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Quando for trocar vários curativos no mesmo paciente, deve iniciar pelos de incisão limpa e fechada, seguindo-se de ferida aberta não infectada, drenos e por último as colostomia e fístulas em geral;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Lavar a ferida com Soro fisiológico em jato;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Limpar pele ao redor e secar;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Avaliar características da ferida e exsudato;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Escolher a cobertura e/ou seguir a prescrição da Comissão prevenção de tratamento de feridas;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Fixar curativo com micropore ou atadura;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Em úlceras venosas aplicar ataduras em bota no sentido da circulação venosa, tendo o cuidado de não apertar em demasia;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Anotar na fixação a data, à hora e o nome de quem realizou o curativo e próxima troca.

Tabela 80 - Papéis e responsabilidades da equipe

7. QUANDO EXECUTAR

Conforme solicitação, indicação e prescrição médica e/ou de enfermagem.

8. REGISTROS

Realizar o registro no prontuário do paciente no Sistema de Gestão Hospitalar.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Realizar o registro em casos de não conformidade ou evento adverso no sistema de Gestão da Qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Avaliação criteriosa da lesão considerando o tipo de tecido no leito da lesão, exsudato, odor, borda da lesão e sua dimensão;
- Análise clínica dos pacientes e possíveis complicações;
- A assistência deve estar baseada nas evidências cientificas atuais para eficácia do cuidado as lesões de pele e anexos.
- Registro e classificação adequada das lesões contribuem para respaldo legal contribuindo na melhora da assistência. NÃO ESQUECER – REGISTRAR CURATIVO.
- A reavaliação da lesão no tempo indicado otimiza a terapia e previne complicações.

11. ANEXO

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

V.A.C therapy KCI Healingby design – Orientações Clínicas – Uma fonte de consulta para clínicos para uso no Brasil.

SILVA CG, Crossetti MGO. Curativos para tratamento de feridas operatórias abdominais: uma revisão sistemática. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(3):182-189.

HARAGUSHIKU, C.G; BERTOLDI, L. Manual de procedimentos para a sala de curativos. UFPR. CURITIBA, 2003.

BARROS, M. P.L;FERREIRA, P. J.O;MANIVA, S. J.C.F;HOLANDA, R.E. Caracterização de feridas crônicas de um grupo de pacientes acompanhados no domicílio. R. Interd. v. 9, n. 3, p. 1-11, jul. ago. set. 2016.

COSTA, H.M.L.M. Cartilha De Curativo Especial: Projeto De Intervenção Equipe De Saúde Unidade De Saude Abaeté. Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2014.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUB LINGUAL				
POLICLÍNICA				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Padronizar as ações referentes a administração por via sublingual, obtendo assim uma resposta farmacológica adequada de ação sistêmica ou quando outras vias não são indicadas. Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. DEFINIÇÕES

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Bandeja ou cuba rim;

Medicação prescrita;

5. EPI

EPIs (Equipamentos de proteção individual) de acordo com a precaução indicada;

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Organizar os materiais.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Conferir identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação, perguntar nome completo data de nascimento e número do prontuário, bem como conferir os dados com a pulseira e placa de identificação do leito.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Conferir prescrição medicamento, horário, dosagem e via de administração.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Conferir no rótulo identificação, validade e dose.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Realizar desinfeção da bandeja com álcool à 70%.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Preparar o material necessário e levar para a unidade do cliente.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Realizar a higienização das mãos.
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Colocar óculos, gorro, calçar as luvas, máscara, capote em caso de precaução de contato
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Comunicar ao paciente procedimento e qual medicação será administrada.

Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Retirar o medicamento da embalagem.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Posicionar o paciente em decúbito dorsal, posição semi-fowler de 25° a 40°.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Administrar o medicamento sublingual e umidificar a boca caso necessário. Certifique-se que o medicamento esteja sublingual e não deixar o medicamento na mesa de apoio do paciente.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Orientar o paciente a não mastigar o medicamento.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Recolher os materiais utilizados, retirar as luvas e descartá-los em recipiente próprio para resíduos infectantes.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Deixar a unidade do paciente em ordem.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Realizar desinfeção da bandeja com álcool 70%.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Realizar higiene das mãos.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Notificar no sistema de gestão da qualidade – caso haja algum incidente de agravo ou risco ao paciente em sistema de gestão da qualidade

Tabela 81 - Papéis e responsabilidades da equipe

7. QUANDO EXECUTAR

Sempre que prescrito pelo médico.

8. REGISTROS

Evolução em prontuário em sistema de gestão hospitalar.

Checagem da medicação na prescrição médica.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Notificar via sistema de gestão da qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

11. ANEXO

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

POTTER, PA; PERRY, AG. Fundamentos de Enfermagem: 7ª ed. - Elsevier-Rio de Janeiro 2009.

Procedimento Operacional Padrão de Administração de Medicamentos por Via Sublingual Hospital Clementino Fraga Filho - UFRJ Departamento de - Enfermagem, 2012.

Procedimento Operacional Padrão de Administração de Medicamentos por Via Sublingual Hospital Universitário da UNIFESP-São Paulo, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 - Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX

Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL				
POLICLÍNICA				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Padronizar as ações referentes a administração por via oral, obtendo assim uma resposta farmacológica adequada de ação sistêmica ou quando outras vias não são indicadas. Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. DEFINIÇÕES

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Medicamento a ser administrado;

01 bandeja;

01 copo descartável pequeno;

01 copo descartável grande ou 01 seringa descartável compatível com o volume da medicação

5. EPI

Luvas de procedimento;

Máscara cirúrgica;

EPIs (Equipamentos de proteção individual) de acordo com a precaução indicada;

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Organizar todo material
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Verificar a prescrição médica, conferindo a identificação do paciente, número do leito, nome do medicamento, dosagem, via de administração, horário e frequência.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Realizar higienização das mãos.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Reunir equipamentos de proteção individual – EPI's (máscara cirúrgica, máscara N95, touca, óculos, capote e luva de procedimento de acordo com a precaução do paciente).
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data e validade.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Confirmar a identificação do paciente e descritores obrigatórios.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Elevar o decúbito do paciente.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Retirar o invólucro do medicamento diante do paciente
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Oferecer a medicação a ser ingerida ou administrar com seringa na lateral da boca.

Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Oferecer copo com água.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Observar deglutição do medicamento.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Manter o paciente confortável e o ambiente organizado.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Desprezar o material utilizado em local pré-determinado
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Checar a prescrição e registrar o procedimento em prontuário. Se houver recusa do paciente, registrar em prontuário e avisar equipe médica.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Notificar no sistema de gestão da qualidade – caso haja algum incidente de agravo ou risco ao paciente.

Tabela 82 - Papéis e responsabilidades da equipe

7. QUANDO EXECUTAR

Sempre que prescrito pelo médico.

8. REGISTROS

Evolução em prontuário em sistema de gestão hospitalar.

Checagem da medicação na prescrição médica

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Notificar via sistema de gestão da qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Observação

01 ml = 20 gotas.

01 gota = 3 microgotas.

11. ANEXO

Não se aplica

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Protocolo de procedimento operacional padrão de administração de medicação intravenosa Hospital Getúlio Vargas. 2012, Elaboração Enfermeira Cátia Helena Damando Salomão e aprovado por Jane Aparecida Cristina.

SILVA, M.T, SILVA, S.R.L.P Cálculo de administração de medicamento em enfermagem. ed. 1. São Paulo: Martinari,2008.

AME-Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem:2009-2010.

Rio de Janeiro: EPUB 2009;

STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA, M.H.R. Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem, São Paulo: Atheneu, 2014.

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 - Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	**Nº da revisão**	**Itens revisados**
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA				
POLICLINICA				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Padronizar a conduta da equipe de enfermagem na administração de medicação subcutânea, com objetivo de possibilitar uma administração mais lenta e mais estável do que a injeção intramuscular, diminuindo riscos de atingir vasos sanguíneos calibrosos e nervos importantes. Melhorar a segurança do paciente minimizando erros na administração de medicamentos.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. DEFINIÇÕES

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Bandeja ou cuba rim;
Medicação prescrita;
Seringa;
Agulha (13x4,5);
Algodão;
Álcool à 70%;

5. EPI

Luvas de procedimento;
Máscara cirúrgica;
EPIs (Equipamentos de proteção individual) de acordo com a precaução indicada;

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Organizar todo material.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e o horário.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Realizar higienização das mãos.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Ler rótulo e a dosagem do medicamento, verificar data de validade.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Realizar a conferência da identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação. (Nome completo, data de nascimento e número do prontuário).
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Realizar higienização das mãos e utilizar EPI's.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Orientar o paciente quanto ao procedimento e medicamento a ser administrado.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Escolher o local para a aplicação do medicamento (deltoide, face externa e anterior da coxa, face interna do antebraço ou região abdominal).
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Fazer assepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Fazer uma prega na pele com o dedo indicador e polegar da mão dominante.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Introduzir a agulha paralelamente a pele, ângulo entre 45" 90", com bisel voltado para o lado.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento, para certificar-se que nenhum vaso sanguíneo foi atingido.

Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo com a mão não dominante, retirar a agulha com um único movimento e após ativar o dispositivo de segurança.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Segurar a pele com o algodão, ao terminar a aplicação. Não massagear ao retirar a agulha.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Descartar a agulha e a seringa em local próprio (caixa de perfuro cortante).
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Retirar as luvas e jogar em local apropriado de resíduo infectante e deixar o ambiente em ordem.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Realizar higienização das mãos.
Enfermeiro/Téc. de Enfermagem	Checar a prescrição e registrar o procedimento em prontuário. Se houver recusa do paciente, registrar em prontuário e avisar equipe médica.
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Notificar no sistema de gestão da qualidade – caso haja algum incidente de agravo ou risco ao paciente em sistema de gestão da qualidade.

Tabela 83 - Papéis e responsabilidades da equipe

7. QUANDO EXECUTAR

Sempre que prescrito pelo médico.

8. REGISTROS

Evolução em prontuário em sistema de gestão hospitalar.

Checagem da medicação na prescrição médica.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Notificar via sistema de gestão da qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Local e técnica de aplicação

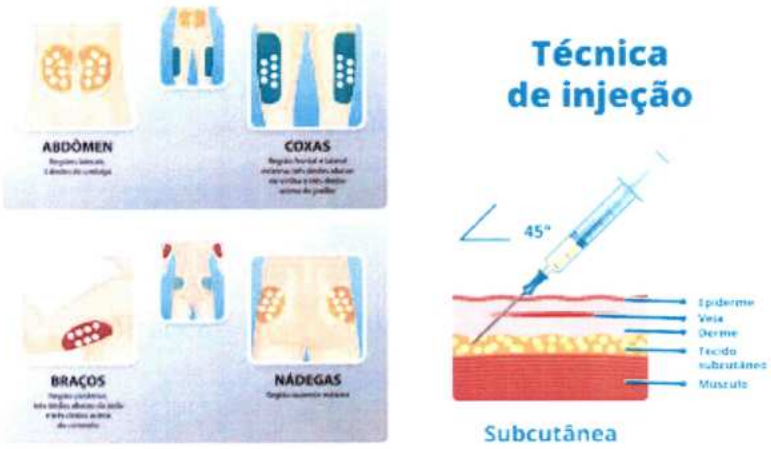


Figura 179 - Técnica de aplicação

O medicamento utilizado deve ser de uso individual. Não é recomendado o uso coletivo pela facilidade da transmissão cruzada de micro-organismos.

11. ANEXO

Não se aplica

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AME - Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem:2009- 2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009;

2. Procedimento Operacional Padrão de Medicamentos por Via Subcutânea. Hospital Universitário da UNIFESP. Departamento de Enfermagem, 2015.

3. Procedimento Operacional Padrão de Administração de Medicamentos por Via Subcutânea. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho UFRJ. Divisão de Enfermagem, 2012.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
COLETA AMOSTRAS BIOLÓGICAS (ESCARRO)				
POLICLÍNICA				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Coletar amostra de escarro em quantidade satisfatória para a análise microbiológica. Padronizar o sequenciamento e técnicas para a coleta do escarro, garantindo um resultado fidedigno.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Frasco de coleta estéril.

5. EPI

Óculos de proteção;

Máscara N95;

Luva de procedimento;

Avental

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Realizar a higienização das mãos;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Orientar o cliente quanto a necessidade do procedimento;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Identificar o frasco com etiqueta contendo: nome, registro, leito e enfermaria do cliente;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Solicitar ao cliente que fique na posição sentada, ou se não puder, posicionar a cama em Fowler;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	A amostra de preferência é a 1ª da manhã, com o cliente em jejum;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Calce as luvas de procedimento;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Orientar e, se necessário, auxiliar o cliente a realizar a higiene oral, enxaguando várias vezes a boca com água abundante para minimizar a contaminação com a flora bucal. Não utilizar pastas de dentes ou qualquer antisséptico bucal;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Abrir o frasco, tirando a tampa e colocando-a virada para cima;

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Em seguida, peça ao cliente para que tussa profundamente e expectore diretamente no recipiente da amostra;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Fechar bem o frasco, imediatamente após a coleta;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Retirar as luvas e realizar a higienização das mãos;
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Protocolar e enviar o frasco, com a solicitação do exame, ao laboratório o quanto antes.
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Registrar no Prontuário.

Tabela 84 - Papéis e responsabilidades da equipe

7. QUANDO EXECUTAR

Conforme solicitação, indicação e prescrição médica.

8. REGISTROS

Realizar o registro no prontuário do paciente no Sistema de Gestão Hospitalar.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Realizar o registro em casos de não conformidade ou evento adverso no Sistema de Gestão da Qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Coleta de material em quantidade e qualidade satisfatórias, favorecendo a identificação microbiológica da patologia respiratória.

11. ANEXO

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGIL NCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGIL NCIA EPIDEMIOLÓGICA. Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras micobactérias - Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
ACOLHIMENTO EM ENFERMAGEM				
POLICLÍNICA				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Acolher e orientar de forma clara todos os usuários e/ou acompanhantes durante processo de internação na unidade, realizando assim uma escuta qualificada, favorecendo assim o compromisso, confiança e humanização a todos.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Computador

Esfigmomanômetro Digital/ Manual

Estetoscópio

Balança antropométrica adulta

Glicosímetro

Lanceta automática

Álcool 70%

Algodão

Medidor de Temperatura Digital

Oxímetro

5. EPI

Luvas de procedimento

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
Recepcionista	Acolher todos os usuários que chegarem a recepção; Realizar orientações e destinar aos setores de atendimento.
Enfermeiro (a)	Receber o paciente conforme ordem de sequência sugerido pelo sistema MV;
Enfermeiro (a)	Realizar anamnese de acordo com ficha preconizada na unidade;
Enfermeiro (a)	Lavar as mãos na técnica asséptica e calçar luvas de procedimentos;
Enfermeiro (a)	Colocar o paciente sentado, com o braço apoiado, livre de compressão e avaliar o melhor local para aferição, sendo a primeira escolha, o pulso braquial em membro esquerdo ou direito; Colocar o manguito no braço do paciente, fixando-o bem, aproximadamente a 04 cm acima da fossa cubital (prega do cotovelo); Posicionar o relógio indicador do manômetro, de modo que fique visível; Localizar a artéria braquial, através de palpação;

	Colocar o estetoscópio na orelha e o diafragma do mesmo sobre a artéria; Fechar a válvula da pêra de borracha e insuflar o ar no manguito, possibilitando a compressão do mesmo; Abrir lentamente a válvula de modo a fazer a descompressão; Ouvir atentamente os sons de korotkoff, a pressão sistólica no momento da ausculta do 1º som claro e regular e a pressão diastólica no momento da ausculta do último som ou desaparecimento dos sons; Esvaziar o manguito totalmente, até o ponteiro atingir o número zero do manômetro e remover o manguito do braço do paciente;
Enfermeiro (a)	Aferir temperatura: Ligar o termômetro e aguardar o sinal sonoro que indica que o mesmo está pronto para ser utilizado; Localizar na parte frontal e realizar a leitura do termômetro;
Enfermeiro (a)	Colocar o aparelho de Oxímetro no dedo indicador; Aguardar 2 minutos e fazer leitura da Saturação e Frequência Cardíaca e retirar o oxímetro do dedo do paciente;
Enfermeiro (a)	Higienizar o dedo indicador com algodão; Preparar o aparelho glicosímetro com a tira teste; Puncionar com a lanceta automática o dedo indicador; Inserir a gota de sangue no coloca indicado na tira teste; Aguardar a leitura do aparelho;
Enfermeiro (a)	Posicionar o paciente na balança antropométrica; Fazer a leitura do peso e altura
Enfermeiro (a)	Registrar os dados no sistema MV;

Tabela 85 - Papéis e responsabilidades da equipe

7. QUANDO EXECUTAR

Quando for admitir paciente na unidade.

8. REGISTROS

Não se aplica

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Ações em caso de não conformidade realizar a correção imediata da falha ou ação, a fim de se evitar maiores danos ao usuário e abrir não conformidade no sistema de gestão da qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica

11. ANEXO

Não se aplica

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SUZANO. Secretaria Municipal de Suzano. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem. 1ª versão. Suzano, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas, 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal / Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. – Brasília: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, 2017.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	**Nº da revisão**	**Itens revisados**
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM
SEGURANÇA MEDICAMENTOSA
POLICLÍNICA

Código:	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão:	Página:
XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

1. OBJETIVO

Mitigar os erros da cadeia terapêutica medicamentosa (CTM), promover práticas seguras no uso de medicamentos, propor ações de gerenciamento da cadeia medicamentosa e recomendar as práticas seguras para o preparo e administração de medicamentos.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. DEFINIÇÕES

Cadeia Medicamentosa: é um sistema complexo de fornecimento de medicação que começa na aquisição do medicamento e termina no monitoramento após a administração, onde os atores principais são os profissionais diretamente ligados à assistência à saúde como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de enfermagem e demais profissionais que compõe a equipe multiprofissional.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica

5. EPI

Touca;
Óculos de Proteção.

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

Práticas seguras para prescrição de medicamentos
As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como:
Urgência/emergência: quando indica a necessidade do início imediato de tratamento. Geralmente possui dose única;
Se necessário: quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;

Baseada em protocolos: quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica;

Padrão: aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa;

Padrão com data de fechamento: quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial;

Verbal: utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista.

Quanto à origem, a prescrição pode ser: ambulatorial, hospitalar ou proveniente de outro tipo de estabelecimento de saúde.

Os medicamentos prescritos podem ser: medicamentos fabricados pela indústria (referência, similar e intercambiável), magistrais ou farmacopeicos.

Intervenções

Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos

a) Identificação do paciente

A identificação do paciente na prescrição realizada em ambulatório deve conter, no mínimo, as seguintes informações: Nome completo do paciente; endereço; e data de nascimento. A prescrição deve ser realizada em formulário institucional e conter, no mínimo, as seguintes informações:

- nome da unidade;
- nome completo do paciente;
- número do prontuário ou registro do atendimento;
- serviço;

A identificação do paciente na prescrição deverá utilizar exclusivamente o nome completo do paciente. A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde.

b) Identificação do prescritor na prescrição

A identificação do prescritor deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação. A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

c) Identificação da instituição na prescrição

Na prescrição ambulatorial deverá constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), para que o paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta.

d) Identificação da data de prescrição

A data da prescrição é imprescindível para conferir validade à mesma. Em meio ambulatorial, a validade da prescrição deve ser definida e registrada na própria prescrição, pelo prescritor.

A data na prescrição é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição.

e) Legibilidade

Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a comunicação entre prescritor e paciente e entre prescritor e demais profissionais de saúde, sendo geradora importante de erros de medicação, sobretudo, a troca de medicamentos com nomes parecidos.

Quando a prescrição possui medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, os erros ocasionados pela legibilidade inapropriada podem ser graves, e até fatais.

Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. Nesses casos, recomenda-se, para a impressão, o uso de formulários sem pauta, para evitar erros de medicação ocasionados pelo encontro das linhas com letras e números da prescrição.

O uso de impressão frente e verso para prescrição não é recomendado, pelo elevado risco de omissão (não cumprimento integral da prescrição). A utilização de prescrição pré-digitada é uma opção que pode diminuir alguns tipos de erros de medicação. A prescrição manual pode levar a elevado número de erros, ainda que parte delas possa ser legível.

A prescrição carbonada não é recomendada. Se o estabelecimento de saúde não tiver alternativa à prescrição carbonada, deve-se verificar a legibilidade da informação que consta na segunda via. Nesse caso, sugere-se a utilização do papel já carbonado produzido em gráfica para assegurar a adequada legibilidade e segurança da prescrição.

É preciso, ainda, atenção aos novos tipos de erros de prescrição, que podem ser ocasionados devido à alteração na forma de prescrição (manuscrita, digitada, pré-digitada e eletrônica).

f) Uso de abreviaturas

Recomenda-se que os medicamentos sejam prescritos sem o uso de abreviaturas, pois seu uso aumenta a chance de erro de medicação. Caso seja indispensável, a instituição deve elaborar, formalizar e divulgar uma lista de abreviaturas padronizadas, de modo a promover a adequada comunicação entre os membros da equipe de saúde. Essa lista não deve conter abreviatura de "unidades" (U) e "unidades internacionais" (UI), utilização de fórmulas químicas (KCl, NaCl, KMnO4 e outras) e nomes abreviados de medicamentos (HCTZ, RIP, PEN BEZ, MTX, SMZ-TMP e outros).

As abreviaturas "U" e "UI" significando "unidades" e "unidades internacionais",respectivamente, são consideradas as mais perigosas de todas, pois podem levar à administração de doses 10 ou 100 vezes maior do que a prescrita.

Desta maneira, deve-se abolir o uso de abreviaturas "U" e "UI", escrevendo a palavra "unidade" por extenso no lugar de "U" ou "unidade internacional" no lugar de "UI".

Caso exista padronização de abreviatura para via de administração, preferir o uso de "EV" (para endovenosa) em vez de IV (intravenosa), em função do risco de erro de interpretação do "IV" como "IM", sobretudo quando associado a pouca legibilidade da prescrição.

g) Denominação dos medicamentos

Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional. Quanto à denominação de fitoterápicos, observar a determinação da Denominação Comum Brasileira de Fitoterápicos ou, quando omisso, utilizar a denominação botânica acrescida da parte da planta utilizada.

A utilização de códigos ou codinomes utilizados para medicamentos durante a fase de ensaios clínicos não devem ser utilizados para nominar medicamentos utilizados em estabelecimentos de saúde. Quando prescrito medicamento objeto de ensaio clínico, este deve ser identificado como tal, a partir do emprego da expressão "ensaio clínico".

h) Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes

Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita.

Exemplos de nomes semelhantes:

DOPAmina e **DOBU**tamina;

Clorpro**PAMIDA** e Clorpro**MAZINA**;

Vim**BLAST**ina e Vin**CRIS**tina.

Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica e/ou do Núcleo de Segurança do Paciente do estabelecimento de saúde deverão organizar lista de medicamentos com nomes semelhantes e/ou embalagens parecidas selecionados no estabelecimento de saúde e que possam ser fonte de erros, para divulgação entre os profissionais da instituição.

i) Expressão de doses

O sistema métrico deverá ser adotado para expressar as doses desejadas. As unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) devem ser eliminadas das prescrições, quando utilizadas isoladamente para expressar a dose. A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura.

A unidade de medida deve ser claramente indicada; e quando se tratar de microgramas, este deve ser escrito por extenso.

Ao prescrever doses ou volumes com números fracionados (por exemplo:2,5mL), observar nas duas vias da prescrição se a vírgula está bem posicionada e clara, para evitar erro de dose, no

qual a dose de "2,5 mL" seja interpretada como "25 mL". Não utilize "ponto" em substituição à vírgula, pois aumenta o risco de erro.

Para definir a concentração de um medicamento, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita. Exemplo: recomenda-se prescrever "500mg" em vez de "0,5g", pois a prescrição de "0,5g" pode ser confundida com "5g".

Indicação, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos

a) Alergias

Deve-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores. O registro do relato de alergia na prescrição subsidia adequada análise farmacêutica das prescrições e os cuidados de enfermagem, reduzindo, assim, a chance da dispensação e administração de medicamento ao qual o paciente é alérgico.

As alergias do paciente devem ser registradas no sistema eletrônico e constar em todas as prescrições emitidas para o paciente.

b) Informações importantes

O prescritor deverá registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando-se os múltiplos atores no processo assistencial e a necessidade de informação completa, clara e precisa.

É importante ressaltar que nas prescrições ambulatoriais, deverão ser registradas todas as orientações sobre como utilizar o medicamento, bem como as recomendações não farmacológicas devem constar também na prescrição.

c) Padronização de medicamentos

O estabelecimento de saúde deve ter uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo. A padronização deve ser homologada, publicada e divulgada a todos os profissionais do estabelecimento de saúde.

Recomenda-se que o estabelecimento de saúde elabore uma relação de medicamentos por especialidade, em consonância com a padronização da instituição, de forma a permitir mais familiaridade do prescritor com indicação, contraindicação, doses, reações adversas, entre outros aspectos relacionados aos medicamentos.

A prescrição de medicamentos que já estão selecionados e padronizados no estabelecimento de saúde aumenta a segurança do uso, em virtude da maior familiaridade dos prescritores, farmacêuticos e equipe de enfermagem com esses medicamentos.

Outros benefícios da padronização de medicamentos ainda observados são relacionados a racionalização do estoque, rastreabilidade e política de compras.

d) Doses

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

O cálculo das doses de medicamentos é fonte importante de erros graves e este problema pode ser minimizado com a familiaridade do prescritor com o medicamento e com a conferência do cálculo.

Recomenda-se que as doses prescritas sejam conferidas pelo prescritor antes da assinatura da prescrição, tendo como referência o melhor nível de evidência científica disponível. Para medicamentos cujas doses são dependentes de peso, superfície corporal e clearance de creatinina, recomenda-se que o prescritor anote tais informações na prescrição, para facilitar a análise farmacêutica e a assistência de enfermagem.

Deve-se implantar a dupla checagem das doses prescritas principalmente para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância.

A prescrição ambulatorial deverá trazer a quantidade total de unidades farmacêuticas do medicamento prescrito, que deverá ser dispensada para o tratamento proposto. As quantidades máximas de medicamentos prescritas devem obedecer à legislação vigente.

Duração do tratamento

A prescrição deverá conter informação sobre a duração do tratamento, procurando evitar, dessa maneira, que o(s) medicamento(s) possa(m) ser consumido(s) continuamente sem indicação. Quando ambulatorial, a prescrição de medicamentos de uso crônico deverá indicar a duração do tratamento, pois é necessário estabelecer um prazo para que o paciente seja reavaliado pelo médico.

A expressão "uso contínuo" ou "usar sem parar", sem prazo para o paciente ser reavaliado, não deve ser utilizada em prescrições ambulatoriais.

Utilização de expressões vagas

Expressões vagas como "usar como de costume", "usar como habitual", "a critério médico","se necessário" (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso), "uso contínuo" e "não parar" devem ser abolidas das prescrições.

Quando for preciso utilizar a expressão "se necessário", deve-se obrigatoriamente definir: Dose; posologia; dose máxima diária deve estar claramente descrita; e condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento. Exemplo: paracetamol comprimido de 500mg uso oral. Administrar 500mg de 6 em 6h, se temperatura igual ou acima de 37,5ºC. Dose máxima diária 2 gramas (quatro comprimidos de 500mg).

Posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração

a) Posologia

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Recomenda-se que a posologia desejada para o medicamento seja prescrita observando-se as doses máximas preconizadas e a comodidade do paciente.

Dentro do possível, recomenda-se prescrever medicamentos com menor número de doses diárias, para maior comodidade do paciente e menores riscos de erro de administração. A utilização de um menor número de doses diárias, facilita a adesão do paciente ao tratamento.

b) Diluição

Para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e em neuroeixo e plexos nervosos, a prescrição deverá conter informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos).

A reconstituição e diluição dos medicamentos é etapa importante e que gera impacto sobre a estabilidade e até mesmo sobre a efetividade do medicamento, pois em alguns casos a incompatibilidade leva à diminuição ou à perda da ação farmacológica do medicamento.

c) Velocidade de infusão

A velocidade de infusão está associada a reações adversas clássicas, tal como a "síndrome do homem vermelho", que ocorre com a infusão rápida de vancomicina.

É indispensável, portanto, a definição da velocidade de infusão na prescrição, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento, evitando-se a ocorrência de eventos adversos passíveis de prevenção.

d) Via de administração

A via de administração deve ser prescrita de forma clara, observando-se a via de administração recomendada pelo fabricante, para o medicamento. O uso de abreviaturas para expressar a via de administração deverá ser restrito somente às padronizadas no estabelecimento de saúde.

Modificação da prescrição atual ou vigente

Em meio ambulatorial, nunca deve ser feita modificação ou rasura na mesma receita. Caso seja necessária alguma alteração na terapêutica, nova receita deverá ser emitida e a anterior suspensa.

Prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância

- As unidades de saúde deverão divulgar a sua lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na relação de medicamentos selecionados na instituição, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual.
- O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos

potencialmente perigosos ou de alta vigilância, especialmente anticoagulantes, opiáceos, insulina e eletrólitos concentrados (principalmente cloreto de potássio injetável), deve ser limitado.

- As doses dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância deverão ser conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

Suporte eletrônico para prescrição

Recomenda-se a utilização de programa informatizado para prescrição de medicamentos com suporte clínico que forneça minimamente informações sobre:

- Doses máximas para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e/ou com índice terapêutico estreito;
- Interações medicamentosas clinicamente significativas;
- Alergias;
- Apresentações e concentrações padronizadas disponíveis na instituição.

Importante: Prescrições pré-digitadas aumentam a segurança no uso de medicamentos e devem ser adotadas.

- Utilizar para impressão formulário sem pauta, pois as linhas podem encobrir pontos e vírgulas ou transformar "0" em "8", aumentando, assim, a possibilidade de erros.
- Quando se implantar novo sistema de prescrição na unidade de saúde (prescrições pré-digitadas, eletrônicas e outras), o prescritor, farmacêutico e enfermeiro devem acompanhar o processo de prescrição para identificar e corrigir erros decorrentes do uso do novo sistema.

Outras informações importantes para a prescrição segura

O prescritor deverá conhecer a história clinica e os medicamentos de que o paciente faz uso e conciliá-los com a nova prescrição, procurando evitar duplicidades, interações, doses inadequadas e outras discrepâncias, podendo nessa etapa contar com o suporte do farmacêutico. Para apoiar a decisão de prescrever, utilizar fontes de informação sobre medicamentos atualizadas e baseadas nos melhores níveis de evidência científica.

Na prescrição para uso ambulatorial, quando necessário, deverá ser registrado na prescrição o tempo que o paciente deverá permanecer em observação no estabelecimento de saúde após a administração do medicamento.

Caso exista a suspeita de reações adversas a medicamentos ou a ocorrência de erros ou eventos adversos no processo assistencial, estes devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente/Gerência de Riscos do estabelecimento de saúde.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A compreensão das informações da prescrição e ações que possibilitem esclarecimentos aos pacientes sobre riscos de medicação e medidas de prevenção deve ser garantida por ações colaborativas entre prescritores, farmacêuticos e enfermeiros.

As atividades clínicas dos farmacêuticos devem ser incentivadas, pois podem diminuir os erros de prescrição e medicação em geral e têm embasamento em evidência científica comprovada.

Procedimento operacional padrão da prescrição por via de administração para o adequado cumprimento da prescrição, todas as informações deverão estar claras e completas, em cada item prescrito.

Em prescrições eletrônicas, recomenda-se que o cadastro do medicamento permita somente a prescrição das vias de administração descritas na literatura e pelo fabricante, o que aumenta a segurança, impedindo administração por via errada.

Recomenda-se que os medicamentos devam ser prescritos conforme estrutura a seguir:

ESTRUTURA DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

USO ORAL

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via de administração + orientações de uso

Exemplo: captopril 25mg comprimido. Administrar 50mg de 8/8h por via oral, 1h antes ou 2h depois de alimentos.

USO TÓPICO

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via de administração + posologia + orientações de uso

Exemplo: Permanganato de potássio 1:60.000 solução. Aplicar compressas em membro inferior direito 3 vezes/dia, após o banho.

USO ENDOVENOSO

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose +diluente + volume + via de administração + velocidade de infusão + posologia+ orientações de administração e uso

Exemplo: anfotericina B 50mg frasco-ampola. Reconstituir 50mg em 10mL de água destilada e rediluir para 500mL de solução glicosada 5%. Uso endovenoso. Infundir 35 gotas/min., 1 vez/dia. Administrar em 5 horas.

USO INTRAMUSCULAR

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Exemplo: intramuscular com diluição: ceftriaxona 1g, frasco-ampola. Diluir 1g em 3,5 mL de lidocaína 1%. Fazer a solução obtida, via intramuscular profunda (região glútea) de12/12h; intramuscular sem diluição: vitamina K (fitomenadiona) 10mg/mL, ampola. Fazer1mL via intramuscular profunda (região glútea), 1x ao dia.

USO SUBCUTÂNEO

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso

Subcutâneo sem diluição: heparina sódica 5.000 unidades internacionais/0,25mL, ampola. Fazer 0,25mL subcutânea de 12/12h.

USO INTRATECAL

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso

Uso Intratecal com diluição: citarabina 100mg, frasco-ampola. Diluir 100mg em 5mL de solução fisiológica 0,9%. Infundir 1,5mL intratecal, 1x/dia. Diluir imediatamente antes do uso. Não reaproveitar o restante da solução para uso intratecal.

USO INALATÓRIO

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + dose (medicamento e diluente) + posologia + orientação de uso.

Exemplo: bromidrato de fenoterol 5mg/mL, solução para inalação. Fazer aerossol com 5 gotas diluídas em 3 mL de solução fisiológica 0,9% de 6/6h. Nebulizar e inalar até esgotar toda a solução.

Práticas seguras para distribuição de medicamentos

Os sistemas de distribuição de medicamentos podem ser classificados em:

- Coletivo;
- Individualizado;
- Misto;
- Dose unitária;
- Sistema automatizado.

O sistema individualizado é caracterizado pela distribuição dos medicamentos por paciente, de acordo com a prescrição médica, geralmente para um período de 24 horas de tratamento. Esse sistema se mostra mais seguro que o sistema coletivo, entretanto, menos seguro que o sistema por dose unitária.

Utilizado nas enfermarias, ocorrendo de forma parcial ou integral, mediante prescrição

Intervenções

A farmácia tem, entre suas importantes funções, a dispensação dos medicamentos e deve assegurar que os medicamentos estejam disponíveis para administração ao paciente no tempo adequado, na dose correta, assegurando a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas, contribuindo para o uso seguro dos mesmos.

A farmácia deverá possuir estrutura organizada, bem como processos de trabalho escritos e difundidos que promovam a prevenção, identificação e redução de erros de prescrição e dispensação. A farmácia deve contar com recursos humanos capacitados e em número suficiente para realizar a contento suas atividades.

Itens de verificação para a distribuição segura de medicamentos

Para garantir maior segurança ao processo de dispensação e o adequado fluxo de trabalho, o ambiente destinado à dispensação deve:

Ser reservado; Contar com fluxo restrito de pessoas; ser tranquilo, sem fonte de interrupção e distração (tais como televisão, rádio e outras).

Os ambientes da farmácia onde são armazenados e dispensados os medicamentos devem ser limpos, organizados, bem iluminados e com adequado controle e registro de temperatura, umidade e controle de pragas.

A dispensação segura nos estabelecimentos de saúde deverá ser precedida pelas seguintes atividades:

Seleção;

Padronização;

Aquisição;

Recebimento;

Armazenamento;

Fracionamento; e Identificação segura dos medicamentos.

O número de apresentações e concentrações de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, padronizados na instituição, deve ser restrito e suas doses máximas estabelecidas e divulgadas.

O estabelecimento de saúde deverá realizar ações de educação permanente, de forma sistemática e registrada, para farmacêuticos e auxiliares de farmácia, com foco na segurança do uso de medicamentos, envolvendo os processos de: seleção, padronização, armazenamento, fracionamento, análise farmacêutica da prescrição e dispensação dos medicamentos.

O estabelecimento de saúde deverá manter farmacêuticos e auxiliares de farmácia em número suficiente para permitir a dispensação segura de medicamentos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Estratégias para dispensação segura relacionadas ao armazenamento

O ambiente no qual é realizada a dispensação de medicamentos deve possuir as condições adequadas (temperatura, iluminação, umidade, ruído) para o armazenamento e dispensação segura de medicamentos.

a) Restrição de acesso

Medidas de restrição de acesso deverão ser estabelecidas, para o armazenamento de produtos que possibilitam riscos elevados de troca (em virtude de similaridade de nomes e apresentação), bem como os medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e aqueles com sons, grafias e embalagens semelhantes.

b) Procedimento Operacional

A farmácia deve possuir procedimento operacional atualizado que contemple a validação/conferência do armazenamento do produto certo, no local certo. Esse procedimento deverá ser realizado de forma contínua e sistemática, com registro de execução, propiciando segurança aos processos de armazenamento e dispensação de medicamentos, sobretudo após devolução de medicamentos. O controle de medicamentos sob controle especial deve seguir legislação específica.

O processo de dispensação de medicamentos deve possuir procedimento operacional de padrão escrito, homologado, atualizado e de conhecimento de todos os profissionais da farmácia.

c) Boas Práticas de Armazenamento

A farmácia deve seguir as Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos e possuir padrões atualizados que definam regras para o armazenamento, privilegiando a segurança do processo de dispensação. Pode-se lançar mão de ordenamento alfabético e/ou por forma farmacêutica associado à identificação, com etiquetas coloridas dos medicamentos com elevado risco de troca e os potencialmente perigosos/alta vigilância.

Deve-se identificar os locais de armazenamento de medicamentos que apresentam grafias e sons semelhantes, com etiquetas de alerta que proporcionem a escrita de parte do nome do medicamento com letras maiúsculas e em negrito, destacando-se a diferença entre nomes parecidos, como, por exemplo:

LAMIvudina;

ZIDOvudina

d) Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) ambulatorial

É importante assegurar práticas adequadas para a distribuição dos medicamentos das Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para as unidades de saúde a fim de evitar erros, seguindo as boas práticas de distribuição de medicamentos.

- Toda a movimentação de medicamentos deve ser realizada por um eficiente sistema de controle de estoque, preferencialmente eletrônico, que garanta a correta identificação

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

do medicamento, lote, validade e quantidade, permitindo a sua rastreabilidade;

- Os medicamentos devem ser corretamente separados, organizados, identificados e realizada a dupla checagem, evitando-se erros;
- Quando necessário manter estoques de medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, estes deverão ser corretamente identificados, diferentemente dos demais;
- O transporte deve ser feito de modo correto e seguro, observando-se aspectos técnicos tais como aqueles necessários para o transporte de termolábeis;
- Durante o recebimento dos medicamentos na unidade de saúde, nova conferência deve ser feita, considerando-se a identificação do medicamento, lote, validade, quantidade e sua integridade física.

Estratégias para dispensação segura relacionadas à prescrição

Realizar a análise farmacêutica das prescrições (Portaria GM/MS 4283/2010), priorizando aquelas que contêm antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, observando-se concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação.

Com base nos dados da prescrição, devem ser registrados os cálculos necessários ou à manipulação da formulação prescrita, verificando-se a aplicação dos fatores de conversão, correção e equivalência, quando for o caso, sendo checados e assinados pelo farmacêutico. Recomenda-se, para auxilio ao farmacêutico no processo de análise da prescrição, a utilização de programa informatizado com suporte terapêutico que incorpore adequado conjunto de verificações automatizadas em prescrições, tais como:

- Triagem para duplicidade terapêutica;
- Alergias;
- Interações medicamentosas;
- Intervalos de dose adequados;
- Alerta para doses superiores às máximas;
- Alertas para nomes semelhantes, entre outros.

Fontes de ruídos e distrações devem ser reduzidas (conversas) e eliminadas (televisão, música, uso de telefones celulares e fixos) no momento da análise e dispensação dos medicamentos e o ambiente de dispensação deve ser restrito a essa atividade.

Preconiza-se adotar o uso de rótulos diferenciados, notas em sistema informatizado e cartazes de alerta no local de armazenamento e dispensação de medicamentos com elevada propensão a trocas.

Recomenda-se a implantação de sistemas seguros, organizados e eficazes de dispensação para reduzir a ocorrência de erros, privilegiando a dispensação por dose individualizada e unitária, com controle por código de barras ou equivalente superior, de modo a assegurar a rastreabilidade do lote, fabricante e validade dos medicamentos e produtos para a saúde.

Em farmácias ambulatoriais e hospitalares, as etapas de recebimento da prescrição, separação e dispensação dos medicamentos ao paciente devem ser realizadas com dupla conferência dos medicamentos em ambiente exclusivo para essa finalidade.

Deve-se elaborar e disponibilizar procedimentos operacionais atualizados para a dispensação de medicamentos, com destaque especial para os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

Procedimento operacional padrão para dispensação de medicamentos

Para dispensação segura de medicamentos deve-se seguir os seguintes procedimentos:

- O farmacêutico deve analisar as prescrições antes do início da separação dos medicamentos, conferindo se todos os elementos de identificação da instituição, do paciente, do prescritor e a data estão disponíveis.
- Analisar os medicamentos prescritos, evitando que possíveis erros de prescrição se tornem erros de dispensação;
- Solucionar todas as dúvidas, porventura existentes, diretamente com o prescritor, especialmente aquelas relacionadas à grafia médica, eliminando interpretação ou dedução do que está escrito;
- Analisar os medicamentos prescritos considerando-se os seguintes aspectos:

dose, forma farmacêutica, concentração, via de administração, posologia, diluente, velocidade de infusão, tempo de infusão, indicação, contraindicação, duplicidade terapêutica, interação medicamento-medicamento e medicamento-alimento e possíveis alergias;

- O auxiliar de farmácia não deverá separar simultaneamente prescrições diferentes;
- Manter a organização do ambiente de dispensação, assegurando-se suficiente espaço e instrumentos de trabalho que permitam a manutenção dos medicamentos devidamente separados por prescrição e por paciente, até a sua dispensação, evitando-se que medicamentos prescritos e dispensados para um paciente sejam entregues a outros. Para essa finalidade poderão ser utilizados carros de medicação ou embalagens plásticas identificadas;
- Realizar a conferência dos medicamentos separados para dispensação, verificando se as informações disponíveis no rótulo dos medicamentos são iguais às da prescrição.
- Identificar os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância e fazer

meticulosa revisão da prescrição e dispensação deles;

- Verificar se na prescrição existem medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes, dedicando especial atenção à conferência dos mesmos;
- Realizar a conferência final da prescrição com o resultado da dispensação, utilizando, sempre que possível, o auxílio do código de barras;
- O farmacêutico deve revisar as prescrições de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.
- Para a dispensação ambulatorial, realizar orientação e aconselhamento do paciente previamente à dispensação dos medicamentos, objetivando identificar e interceptar erros. Ao dispensar medicamentos para o paciente, conferir e identificá-los, especialmente aqueles de embalagem semelhante, usando identificadores que possam diferenciá-los, como, por exemplo, cores diferentes.
- Realizar o registro escrito, em prontuário, das intervenções farmacêuticas realizadas.
- Deve existir restrição formal e registro da dispensação de medicamentos por ordem verbal.

Os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância deve ser identificados de forma diferenciada dos medicamentos em geral no armazenamento e dispensação.

A dupla checagem dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância dispensados deve ser feita na farmácia estabelecimento de saúde.

Práticas seguras na administração de medicamentos

A administração de medicamentos é um processo multi e interdisciplinar, que exige conhecimento técnico e prática. Para a administração segura, são necessários conhecimentos sobre Farmacologia, Anatomia, Fisiologia, Microbiologia e Bioquímica. A dimensão dos erros relacionados à administração de medicamentos foi apresentada em estudo realizado em 2006 em quatro hospitais brasileiros, tendo sido evidenciado que 1,7% dos medicamentos administrados foi diferente dos medicamentos prescritos; 4,8% das doses administradas diferiam das prescritas;

1,5% dos medicamentos foi administrado em vias diferentes das prescritas; 0,3% dos pacientes recebeu medicamentos não autorizados ou não prescritos; quase 2,2% dos medicamentos foram administrados uma hora antes do previsto e 7,4% mais de uma hora depois do prescrito.

A etapa de administração é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos.

Um erro na administração de medicamento pode trazer graves consequências aos pacientes, devendo-se observar:

- A ação;
- As interações;
- Os efeitos colaterais.

Itens de verificação para administração segura de medicamentos

A equipe de enfermagem deve seguir os 13 certos na administração de medicamentos:

I. Paciente certo;

II. Medicamento certo;

III. Via certa;

IV. Hora certa;

V. Dose certa;

VI. Documentação certa (Registro certo);

VII. Tempo de administração;

VIII. Aspectos da medicação certa;

IX. Validade certa;

X. Compatibilidade certa;

XI. Orientação certa;

XII. Direito de Recusa;

XIII. Ação certa.

Os 13 certos não garantem que os erros de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos.

Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto. Nessa etapa, é importante que o profissional faça perguntas abertas e que necessitam de mais interação paciente-profissional, tal como: "Por favor, diga-me o seu nome completo?"

Além disso, é importante verificar se esse paciente corresponde ao: Nome identificado na etiqueta colante de identificação.

Deve-se conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito. O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado.

Conhecer o paciente e suas alergias. Conferir se ele não é alérgico ao medicamento prescrito. Identificar os pacientes alérgicos de forma diferenciada, com pulseira e aviso em prontuário, alertando toda a equipe.

Importante: alguns medicamentos são associações. Nesses casos, é necessário conhecer a composição dos medicamentos para identificar se o paciente não é alérgico a algum dos componentes do medicamento.

Orienta-se identificar a via de administração prescrita.

Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.

Lavar as mãos antes do preparo e administração do medicamento.

Verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração de por via endovenosa.

Avaliar a compatibilidade do medicamento com os produtos para a saúde utilizados para sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipos, e outros).

Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor.

Importante: Informações sobre compatibilidade de medicamentos e produtos para a saúde utilizados na administração de medicamentos, deverão estar disponíveis em manual ou em base de dados para consulta no local do preparo ou pode-se consultar o farmacêutico.

O medicamento deve ser sempre administrado no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica.

Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade.

Em relação a dose:

- Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento.
- Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto" devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada, pois podem redundar em doses 10 ou 100 vezes superiores à desejada.
- Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico.
- Medicações de uso "se necessário" deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso.

Intervenções específicas

Instituir a prática de dupla checagem por dois profissionais, para os cálculos de diluição e administração de medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Procedimento operacional padrão para administração de medicamentos

- Implementar a prática de verificação dos 13 certos da terapia medicamentosa.
- Certificar-se de que as informações sobre o processo de medicação estejam documentadas corretamente.
- Somente administrar medicamento se as dúvidas forem esclarecidas.
- Estabelecer protocolos institucionais de administração de medicamentos e atualizá-los periodicamente.
- Utilizar materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos por via intravenosa e para outras vias que exijam esse tipo de técnica.
- Registrar, conforme protocolo da instituição, todas as ações imediatamente após a administração do medicamento.
- O enfermeiro deve supervisionar o preparo e a administração de medicamentos realizados por técnicos de enfermagem.
- Adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida pelo paciente antes da internação, sempre que possível.
- Evitar, dentro do possível, interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento quando realizar o aprazamento de medicamentos.
- Discutir a prevenção das interações medicamentosas com a equipe multiprofissional (médico, farmacêutico e nutricionista).
- Padronizar o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos que estão sob a guarda da equipe de enfermagem.
- Monitorar a temperatura da geladeira de acondicionamento de medicamentos, observando-se o parâmetro mínimo e máximo de temperatura diariamente, dirimindo dúvidas com o farmacêutico.
- Organizar local adequado para o preparo de medicamentos, preferencialmente sem fontes de distração e que permita ao profissional concentrar-se na atividade que está realizando.
- A instituição deve disponibilizar e atualizar guias de prevenção de incompatibilidades entre fármacos e soluções e guias de diluição de medicamentos.
- Solicitar revisão por um colega sempre que calcular doses para medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância.
- Fazer consultas ao farmacêutico e em fontes de informações atualizadas e idôneas em caso de dúvidas sobre o nome do medicamento, posologia, indicações, contraindicações, precauções de uso, preparo e administração.
- Utilizar instrumentos de medida padrão no preparo de medicamentos (ex: seringas milimetradas) para medir doses com exatidão.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Seguir os sistemas de identificação do paciente e da sala de medicação estabelecidos nos protocolos institucionais.
- Preparar o medicamento imediatamente antes da administração, a não ser que haja recomendação especial do fabricante para procedimento diferente.

Manter registro adequado dos frascos de medicamentos preparados que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo e validade).

Registrar corretamente a administração do medicamento prescrito no prontuário do paciente, certificando que foi administrado ao paciente e evitando a duplicação da administração do medicamento por outro profissional.

Informar ao paciente e à família sobre eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa, registrando-os em prontuário e notificando-os à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente.

Comunicar ao paciente qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação no momento da administração.

Devolver à farmácia as sobras de medicamentos não administrados.

7. QUANDO EXECUTAR

Ao realizar prescrição, orientação ao paciente e ao administrar medicação.

8. REGISTROS

Formulários Institucionais.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Registrar no sistema de gestão de qualidade as não conformidades quando houver falha em alguma etapa da cadeia medicamentosa.

Registrar no sistema de gestão da qualidade em casos de Evento Adverso para que seja dada a devida tratativa do fato e realizadas ações para melhoria contínua.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Eventos adversos a medicamentos são definidos como qualquer dano ou injúria causado ao paciente por erros na medicação. O erro pode estar relacionado à prática profissional no momento da prescrição, dispensação e/ou administração de medicamentos. O estudo desses eventos tem sido considerado importante para a qualidade da assistência ao paciente, garantia de benefício do tratamento e estímulo à cultura da segurança e eficiência do sistema de saúde.

Eventos adversos envolvendo medicamentos ocorrem frequentemente em hospitais, possuem natureza multidisciplinar e podem ocorrer na prescrição, dispensação e/ou administração. Erros envolvendo medicamentos podem acarretar implicações importantes como: aumento do tempo de hospitalização, custos indevidos, desconforto e incapacidade para o paciente ou ainda aumento da mortalidade. Diante da possibilidade de prevenção dos erros relacionados ao medicamento e possível dano ou injúria ao paciente, torna-se necessário identificar e quantificar esses erros, como forma de adotar ações preventivas buscando a melhoria contínua para o processo assistencial. A instituição do Protocolo da Prescrição Segura garante a redução dos erros relacionados ao medicamento. O protocolo de segurança, uso e administração de medicamentos promove a inclusão de padronização das atividades reduzindo a possibilidade de falhas, aumentando a chance de interceptá-las antes de causar injúria ao paciente.

11. ANEXO

Não se aplica

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Anexo 03, 2013. Acesso em 10 de agosto de 2020. https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-naprescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos.

Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos (ISMP-BRASIL). Disponível em https://www.ismp-brasil.org/site/.

Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos (ISMP-BRASIL). Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar - lista atualizada 2019. Boletim ISMP Brasil. 2019; 8(1):1-9.

Néri, EDR et al., Erros de prescrição de medicamentos em um hospital brasileiro. Rev Assoc Med Bras 2011; 57(3):306-314

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system Washington (DC): National Academy Press; 2000.

Lewis PJ, Dornan T, Taylor D, Tully MP, Wass V, Ashcroft DM. Prevalence, incidence and nature of prescribing errors in hospital inpatients: a systematic review. Drug Safety 2009;32(5):379-89.

STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA, M.H.R. Procedimentos operacionais padrão em enfermagem. Atheneu, 2014. 442p

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Assegurar que a administração do medicamento seja feita de maneira segura, evitando erros de medicação e reações adversas.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Bandeja ou cuba rim;

Gaze compressa 7,5 X 7,5, estéril;

Álcool 70%;

Terapia medicamentosa prescrita (identificada, diluída na seringa compatível ou frasco de soro com medicação diluída ou ainda medicação de 30 ou 50 ml);

Agulha;

Seringa;

Soro fisiológico a 0,9%;

Algodão embebido em álcool 70%;

Algodão seco;

Garrote;

Dispositivo intravenoso (cateter ou scalp);

Dispositivo intermediário de 02 ou 04 vias estéril, para administração de soluções, preenchido com SF 0,9%;

Esparadrapo impermeável ou microporoso.

5. EPI

Luva de procedimento.

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
Profissionais de enfermagem	Ler a prescrição e conferir data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação
Profissionais de enfermagem	Higienizar as mãos
Profissionais de enfermagem	Levar a bandeja ou cuba rim para perto do paciente
Profissionais de enfermagem	Conferir a identificação do paciente com o próprio e com a prescrição
Profissionais de enfermagem	Orientar o paciente e o acompanhante sobre o procedimento

Profissionais de enfermagem	Calçar luvas de procedimentos
Profissionais de enfermagem	Avaliar calibre das veias e definir qual será o local da punção, garrotear acima do acesso escolhido
Profissionais de enfermagem	Utilizar cateter ou scalp conforme o calibre da veia escolhida
Profissionais de enfermagem	Inserir o cateter ou o scalp com o bisel para cima na angulação de 45º
Profissionais de enfermagem	Observar se o sangue vai fluir
Profissionais de enfermagem	Conectar a seringa no conector do scalp
Profissionais de enfermagem	Certificar-se de não haver bolhas de ar no interior da seringa
Profissionais de enfermagem	Injetar o medicamento de forma lenta
Profissionais de enfermagem	Observar possíveis reações que o paciente possa apresentar durante e após a administração
Profissionais de enfermagem	Retirar a seringa e comprimir o local do acesso
Profissionais de enfermagem	No caso do paciente estar recebendo hidratação contínua, checar a permeabilidade do acesso venoso, observando se o local apresenta sinais flogísticos (dor, calor e rubor)
Profissionais de enfermagem	Fechar o clamp de controle de fluxo do acesso venoso

Profissionais de enfermagem	Realizar a desinfecção das conexões e injetores (entrada das vias do extensor) do circuito, utilizando gaze estéril e álcool a 70%
Profissionais de enfermagem	Abrir a via do extensor do equipo que será utilizado, com o auxílio da gaze; 12. Introduzir a seringa na via do extensor
Profissionais de enfermagem	Proteger a tampa do extensor com gaze e deixá-la na bandeja
Profissionais de enfermagem	Certificar-se de não haver bolhas de ar no interior da seringa ou circuito com medicação
Profissionais de enfermagem	Injetar o medicamento de forma lenta
Profissionais de enfermagem	Observar possíveis reações que o paciente possa apresentar durante a administração
Profissionais de enfermagem	Retirar a seringa
Profissionais de enfermagem	Fechar a via do extensor com o conector próprio (tampa do extensor)
Profissionais de enfermagem	Fechar o clamp de fluxo da via que não será mais utilizada
Profissionais de enfermagem	Abrir o clamp de controle de fluxo do equipo de soro, acertando o gotejamento
Profissionais de enfermagem	Observar sinais aparentes de alteração no paciente e no local da punção, após a administração do medicamento (dor local, hiperemia, rubor, edema)
Profissionais de enfermagem	Deixar a unidade limpa e organizada
Profissionais de enfermagem	Limpar a bandeja ou a cuba rim com álcool a 70
Profissionais de	Retirar luvas de procedimentos

enfermagem	
Profissionais de enfermagem	Higienizar as mãos
Profissionais de enfermagem	Registrar anotação de enfermagem

Tabela 86 - Papéis e responsabilidades da equipe

7. QUANDO EXECUTAR

De acordo com a necessidade.

8. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Não reencapar a agulha utilizada.
- Não desconectar a agulha utilizada da seringa.
- Observar o estado geral do paciente durante e após a administração medicamentosa.
- Caso não seja permanente a punção, deverá ser realizado rodízio de locais.
- Evitar áreas inflamadas, hipotróficas, com nódulos, paresias, plegias e outros, pois podem dificultar a absorção do medicamento.
- Observar possível infiltração no local de inserção do cateter.

11. ANEXO



Figura 180 - Os 13 certos da medicação

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AME. Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

ARAÚJO, M.J.B.de. Técnicas fundamentais de enfermagem. 9 Ed. Rio de Janeiro: MJB de Araújo, 1996.

FIGUEIREDO,N.M.A.; VIANA,D.L; MACHADO,W.C.A.Tratado prático de enfermagem. 2 Ed. v.2. São Caetano do Sul: Yedis Editora, 2008.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INTRAMUSCULAR				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes claras e consistentes para a administração de medicamentos IM, promovendo uniformidade na prática clínica.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Bandeja ou cuba rim

Algodão embebido em álcool a 70%

Seringas descartáveis de 1,3 e 5 ml com a medicação preparada

Agulha com comprimento e calibre adequados (a escolha dependerá da solução, local de aplicação e idade) e com sistema de segurança.

5. EPI

Luva de procedimento.

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
Profissionais de enfermagem	Ler a prescrição e conferir data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação
Profissionais de enfermagem	Higienizar as mãos
Profissionais de enfermagem	Levar a bandeja ou cuba rim para perto do paciente
Profissionais de enfermagem	Conferir a identificação do cliente com o próprio e com a prescrição
Profissionais de enfermagem	Orientar o paciente e o acompanhante sobre o procedimento
Profissionais de enfermagem	Calçar luvas de procedimentos
Profissionais de enfermagem	Posicionar o cliente de acordo com o local de aplicação: Deltoide - sentado ou em pé Vasto lateral da coxa – Deitado em decúbito dorsal ou em pé Dorso glúteo ou ventro glúteo - Deitado em decúbito ventral ou lateral ou em pé
Profissionais de enfermagem	Delimitar o local de aplicação de acordo com o músculo
Profissionais de enfermagem	Deltoide: Localizar e delimitar o processo acromial, medir 2 a 3 dedos (2,5 a 5 cm abaixo). Aplicar na região central do músculo
Profissionais de enfermagem	Vasto lateral da coxa: Dividir a coxa lateralmente em três partes, tomando como referência o trocânter maior e a articulação do joelho. Aplicar no centro do terço médio

Profissionais de enfermagem	Dorso glúteo: Traçar uma linha imaginária da espinha ilíaca póstero superior até o grande trocânter do fêmur e fazer a aplicação intramuscular acima dessa linha. Ou dividir a nádega em quadrantes traçando uma linha horizontal do trocânter do fêmur até as vértebras sacrais, e uma linha vertical da crista ilíaca até a parte central do sulco infraglúteo. Aplicar no quadrante supralateral
Profissionais de enfermagem	Ventro glúteo: Colocar a mão não dominante no quadril contralateral do cliente (mão esquerda no quadril direito) apoiando a extremidade do dedo indicador sobre a espinha ilíaca anterossuperior e o dedo médio acima da crista ilíaca, espalmar a mão sobre a base do grande trôcanter do fêmur, formando um triangulo invertido em "V". Aplicar no triangulo formado, ou seja, entre os dedos
Profissionais de enfermagem	Proceder a antissepsia na região delimitada da pele com o algodão embebido em álcool a 70%, em movimentos únicos, com a mão dominante e esperar secar espontaneamente
Profissionais de enfermagem	Segurar o algodão com os dedos mínimo e anular da mão não dominante
Profissionais de enfermagem	Segurar a seringa, horizontalmente, com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante
Profissionais de enfermagem	Distender a pele com o dedo polegar e o indicador da mão dominante e pinçar o músculo
Profissionais de enfermagem	Introduzir a agulha no músculo com movimento firme e suave, em ângulo de 90º ou menos em relação a pele, com a mão dominante
Profissionais de enfermagem	Soltar o músculo
Profissionais de enfermagem	Tracionar o êmbolo com a mão dominante e observar se há retorno de sangue

Profissionais de enfermagem	Injetar o medicamento, empurrando o êmbolo com a mão dominante
Profissionais de enfermagem	Aguardar de 3 a 5 segundos e retirar a seringa com movimento rápido e firme. Acionar o dispositivo de segurança da agulha
Profissionais de enfermagem	Comprimir levemente o local da aplicação com o algodão que estava na mão não dominante, sem massagear, até a completa hemostasia
Profissionais de enfermagem	Colocar o paciente em posição confortável, segura e adequada
Profissionais de enfermagem	Observar sinais aparentes de alteração no paciente e no local da administração do medicamento
Profissionais de enfermagem	Deixar a unidade limpa e organizada
Profissionais de enfermagem	Limpar a bandeja ou a cuba rim com álcool a 70%
Profissionais de enfermagem	Retirar luvas de procedimentos
Profissionais de enfermagem	Higienizar as mãos
Profissionais de enfermagem	Registrar anotação de enfermagem

Tabela 87 - Papéis e responsabilidades da equipe

7. QUANDO EXECUTAR

De acordo com a necessidade.

8. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Não misturar medicamentos distintos na mesma seringa para serem administrados.
- Em crianças, escolher os locais de aplicação, de acordo com a idade, o peso, o desenvolvimento muscular, a quantidade do tecido subcutâneo e o tipo do medicamento. Em crianças menores de 2 anos utilizar o músculo vasto lateral da coxa e nos maiores de 3 anos, que andam no mínimo há um ano, escolher o dorso glúteo e o ventro glúteo, preferencialmente.
- Utilizar o método em "Z" em clientes que recebem injeções por período prolongado, idosos com massa muscular reduzida e para a aplicação de certos agentes, como o ferro. Esse método vem sendo recomendado para o uso de todas as injeções intramusculares.
- Não reencapar agulhas.

11. ANEXO

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M.J.B.de. Técnicas fundamentais de enfermagem. 9 Ed. Rio de Janeiro: MJB de Araújo, 1996.

FIGUEIREDO,N.M.A.; VIANA,D.L; MACHADO,W.C.A. Tratado prático de enfermagem. 2 Ed. v.2. São Caetano do Sul: Yedis Editora, 2008.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX

Ass. Emissor: XXXX	Ass. Verificador: XXXX	Ass. Aprovador: XXXX

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS DURANTE SESSÃO DE HEMODIÁLISE				
SETOR: HEMODIÁLISE				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Padronizar a administração de medicamentos durante o tratamento de hemodiálise, garantindo a segurança do paciente e a eficácia do tratamento.

2. APLICAÇÃO

Salas de Hemodiálise.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Bandeja ou cuba rim.

Algodão embebido em álcool a 70%.

Medicação prescrita e preparada .

5. EPI

Luva de procedimento

Capote descartável

Máscara

Gorro

Óculos de proteção.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
Profissionais de enfermagem	Ler a prescrição e conferir data, nome do paciente, medicação, dose
Profissionais de enfermagem	Higienizar as mãos
Profissionais de enfermagem	Levar a bandeja ou cuba rim para perto do paciente
Profissionais de enfermagem	Conferir a identificação do cliente com o próprio e com a prescrição
Profissionais de enfermagem	Orientar o paciente sobre o procedimento
Profissionais de enfermagem	Calçar luvas de procedimentos
Profissionais de enfermagem	Antes de administrar qualquer medicamento, verifique os parâmetros da máquina, como pressão arterial e taxas de fluxo de sangue e diálise
Profissionais de enfermagem	Dependendo do medicamento, pode ser necessário reduzir temporariamente a taxa de fluxo de sangue para evitar a hemólise ou permitir uma administração mais controlada
Profissionais de enfermagem	Desinfete o hub do cateter com álcool 70% antes de conectar a seringa ou a linha de infusão
Profissionais de enfermagem	Administre o medicamento conforme as orientações, seja por bolus ou infusão lenta, monitorando a resposta do paciente
Profissionais de enfermagem	Após a administração, desconecte a seringa, mantendo a assepsia

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Profissionais de enfermagem	Caso tenha reduzido o fluxo de sangue, retorne à taxa prescrita
Profissionais de enfermagem	Esteja atento a reações adversas e reações alérgicas
Profissionais de enfermagem	Deixar a unidade limpa e organizada
Profissionais de enfermagem	Descarte agulhas e materiais utilizados em recipientes adequados
Profissionais de enfermagem	Limpar a bandeja ou a cuba rim com álcool a 70%
Profissionais de enfermagem	Retirar luvas de procedimentos
Profissionais de enfermagem	Higienizar as mãos
Profissionais de enfermagem	Registrar anotação de enfermagem

Tabela 88 - Papéis e responsabilidades da equipe

7. QUANDO EXECUTAR

De acordo com a necessidade.

8. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

10.CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Não misturar medicamentos distintos na mesma seringa para serem administrados.
- Não reencapar agulhas.

11. ANEXO

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2018). Diretrizes Brasileiras de Hemodiálise. Disponível em: SBN

Marta, A. C., & Teixeira, R. A. (2016). Tratado de Nefrologia. Editora Atheneu.

Souza, A. M., & Lima, A. S. (2015). Hemodiálise: Princípios e Prática. Editora Manole.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	**Nº da revisão**	**Itens revisados**
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
ATENDIMENTO EM INTERCORRÊNCIA AMBULATORIAL				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Prestar atendimento inicial, resolutivo e humanizado, em casos de intercorrência ambulatorial e padronizar o fluxo do encaminhamento de pacientes aos prestadores de assistência do Sistema Único de Saúde, quando necessário, atendendo às normas pactuadas.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. DEFINIÇÕES

FC: Frequência Cardíaca.

PA: Pressão Arterial.

FR: Frequência Respiratória.

TEMP.: Temperatura Corporal.

GCAP: Glicemia Capilar.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Esfigmomanômetro Digital/ Manual.

Estetoscópio.

Glicosímetro.

Lanceta automática.

Álcool 70%.

Algodão.

Medidor de Temperatura Digital.

Oxímetro.

Cateter Intravenoso.

Garrote.

Equipo Macrogotas.

Multivia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Extensor de oxigênio.

Umidificador.

Cateter nasal tipo óculos/ Mascara com reservatório.

Cilindro de Oxigênio.

Soro de acordo com a prescrição médica.

Eletrodo.

5. EPI

Luva de procedimento.

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
Profissionais de enfermagem	Realizar uma avaliação primária no usuário no local da ocorrência, que consiste na verificação dos sinais vitais
Profissionais de enfermagem	Mensuração do nível de consciência, a frequência cardíaca (FC), a pressão arterial (PA), a frequência respiratória (FR), a temperatura corporal (Temp.) e a Glicemia Capilar (GCAP
Profissionais de enfermagem	Transportar o paciente para sala de emergência mais próxima
Profissionais de enfermagem	Acionar o médico disponível na unidade para realizar uma avaliação clínica
Profissionais de enfermagem	Realizar os procedimentos descritos pelo médico como: Acesso Venoso Periférico, Monitorização Cardíaca, Oferta de Oxigênio, administrar medicação
Profissionais de enfermagem	A equipe assistencial deverá acionar o SAMU, por contato telefônico, pelo número 192, citando o estado clínico do usuário, a necessidade de transferência para uma unidade de pronto atendimento, a localização e a sala onde se encontra o paciente

Profissionais de enfermagem	Todos os profissionais envolvidos devem registrar no prontuário todas as ações realizadas

Tabela 89 - Papéis e responsabilidades da equipe

7. QUANDO EXECUTAR

De acordo com a necessidade.

8. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Tipos de intercorrências: intercorrência com o paciente em espera para atendimento, em consulta, exames ou em procedimento; intercorrência com os trabalhadores da Unidade Ambulatorial; intercorrência com os acompanhantes dos pacientes, usuários em atendimento geral na Unidade e pessoas em circulação na Unidade que possuem autorização prévia de entrada.
- A equipe assistencial é composta pelo médico clínico geral, enfermeiro do setor e sua equipe de técnicos de enfermagem;
- Os carros de parada devem ser verificados se permanecem lacrados e com medicações dentro da validade diariamente, seguindo as informações da tabela própria do carrinho, bem como devem ser verificados DIARIAMENTE a validade de termo desinfecção do AMBU e testados o laringoscópio e o DEA, esses testes devem ser registrados e assinados pela enfermeira sempre no período matutino e vespertino.
- Deixar os equipamentos elétricos ligados na tomada.

11. ANEXO

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Empresa brasileira de serviços hospitalares [homepage na internet]. Procedimentos operacionais padrão [acesso em 13 set. 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/pops

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14.APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
ATENDIMENTO EM INTERCORRÊNCIA NA HEMODIÁLISE				
SETOR: HEMODIÁLISE				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes claras para intervenções rápidas e eficazes mediante intercorrências durante as sessões de Hemodiálise.

2. APLICAÇÃO

Sala de Hemodiálise.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Medidor de Temperatura Digital

Oxímetro

Cateter nasal tipo óculos/ Mascara com reservatório

Cilindro de Oxigênio

Soro de acordo com a prescrição médica

5. EPI

Luva de procedimento

Máscara

Gorro

Capote descartável

Óculos de proteção.

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
Profissionais de enfermagem	Mediante sinais de Hipotensão: Tontura, fraqueza, sudorese e palidez Ações: • Interromper a hemodiálise, se necessário; • Elevar as pernas do paciente para melhorar o retorno venoso; • Administrar soluções intravenosas conforme a prescrição médica; • Monitorar os sinais vitais regularmente.
Profissionais de enfermagem	Mediante sinais de Reações Alérgicas: urticária, edema facial, dificuldade para respirar

	Ações: • Interromper o tratamento imediatamente; • Administrar anti-histamínicos ou corticosteroides conforme prescrição; • Se houver dificuldade respiratória, considerar administrar adrenalina (epinefrina) em casos de anafilaxia; • Monitorar a evolução dos sintomas.
Profissionais de enfermagem	Mediante sinais de hemorragia: sangramento visível, sinais e choque (pele pálida, aumento da frequência cardíaca) Ações: • Interromper o tratamento imediatamente; • Aplicar pressão direta no local do sangramento, especialmente no acesso vascular; • Elevar a parte afetada se possível.
Profissionais de enfermagem	Mediante dor intensa (especialmente no local do acesso vascular) Ações: • Avaliar a localização e a intensidade da dor; • Notificar a equipe médica para avaliação e possível analgesia; • Inspecionar o local do acesso para sinais de complicação (como infecção ou trombose); • Monitorar a resposta à dor após intervenções.
Profissionais de enfermagem	Mediante dificuldade respiratória com sinais de cianose, respiração rápida com uso de músculos acessórios Ações: • Colocar o paciente em uma posição confortável (geralmente sentado); • Administrar oxigênio;

	• Monitorar sinais vitais e a saturação de oxigênio.
Profissionais de enfermagem	Pacientes com deterioração clínica significativa devem ser encaminhados para sala de emergência para estabilização , e posteriormente, mediante acionamento do Complexo Regulador Estadual (CRE) para o Hospital de Retaguarda em Santa Helena: HERSO
Profissionais de enfermagem	Todos os profissionais envolvidos devem registrar no prontuário todas as ações realizadas

Tabela 90 - Papéis e responsabilidades da equipe

7. QUANDO EXECUTAR

De acordo com a necessidade.

8. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

10.CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Realizar monitoramento constante dos sinais vitais e do estado clínico do paciente durante a sessão de hemodiálise.
- Os carros de parada devem ser verificados se permanecem lacrados e com medicações dentro da validade diariamente, seguindo as informações da tabela própria do carrinho, bem como devem ser verificados DIARIAMENTE a validade de termo desinfecção do AMBU e testados o laringoscópio e o DEA, esses testes devem ser registrados e assinados pela enfermeira sempre no período matutino e vespertino.
- Deixar os equipamentos elétricos ligados na tomada.

11. ANEXO

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gonzalez, R. M., & Lopes, A. A. (2014). *Hemodiálise: Princípios e Prática*. São Paulo: Editora Manole.

Pereira, A. B., & Viegas, A. M. (2020). *Hemodiálise: fundamentos e práticas*. São Paulo: Editora Rubio

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	**Nº da revisão**	**Itens revisados**
XXXX	XXXX	XXXX

14.APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
AUXÍLIO NA REALIZAÇÃO DE TESTE ERGOMÉTRICO				
SETOR: AMBULATORIAL				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Padronizar a rotina para auxílio do Teste Ergométrico oferecido aos usuários que utilizam os serviços pela Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. DEFINIÇÕES

TE – teste ergométrico.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Álcool a 70%.

Gaze.

Micropore.

Aparelho para tricotomia ou lâmina descartável.

Bicicleta ou esteira ergométrica.

Computador com acesso à internet e impressora.

Eletrodo.

Esfignomanômetro.

Estetoscópio.

Material de escritório (papel A4, grampeador, caneta azul ou preta, etc.).

Toalha TNT descartável.

5. EPI

Não se aplica.

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
Profissionais de enfermagem	Reunir o material necessário
Profissionais de enfermagem	Ligar o computador à rede elétrica após conferir todo o equipamento
Profissionais de enfermagem	Checar a agenda do dia quanto as marcações
Profissionais de enfermagem	Chamar o paciente pelo nome completo e conferir o registro e o pedido de exame
Profissionais de enfermagem	Encaminhar o paciente até a sala de acolhimento
Profissionais de enfermagem	Orientar sobre o exame e assine o Termo de Consentimento do Teste Ergométrico
Profissionais de enfermagem	Higienizar as mãos com água e sabão ou álcool gel
Profissionais de enfermagem	Expor o tórax anterior do paciente
Profissionais de enfermagem	Limpar a pele com álcool 70% ou soro fisiológico a 0,9% para remover gordura cutânea
Profissionais de enfermagem	Fixar os eletrodos na superfície torácica nas seguintes posições: ▪ Quarto espaço intercostal direito, no rebordo external (V1); ▪ Quarto espaço intercostal esquerdo, no rebordo external (V2); ▪ Quinto espaço intercostal no ponto médio entre V2 e V4 (V3); ▪ Quinto espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda (V4); ▪ Quinto espaço intercostal na linha axilar anterior (V5);

	▪ Quinto espaço intercostal na linha axilar média (V6).
Profissionais de enfermagem	Conectar os fios das derivações na seguinte orientação: ▪ **Amarelo**: região infraclavicular esquerda ▪ **Verde**: região do rebordo costal esquerda. ▪ **Vermelho**: região infraclavicular direita; ▪ **Azul**: região anterior do esterno; ▪ **Preto**: região do rebordo costal direito.
Profissionais de enfermagem	Colocar a toalha TNT descartável de acordo com a medida no Braço Esquerdo do paciente
Profissionais de enfermagem	Colocar o manguito no Braço Esquerdo do usuário
Profissionais de enfermagem	Medir a pressão arterial em repouso
Profissionais de enfermagem	Posicionar o paciente na esteira
Profissionais de enfermagem	Explicar o procedimento do exercício para o paciente; Acompanhar a realização do exame, estando atento a possíveis alterações relevantes que o paciente possa apresentar como sinais e sintomas de exaustão
Profissionais de enfermagem	Informar ao paciente o término do exame
Profissionais de enfermagem	O médico deverá laudar o exame, assinar e entregar o mesmo ao paciente
Profissionais de enfermagem	Realizar a limpeza e organização da sala para receber um novo paciente

Tabela 91 - Papéis e responsabilidades da equipe

7. QUANDO EXECUTAR

De acordo com os agendamentos.

8. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

10.CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Posicionar um técnico atrás da esteira, principalmente quando o paciente for idoso e debilitado.
- Acionar o botão vermelho para parada da esteira, se paciente sentir mal ou notar algo incorreto.

11. ANEXO

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica/ [editores] Suzanne C. Smeltezer et.al. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

Hospital CMO. Teste Ergométrico [acesso em: 10 set 2024]. Disponível em: http://www.cmoposse.com.br.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14.APROVAÇÃO

Nome Emissor: Nome: XXXX Cargo: XXXX	Nome Verificador: Nome: XXXX Cargo: XXXX	Nome Aprovador: Nome: XXXX Cargo: XXXX
Ass. Emissor: XXXX	Ass. Verificador: XXXX	Ass. Aprovador: XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Este documento visa instituir e promover a higiene das mãos na unidade com intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente e dos profissionais de saúde.

2. APLICAÇÃO

- Ambulatório / hemodiálise.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

- Água e sabão;
- Papel toalha;
- Álcool 70% (gel / espuma).

5. EPI

- Não se aplica

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	**HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO**

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Enfermeiro/Téc. Enfermagem	De	Molhe as mãos com água;
Enfermeiro/Téc. Enfermagem	De	Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete (líquido ou espuma) para cobrir todas as superfícies das mãos;
Enfermeiro/Téc. Enfermagem	De	Friccione as palmas das mãos entre si;
Enfermeiro/Téc. Enfermagem	De	Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa;
Enfermeiro/Téc. Enfermagem	De	Friccione as palmas entre si com os dedos entrelaçados;
Enfermeiro/Téc. Enfermagem	De	Friccione o dorso dos dedos de uma mão na palma da mão oposta;
Enfermeiro/Téc. Enfermagem	De	Friccione em movimento circular o polegar esquerdo com auxílio da palma da mão direita e vice-versa;
Enfermeiro/Téc. Enfermagem	De	Friccione em movimento circular as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma esquerda, e vice versa;
Enfermeiro/Téc. Enfermagem	De	Enxague bem as mãos com água;
Enfermeiro/Téc. Enfermagem	De	Seque rigorosamente as mãos com papel toalha descartável;
Enfermeiro/Téc. Enfermagem	De	No caso de torneira com fechamento manual, use a toalha para fechar a torneira;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	**HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM SOLUÇÃO ALCOÓLICA**
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	A utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espumas e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% e 80%) tem como finalidade reduzir a carga microbiana das mãos e pode substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. A fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	A fricção das mãos com preparação alcoólica antisséptica deve ter duração de no mínimo 20 a 30 segundos.
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Aplique uma quantidade suficiente do produto em uma mão em concha, cobrindo toda a superfície;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Friccione as palmas das mãos entre si;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Friccione as palmas entre si com os dedos entrelaçados;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Friccione o dorso dos dedos de uma mão na palma da mão oposta;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Friccione em movimento circular o polegar esquerdo com auxílio da palma da mão direita e vice-versa;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Friccione em movimento circular as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma esquerda, e vice-versa;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Quando estiverem secas, suas mãos estão seguras.

Tabela 92 - Papéis e responsabilidades da equipe

7. QUANDO EXECUTAR

5 Momentos para higienização das mãos:

- Antes de tocar o paciente;
- Antes da realização de procedimento limpo/asséptico;
- Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções;
- Após tocar o paciente;
- Após tocar superfícies próximas ao paciente.

8. REGISTROS

Não se aplica.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de não conformidade e eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) constituem um problema grave e um grande desafio, exigindo dos responsáveis pelos serviços de saúde ações efetivas de prevenção e controle. Tais infecções ameaçam tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde, podendo acarretar sofrimentos e resultar em gastos excessivos para o sistema de saúde. Atualmente, a atenção à segurança do paciente envolvendo o tema higienização das mãos tem sido tratada como prioridade.

As mãos são consideradas as principais ferramentas dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, pois é através delas que eles executam suas atividades. Assim, a segurança dos pacientes, nesses serviços, depende da higienização cuidadosa e frequente das mãos desses profissionais.

11. ANEXO



Figura 181 – Cinco momentos para higienização das mãos

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos. Brasília, 2009.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. RDC nº. 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 out. 2010.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
COMUNICAÇÃO EFETIVA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Assegurar que a informação transmitida entre os profissionais de saúde seja clara, completa e compreendida corretamente.

2. APLICAÇÃO

- Ambulatório.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

- Não se aplica.

5. EPI

- Não se aplica

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
De Enfermeiro/Téc. Enfermagem	Transmitir as informações entre a equipe multiprofissional, respeitando a individualidade de cada profissional e área de atuação;
De Enfermeiro/Téc. Enfermagem	Comunicar condições clínicas ao paciente e/ou familiares / responsáveis, respeitando preceitos éticos e esclarecendo dúvidas ao processo de cuidado prestado;
De Enfermeiro/Téc. Enfermagem	Realizar escuta ativa sem interferir ou jugar, valorizando as preocupações dos pacientes e familiares;
De Enfermeiro/Téc. Enfermagem	Utilizar linguagem, clara, simples e acessível para o paciente, considerando grau de compreensão para a informação transmitida;
De Enfermeiro/Téc. Enfermagem	Tomar decisões com base nas informações recebidas, utilizando imparcialidade, competência, corresponsabilidade interdisciplinar e interação com familiares;
De Enfermeiro/Téc. Enfermagem	Empoderar o paciente para fazer escolhas sobre sua saúde e tratamento;
De Enfermeiro/Téc. Enfermagem	Aplicar estratégias para comunicar informações importante, por exemplo, uso de cores, desenhos, linguagem de sinais, entre outros;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Demonstrar interesse pelas ideias, valores e preocupações do paciente, por meio de linguagem não verbal (contato visual, expressão facial e toque físico, tal como segurar a mão);
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Usar linguagem eletrônica de forma clara, segura, completa e ética;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Demonstrar respeito pelas diferenças culturais, étnicas, espirituais, emocionais e as relacionadas com os seus valores e crenças;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Estabelecer vínculos empáticos com o paciente e família, colegas de trabalho e trabalhadores de saúde;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Compreender a influência do ambiente na comunicação. Entender como o silêncio, a ausência de interrupções e a privacidade influenciam a comunicação com o paciente e familiares;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Usar linguagem verbal (conteúdo e tom de voz) no trabalho em equipe e no cuidado aos pacientes;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Saber medir conflitos, realizar negociações e contribuir para um clima organizacional positivo e seguro para o paciente e trabalhadores de saúde da instituição;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Registrar todas as orientações repassadas aos pacientes em prontuário, através do sistema de gestão hospitalar, de forma clara, coesa, evitando siglas desconhecidas e abreviaturas não padronizadas.

Tabela 93 - Papéis e responsabilidades da equipe

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. QUANDO EXECUTAR

Durante toda a assistência prestada ao paciente.

8. REGISTROS

Em prontuário do paciente através do sistema de gestão hospitalar.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de não conformidade e eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) constituem um problema grave e um grande desafio, exigindo dos responsáveis pelos serviços de saúde ações efetivas de prevenção e controle. Tais infecções ameaçam tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde, podendo acarretar sofrimentos e resultar em gastos excessivos para o sistema de saúde. Atualmente, a atenção à segurança do paciente envolvendo o tema higienização das mãos tem sido tratada como prioridade.

As mãos são consideradas as principais ferramentas dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, pois é através delas que eles executam suas atividades. Assim, a segurança dos pacientes, nesses serviços, depende da higienização cuidadosa e frequente das mãos desses profissionais.

11. ANEXO

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Communication during patient hand-overs*. World Health Organization, 2007. Disponível em: https://www.who.int. Acesso em: 03 out. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE (IBSP). *Protocolo de Comunicação Segura*. Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente, 2020. Disponível em: https://www.segurancadopaciente.com.br. Acesso em: 03 out. 2024.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *International Patient Safety Goals (IPSG)*. 6. ed. Oak Brook, Illinois: Joint Commission Resources, 2020. Disponível em: https://www.jointcommissioninternational.org. Acesso em: 03 out. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). *Protocolos Básicos de Segurança do Paciente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.saude.gov.br/protocolos-seguranca-paciente. Acesso em: 03 out. 2024.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Assegurar que todas as intervenções, sejam realizadas no paciente correto, minimizando os riscos de erro de identidade. A correta identificação reduz eventos adversos, como a

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

administração de medicação incorreta, procedimentos em pacientes errados ou a troca de exames.

2. APLICAÇÃO

- Ambulatório.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

- Crachá de identificação dos pacientes da hemodiálise;
- Etiqueta de identificação;

5. EPI

Não se aplica.

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Certificar a correta identificação do paciente que se dará através de crachá de identificação para os pacientes da hemodiálise, placa de identificação beira leito da hemodiálise, demais pacientes e acompanhantes etiquetas de identificação (colante) fixadas na roupa / tórax;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	A impressão (etiqueta) deve ser durável, impermeável, segura e inviolável;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	No dispositivo de identificação deverá conter os seguintes marcadores: Nome do paciente, nome da mãe e data de nascimento.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Os pacientes da hemodiálise possuem poltronas pré-estabelecidas (fixas) para realização das sessões, identificadas com os dados do paciente;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	A confirmação da identificação do paciente será realizada antes de qualquer procedimento;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	O profissional responsável pelo procedimento deverá perguntar o nome ao paciente e conferir as informações contidas no crachá de identificação do paciente com o pedido ou prescrição médica.
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	NUNCA pergunte ao paciente "você é o Sr. Silva?" porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.

Tabela 94 - Papéis e responsabilidades da equipe

7. QUANDO EXECUTAR

Durante toda a assistência prestada ao paciente.

8. REGISTROS

Em prontuário do paciente através do sistema de gestão hospitalar.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de não conformidade e eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este protocolo visa reforçar a segurança do paciente através de um processo de identificação eficaz e contínuo, garantindo que os cuidados sejam administrados ao paciente certo e no momento adequado.

11. ANEXO

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *National Patient Safety Goals*. Joint Commission Resources, 2020. Disponível em: https://www.jointcommissioninternational.org. Acesso em: 03 out. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). *Protocolo de Identificação do Paciente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.saude.gov.br. Acesso em: 03 out. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE (IBSP). *Protocolos de segurança do paciente*. Disponível em: https://www.ibsp.org.br. Acesso em: 03 out. 2024.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome Verificador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome Aprovador:** **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
PREVENÇÃO DE QUEDA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Este protocolo tem por objetivo orientar a Equipe Multiprofissional no monitoramento e implementação das medidas para prevenção de quedas em usuários que estão em tratamento / sessão de hemodiálise. Para isso é fundamental a identificação dos fatores de risco preditivos de queda que discriminem os indivíduos que apresentar grau de risco, sendo fundamental estabelecer as intervenções da equipe multiprofissional para reduzir este evento/incidente ao usuário.

2. APLICAÇÃO

- Ambulatório / hemodiálise.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

- Adesivo / boton de Identificação de Risco na cor Amarela, fixado na identificação beira leito e no crachá de identificação dos pacientes de hemodiálise;
- Poltronas reclináveis com "braços" para realizar as hemodiálises;
- Cadeiras de rodas com "braços" e travas;
- Banheiros com corrimão;
- Corredores com corrimão;
- Placa de identificação de limpeza.

5. EPI

- Não se aplica

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
Enfermeiro	Higienizar as mãos;
Enfermeiro	Durante a consulta de enfermagem pré hemodiálise aplicar a escala de morse, através do sistema de gestão hospitalar na aba **"escalas"** do prontuário de cada paciente e/ou preenchendo o formulário de Avaliação do Risco de Queda (Escala de Morse);
Enfermeiro	Orientar o paciente quanto aos riscos de queda e como prevenir;
Enfermeiro	Orientar para que o usuário não se levante subitamente devido ao risco de hipotensão postural e tontura;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Identificar com boton na cor amarela o crachá do paciente e identificação beira leito da hemodiálise;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	O símbolo (boton) da placa de Identificação de Risco para Queda, indica restrição de deambulação desacompanhado, alertando a necessidade de acompanhamento de um familiar ou profissional da enfermagem;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Auxiliar na deambulação dos usuários que apresentarem dificuldade de marcha ou deficit sensitivo ou motor;
Enfermeiro/Téc. De Enfermagem	Registar em prontuário todas as intervenções realizadas e intercorrências;

Tabela 95 - Papéis e responsabilidades da equipe

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. QUANDO EXECUTAR

Em pacientes em tratamento / sessão de hemodiálise.

8. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Manter o ambiente seguro para prevenção de quedas, a fim de preservar a saúde e integridade física dos pacientes.

11. ANEXO

ITEM	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
1.Histórico de Quedas	
Não	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.
Sim	Se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar.
2. Diagnóstico Secundário	
Não	Se no prontuário do paciente apresentar **apenas um** diagnóstico médico.
Sim	Se no prontuário do paciente apresentar **mais de um** diagnóstico médico.
3. Auxilio na deambulação	
Nenhum/Acamado / Auxiliado por Profissional da Saúde	Se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou se deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho.
Muletas	Se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ITEM	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
/Bengala/Andador	
Mobiliário/Parede	Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes.
4. Terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso
Sim	**Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).**
5. Marcha	
Normal/ Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação).
Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto.
Comprometida / Cambaleante	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão. Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem essa ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente realmente se apoia nele e que, quando o paciente se apoia em um

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ITEM	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
	corrimão ou mobília, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas.
6. Estado mental	
Orientado / Capaz quanto à sua capacidade/limitação	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.
Superestima capacidade / Esquece limitações	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?", verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.

Tabela 96 – Definição operacional

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Protocolo de Prevenção de Quedas. ProQualis Disponível em: < http://proqualis.net/quedas/ >. Acesso em 10 jan.2010.

Iatrogenia na assistência de enfermagem durante internação em UTI – Revista Ciência, Cuidado e Saúde Maringá, v. 1, n. 1, p. 159-162, 1. sem. 2002.

PERRACINE, M.P. Prevenção E Manejo de Quedas no Idoso. Portal Equilibrio e Queda em Idosos. Disponível em:< HTTP://pequi.incubadora.fapesp.br/portal/quedas>. Acesso em: 10 jan. 2010.

Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Santesso PL, Leão ER, Chimentão DMN.

PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS – Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz; 2013.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE NUTRIÇÃO				
ATENDIMENTO NUTRIÇÃO				
POLICLÍNICA				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Sistematizar e otimizar o trabalho do profissional Nutricionista e o cuidado ambulatorial nutricional ao paciente da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Formulário de triagem e avaliação;

Balança;

Estadiômetro;

Fita métrica inextensível;

Adipômetro;

Bioimpedância.

5. EPI

Luvas de procedimento

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES
Nutricionista	Realizar anamnese: A avaliação do consumo alimentar é um procedimento que deve fazer parte da anamnese e avaliação nutricional. Com o objetivo de obter maior conhecimento sobre as características dos hábitos e das condições alimentares do paciente.
Nutricionista	Realizar avaliação antropométrica: medir o tamanho corporal e de suas proporções. É um dos indicadores diretos do estado nutricional e inclui medidas de peso, altura, pregas cutâneas e circunferências de membros.
Nutricionista	Quando necessário realizar avaliação por bioimpedância: a avaliação da composição corporal é indicada para monitorar alterações nos compartimentos corporais, podendo auxiliar na identificação de como as patologias afetam o metabolismo energético e as reservas. A bioimpedância resulta em determinação acurada da composição corporal de adultos saudáveis e sem distúrbios no estado de hidratação, e o ângulo de fase e a análise dos vetores são tidos como instrumentos de diagnóstico nutricional e de prognóstico clínico. A estimativa da composição corporal através da utilização da bioimpedância tem sido validada em diversas situações clínicas, como desnutrição,

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

	traumas, câncer, pré e pós-operatório, doenças hepáticas e insuficiência renal em crianças, idosos e atletas.
Nutricionista	Realizar avaliação de a ingestão alimentar (Recordatório de 24 horas);
Nutricionista	Realizar diagnóstico nutricional: de acordo com a Resolução nº 417 do CFN, de 18 de março de 2008, "o diagnóstico nutricional é a identificação do estado nutricional do indivíduo, elaborado a partir de dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos".
Nutricionista	Calcular necessidades nutricionais: a calorimetria indireta é considerada o padrão ouro para a estimativa das necessidades energéticas por apresentar entre suas características: segurança, praticidade, não invasividade e possibilidade de ser realizada à beira leito. Na impossibilidade de utilização da mesma, recomenda-se o cálculo da estimativa através de quilocalorias por quilo de peso.
Nutricionista	Registrar avaliação no prontuário do paciente: o prontuário é uma ferramenta de comunicação interprofissional importante, onde a padronização dos registros é parte essencial da sistematização do cuidado ao paciente por facilitar a comunicação multidisciplinar, além de ser obrigatório para respaldo legal do trabalho profissional e direito do paciente.
Nutricionista	Fazer acompanhamento e evolução do paciente, de acordo com a necessidade: o acompanhamento de nutrição, ou seja, as reavaliações têm como objetivo avaliar as intervenções e a necessidade de definir novos diagnósticos de nutrição, objetivos e ações, comparando o estado nutricional atual do paciente com o anterior e analisando as metas propostas anteriormente.
Nutricionista	Realizar orientação nutricional e fazer plano alimentar ser necessário; Na etapa do planejamento terapêutico, o nutricionista deve delinear intervenções com o objetivo de solucionar os problemas encontrados durante a avaliação do estado nutricional, descritos como diagnósticos nutricionais. Para cada diagnóstico de

	nutrição, deverá haver ações específicas com intuito de solucioná-lo.

Tabela 97 - Papéis e responsabilidades da equipe

7. QUANDO EXECUTAR

Quando for agendado consulta com nutricionista.

8. REGISTROS

Realizar evolução no sistema de prontuário eletrônico.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Ações em caso de não conformidade realizar a correção imediata da falha ou ação, a fim de se evitar maiores danos ao usuário e abrir não conformidade no sistema de gestão da qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

11. ANEXO

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diretriz de Triagem, Avaliação Nutricional e Intervenção em adultos da ASPEN (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition), 2011.

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Triagem Nutricional em Paciente Adulto, 2014.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Verificador:**	**Nome Aprovador:**
Nome: XXXX	**Nome:** XXXX	**Nome:** XXXX
Cargo: XXXX	**Cargo:** XXXX	**Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA				
FISIOTERAPIA ORTOPEDICA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Promover o alívio da dor, restaurar a mobilidade, melhorar a função e prevenir recorrências.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Estetoscópio;

Fita métrica;

Goniômetro;

Cama elástica;

Faixa elástica;

Aparelhos de eletroterapia;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Ventosaterapia;

Colchonete;

Maca;

Bola;

Exercitador de dedos;

Laser terapêutico;

Halteres;

Rolo de posicionamento.

5. EPI

Não se aplica.

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

Avaliação Inicial:

- **Anamnese detalhada:** Histórico de lesões, dor, traumas, cirurgias e estilo de vida.
- **Avaliação física:** Observação da postura, marcha, palpação das estruturas, avaliação de amplitude de movimento, força muscular, dor e limitações funcionais.
- **Exames complementares:** Radiografias, ressonâncias ou outros exames de imagem podem ser considerados para uma melhor compreensão do quadro.

Estabelecimento de Objetivos:

- Reduzir dor e inflamação.
- Restaurar a amplitude de movimento articular.
- Reforçar músculos e estruturas de suporte.
- Melhorar a função e mobilidade geral.
- Prevenir novas lesões e otimizar a biomecânica.

Plano de Tratamento:

O tratamento será adaptado conforme a fase de recuperação do paciente, que geralmente se divide em:

Fase Aguda (Inflamação e Dor Intensa):

Objetivo: Controlar dor e inflamação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Métodos:

- Terapias manuais suaves: Mobilizações articulares passivas e técnicas de relaxamento.
- Eletroterapia: TENS, ultrassom ou laser para controle de dor e estímulo à cicatrização.
- Exercícios de mobilidade passiva e ativa assistida: Para prevenir rigidez.

Fase Subaguda (Recuperação Funcional):

Objetivo: Recuperar mobilidade e força.

Métodos:

- Alongamentos: Alongamentos ativos e passivos para restaurar a flexibilidade.
- Exercícios de fortalecimento: Foco nos músculos estabilizadores e na musculatura envolvida na lesão.
- Terapias manuais: Mobilizações e manipulações articulares mais ativas.
- Propriocepção e equilíbrio: Exercícios que visam reeducar a função neuromuscular.
- Eletroterapia: Pode ser continuada para facilitar o processo de cicatrização.

Fase de Reabilitação Avançada (Fortalecimento e Função Completa):

Objetivo: Restabelecer a função completa e prevenir novas lesões.

Métodos:

- Exercícios resistidos: Uso de pesos e resistência elástica para fortalecer os músculos afetados.
- Treinamento funcional: Atividades que simulam movimentos do dia a dia ou do esporte que o paciente pratica.
- Treinamento de propriocepção: Foco em melhorar o equilíbrio e a coordenação para prevenir novas lesões.
- Reeducação postural e ergonômica: Para melhorar a biomecânica e evitar sobrecargas.

Orientações Domiciliares:

- Exercícios de manutenção: O paciente é orientado a realizar atividades em casa, como alongamentos e exercícios leves de fortalecimento.
- Cuidados preventivos: Postura correta e ajustes ergonômicos no dia a dia.

Acompanhamento e Reavaliações:

- Acompanhamento contínuo para ajustar o tratamento conforme o progresso do paciente.
- Reavaliações periódicas para verificar se os objetivos estão sendo atingidos.

Encerramento do Tratamento:

- Alta fisioterapêutica quando o paciente atingir a funcionalidade plena ou os objetivos previamente estabelecidos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Orientação sobre atividades físicas e cuidados a longo prazo para evitar recidivas ou novas lesões.

7. QUANDO EXECUTAR

Pacientes regulados via sistema de regulação, mediante prescrição médica.

Exemplos de Patologias Tratadas:

- Entorses e distensões musculares.
- Fraturas e pós-fraturas.
- Lesões de ligamentos (como LCA).
- Tendinites e bursites.
- Síndromes do impacto.
- Artrite e artrose.
- Pós-operatórios ortopédicos (como próteses de joelho ou quadril).

8. REGISTROS

Registrar toda assistência prestada ao paciente no sistema de gestão hospitalar.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de não conformidade e eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A fisioterapia ortopédica desempenha um papel essencial na recuperação de lesões musculoesqueléticas, garantindo que os pacientes retornem às suas atividades diárias e esportivas de maneira segura e eficiente. Por meio de uma avaliação minuciosa, estabelecimento de objetivos claros e a aplicação de técnicas específicas adaptadas às fases de reabilitação, o protocolo de tratamento proporciona uma abordagem personalizada, promovendo alívio da dor, restauração da mobilidade e fortalecimento das estruturas afetadas.

11. ANEXO

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

MAGEE, David J. Avaliação musculoesquelética. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

NEUMANN, Donald A. Cinesiologia do aparelho musculoesquelético: fundamentos para a reabilitação física. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

BRUKNER, Peter; KHAN, Karim. Clinical sports medicine. 5. ed. Nova Iorque: McGraw-Hill, 2017.

BESSA, Simone N. Fisioterapia ortopédica e traumatológica: avaliação e tratamento das lesões musculoesqueléticas. Rio de Janeiro: Revinter, 2015.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA				
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA				
SETOR: AMBULATÓRIO				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

A fisioterapia respiratória envolve um conjunto de técnicas e procedimentos destinados a melhorar a função pulmonar, promover a reexpansão pulmonar, facilitar a eliminação de secreções e otimizar a ventilação nos pacientes com disfunções respiratórias.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Oxímetro de pulso;

Espirômetro;

Pressão expiratória positiva (PEP);

Cough Assist (tosse assistida);

BIPAP (ventilação não invasiva).

5. EPI

Não se aplica.

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

Avaliação Inicial:

- **Anamnese completa:** Histórico de doenças respiratórias, hábitos de vida (como tabagismo), presença de tosse, dispneia, fadiga, entre outros.

- **Exame físico:** Inspeção da frequência respiratória, padrão ventilatório, uso de musculatura acessória, expansibilidade torácica e presença de sons respiratórios alterados.
- **Exames complementares:** Gasometria arterial, espirometria, oxímetro de pulso, radiografias de tórax ou outros exames de imagem, quando disponíveis.

Estabelecimento de Objetivos:

- Facilitar a remoção de secreções.
- Promover a reexpansão pulmonar e prevenir atelectasias.
- Melhorar a ventilação e a oxigenação.
- Treinar a musculatura respiratória.
- Reduzir o trabalho respiratório e promover uma respiração mais eficiente.
- Reeducar o padrão respiratório e melhorar a mobilidade torácica.

Técnicas de Fisioterapia Respiratória:

Técnicas de desobstrução brônquica:

- **Tosse assistida:** Técnicas manuais ou com dispositivo que facilitam a expectoração de secreções.
- **Drenagem postural:** Uso de posições específicas para facilitar a drenagem de secreções por gravidade.
- **Terapia percussiva e vibração torácica:** Manobras manuais aplicadas no tórax para mobilizar secreções.
- **Pressão Expiratória Positiva (PEP):** Uso de dispositivos que aumentam a pressão durante a expiração, facilitando a abertura das vias aéreas e melhorando a mobilização das secreções.

Técnicas de expansão pulmonar:

- **Respiração diafragmática:** Treinamento para incentivar o uso do diafragma, melhorando a ventilação e a troca gasosa.
- **Inspirações profundas e exercícios de controle ventilatório:** Incentivar inspirações lentas e profundas para expandir os pulmões.
- **Reexpansão pulmonar com compressão/descompressão:** Aplicação de técnicas manuais para reexpansão de áreas hipoventiladas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Treinamento da musculatura respiratória:

- **Treinamento com dispositivos de resistência inspiratória e expiratória:** Para fortalecer os músculos respiratórios e melhorar a capacidade ventilatória.
- **Incentivo respiratório:** Uso de aparelhos como o espirômetro de incentivo para aumentar a capacidade pulmonar.

Técnicas de reeducação respiratória:

- **Padrão respiratório diafragmático:** Reeducação para utilizar o diafragma adequadamente e reduzir o esforço da musculatura acessória.
- **Coordenação entre respiração e atividades:** Ensinar o paciente a coordenar a respiração com as atividades do dia a dia.

Cuidados Específicos em Situações Clínicas:

Pacientes com Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC):

- Foco na mobilização de secreções, melhora da ventilação e reeducação respiratória.
- Técnicas de expiração com lábios semicerrados para melhorar a ventilação alveolar.

Pacientes com Fibrose Cística:

- Maior ênfase na desobstrução brônquica e reexpansão pulmonar.
- Drenagem postural e técnicas como tosse assistida são frequentemente usadas.

Pacientes Pós-operatórios:

- Prevenção de complicações pulmonares como atelectasia e pneumonia.
- Exercícios de reexpansão pulmonar e mobilização precoce para evitar estase de secreções.

Orientações Domiciliares:

- **Exercícios respiratórios:** Pacientes devem ser orientados a realizar exercícios respiratórios diários em casa, como respiração diafragmática e uso de espirômetros de incentivo.
- **Controle postural e ergonomia:** Instruções sobre postura e técnicas para facilitar a respiração, especialmente em casos de doenças crônicas.

Acompanhamento e Reavaliação:

- **Monitoramento contínuo:** Avaliação periódica da função respiratória e ajuste do protocolo conforme a evolução do paciente.
- **Oxigenação e ventilação:** Acompanhamento da saturação de oxigênio, trocas gasosas e estado geral do paciente.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

7. QUANDO EXECUTAR

Pacientes regulados via sistema de regulação, mediante prescrição médica.

Exemplos de Patologias Tratadas:

- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC);
- Asma;
- Pneumonias;
- Fibrose Cística;
- Pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais;
- Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA);
- Pacientes em ventilação mecânica.

8. REGISTROS

Registrar toda assistência prestada ao paciente no sistema de gestão hospitalar.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de não conformidade e eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A fisioterapia respiratória é essencial para promover a reabilitação pulmonar, melhorar a qualidade de vida e evitar complicações respiratórias. Ele é cuidadosamente adaptado às necessidades de cada paciente, seja em ambiente ambulatorial ou domiciliar, com técnicas e exercícios que otimizam a função respiratória e promovem a recuperação de maneira segura e eficaz.

11. ANEXO

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIMA, Walter Almeida; CRUZ, Carmem Silveira; COSTA, Dayana Nogueira. Fisioterapia respiratória: fundamentos e práticas clínicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

FELTRIM, Maria Ignez D'Aquino. Fisioterapia respiratória moderna. 6. ed. São Paulo: Manole, 2017.

PERRACINI, Maria Regina; ALVARENGA, Hugo Marins de. Fundamentos de fisioterapia respiratória e cardiovascular. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor:	Nome Verificador:	Nome Aprovador:
Nome: XXXX **Cargo**: XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	**Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

PROTOCOLO DE FONOAUDIOLOGIA				
DISFONIA				
SETOR: AMBULATORIAL				
Código: XXXX	Data Elaboração: XXXX	Data Revisão: XXXX	Revisão: XXXX	Página: XXXX

1. OBJETIVO

Proporcionar um atendimento sistemático e eficaz para pacientes com disfonia, visando a identificação da causa, o tratamento adequado e a reabilitação da voz.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

5. EPI

Não se aplica.

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

Definição

Alteração na qualidade, volume ou timbre da voz, que pode ser temporária ou crônica, relacionada a diferentes causas.

Avaliação Inicial

- História clínica detalhada, incluindo início, duração, características da disfonia e fatores associados (exposição a irritantes, uso excessivo da voz, histórico de doenças).
- Avaliação do aparelho fonador e da cavidade oral.
- Análise da qualidade vocal, intensidade, pitch e esforço vocal.

Exames Complementares

- Laringoscopia (direta ou indireta) para avaliação das cordas vocais.
- Estudos audiológicos para verificar a audição.
- Exames laboratoriais (se houver suspeita de infecção ou outra condição subjacente).

Tratamento

- Recomendar descanso da voz, evitando sussurros e gritos.
- Incentivar a ingestão de líquidos e o uso de umidificadores.
- Orientar a evitar fumaça, poluentes e substâncias irritante.
- Realizar terapia fonoaudiológica para exercícios vocais específicos e técnicas de respiração.
- Explicar sobre a natureza da disfonia, o tratamento proposto e a importância do acompanhamento.
- Marcar consultas de seguimento para monitorar a evolução da condição vocal.
- Registrar todos os dados clínicos, exames, diagnósticos e intervenções realizadas no prontuário do paciente.

7. QUANDO EXECUTAR

Durante a assistência prestada ao paciente.

8. REGISTROS

Prontuário do paciente em sistema de gestão hospitalar.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Em casos de eventos adversos registrar no sistema de gestão da qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

- O monitoramento contínuo da voz e reavaliações periódicas são fundamentais para avaliar a eficácia do tratamento e ajustar as intervenções conforme necessário.
- A disfonia pode prejudicar a comunicação, impactando o desempenho profissional, a vida social e o bem-estar emocional. Pacientes podem sentir frustração, isolamento e ansiedade devido à dificuldade em se comunicar efetivamente.

11. ANEXO

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Silva, R. L., & Almeida, F. J. (2019). "Disfonia: causas, diagnóstico e tratamento". *Revista Brasileira de Fonoaudiologia*, 24(2), 105-112.

Souza, D. L. et al. (2020). "A eficácia da terapia fonoaudiológica na disfonia funcional". *Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia*, 25(3), 123-130.

Lima, L. B. et al. (2021). "Aspectos clínicos da disfonia e sua reabilitação". *Revista de Terapia Vocal*, 15(1), 45-52.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
XXXX	XXXX	XXXX

14. APROVAÇÃO

Nome Emissor: **Nome:** XXXX **Cargo**: XXXX	Nome Verificador: **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX	Nome Aprovador: **Nome:** XXXX **Cargo:** XXXX
Ass. Emissor: XXXX	**Ass. Verificador:** XXXX	**Ass. Aprovador:** XXXX

1.1.1.4 Fluxo Unidirecional de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)

MANEJO DE RESÍDUOS

O manejo dos resíduos de serviços de saúde deve focar os aspectos intra e extra estabelecimento, indo desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

SEGREGAÇÃO

Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

ACONDICIONAMENTO

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em sacos resistentes à ruptura e vazamento e impermeáveis, e deve ser respeitado o limite de peso de cada saco, além de ser proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. Os resíduos perfurocortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes à punctura, ruptura e vazamento, e ao processo de descontaminação utilizado pelo laboratório.

IDENTIFICAÇÃO

Esta etapa do manejo dos resíduos, permite o reconhecimento dos 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 devem ser identificados de tal forma a permitir fácil visualização, de forma indelével.

TRANSPORTE INTERNO

Esta etapa 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 transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com outras atividades e deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los,

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com legislação ambiental.

CLASSIFICAÇÃO DO RESÍDUOS DE SAÚDE



Figura 74 - Descrição de tipo de resíduos.

FLUXO DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Unidades geram os resíduos dos serviços de saúde.

2. Segregação é realizada assim que são gerados os resíduos;

3. Equipe de higienização das unidades geradoras realizam o recolhimento dos resíduos nos carros de coleta e armazenam na sala de utilidades/ expurgo;

4. Equipe de higienização/coleta realiza a coleta interna em horários pré-estabelecidos, utilizando os carros de coleta de material liso, rígido, lavável e impermeável, de forma que a capacidade do carro não seja ultrapassada para que seja realizado a vedação com a tampa;

5. Os resíduos coletados são transportados até o abrigo externo de armazenamento

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

temporário, são pesados e os dados são registrados em formulários específicos;

6. Os resíduos são acondicionados em bombonas com tampa, até a coleta externa ser realizada, em dias pré-definidos para posterior tratamento e destinação final.

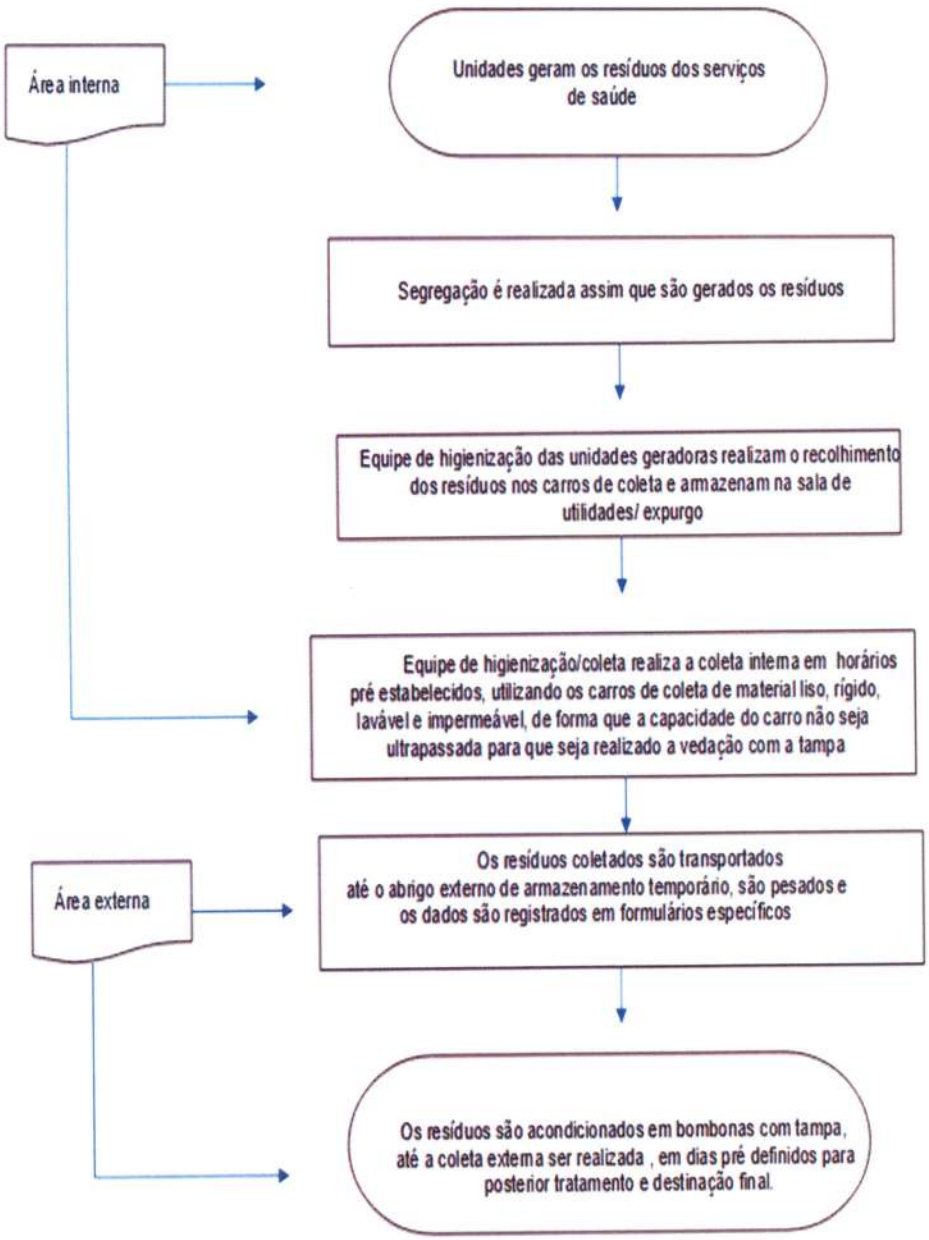


Figura 75 - Fluxograma de Coleta Interna dos Resíduos dos Serviços de Saúde.

FLUXO DE COLETA EXTERNA DOS RESÍDUOS DE SAÚDE

1. Resíduos dos serviços de saúde (RSS) coletados e armazenados em bombonas no abrigo externo.

2. Os resíduos são separados por ambientes, sendo um para armazenar os coletores dos RSS do Grupo A e grupo E, ambiente exclusivo para armazenar os coletores de RSS do grupo B e outro para o grupo D;

3. Todas as bombonas/containers são constituídas de material liso, rígido, impermeável e resistente, de forma que a capacidade não seja ultrapassada para que seja realizado a vedação com a tampa;

4. Os resíduos do grupo e subgrupo A, são coletados conforme a demanda, sendo de responsabilidade de empresa terceirizada devidamente licenciada para essa atividade (incineração). Resíduos advindos de amostras biológicas e microbiológicas são descaracterizadas/autoclavadas e armazenadas em saco branco leitoso. As do subgrupo A não necessitam de tratamento prévio;

5. Os resíduos do grupo B são coletados conforme a demanda por empresa terceirizada para destinação final;

6. Os resíduos do grupo D, quando não encaminhados para reutilização, ou reciclagem, e são coletados conforme demanda, sendo de responsabilidade do Serviço de Limpeza Urbana da Prefeitura Municipal e são transportados até o aterro controlado para destinação final;

7. Os resíduos do grupo E, são coletados conforme a demanda, sendo de responsabilidade de empresa terceirizada para destinação final (incineração);

8. Ao final de todas as etapas (tratamento e disposição final), a empresa terceirizada emite o certificado de comprovação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

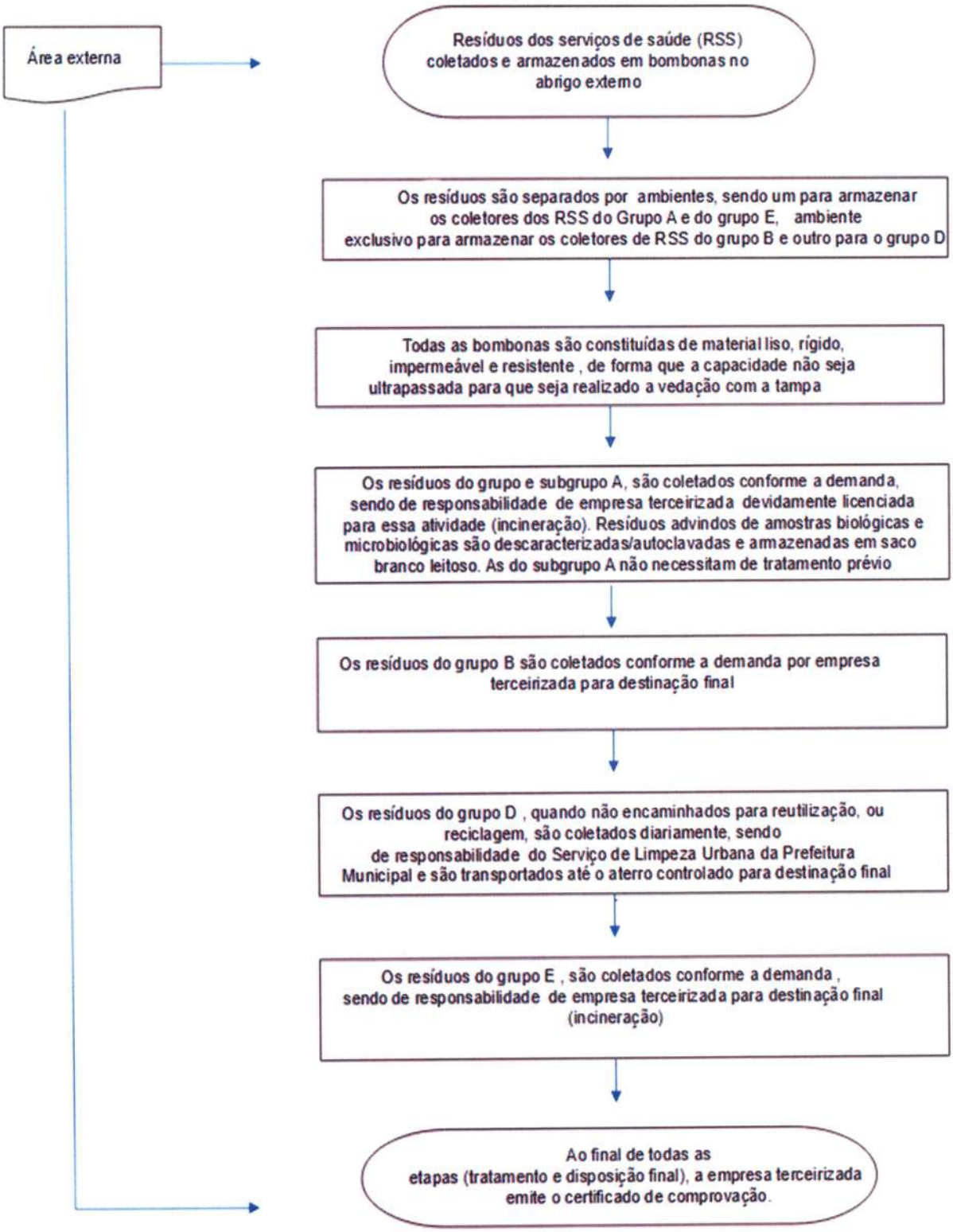


Figura 76 - Fluxograma de Coleta Externa dos Resíduos dos Serviços de Saúde

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

QUANTITATIVO / DIMENSIONAMENTO DE COLETORES DE RESÍDUOS

Para dimensionar o quantitativo de coletores de resíduos em uma unidade ambulatorial e serviço de hemodiálise, são necessárias algumas considerações para a adequação do número e tipos de coletores.

A quantidade de resíduos gerados depende de fatores como o tipo de unidade, número de atendimentos e especialidades. Vamos utilizar uma estimativa básica levando em consideração as particularidades de cada setor.

1. HEMODIÁLISE: Geram maior volume de resíduos infectantes e químicos devido ao uso de soluções ácidas e básicas , linhas arteriais e venosas, dialisadores, etc, perfurocortantes devido ao uso contínuo de materiais médicos, além de resíduos comuns.

2. CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO (CME): A CME gera resíduos infectantes, perfurocortantes nas áreas sujas e de desinfecção e resíduos comuns relacionados ao preparo e esterilização de materiais. Além disso , é importante ter o coletor de perfuro cortante nas áreas sujas e de desinfecção para o descarte de itens que vem junto aos instrumentais, e na sala de preparo para o descarte de ampolas de teste biológico com resultado negativo.

3. SALA DE ESTABILIZAÇÃO: são áreas críticas de emergência, onde são atendidos pacientes com diferentes níveis de gravidade. O manejo dos resíduos nessas áreas deve ser adequado à intensidade do uso de materiais contaminados, perfurocortantes e outros resíduos hospitalares. Essa área gera resíduos infectantes, perfurocortantes e comuns

4. SALA DE ACOLHIMENTO: na sala de acolhimento é necessário um coletor de resíduo infectante, comum e perfurocortante.

5. AMBULATÓRIO- CONSULTÓRIOS MÉDICOS (15)/ CONSULTÓRIOS MULTIPROFISSIONAIS (07) : menor geração de resíduos infectantes, mas deve-se considerar a geração de resíduos perfurocortantes em procedimentos e comum gerados por atividades administrativas.

6. SALA DE EXAMES (ELETROCARDIOGRAMA, ELETROENCEFALOGRAMA, TESTE ERGOMÉTRICO, MAPA, HOLTER, COLPOSCOPIA, AUDIOMETRIA, BIOIMPEDÂNCIA, EXAMES OFTALMOLÓGICOS, CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA, ETC): A maioria dos resíduos gerados nesses setores são comuns, como papéis e plásticos. Na sala da colposcopia, tem geração de resíduos biológicos.

7. SALA DE INJETÁVEIS: Na sala de injetáveis são utilizados medicamentos e materiais que geram resíduos comuns, infectantes e perfurocortantes.

8. SALA DE GESSO: Geram resíduos comuns e infectantes;

9. SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS: Geram resíduos comuns, infectantes e perfurocortantes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

10. SALA DE FISIOTERAPIA: : Geram resíduos comuns, infectantes e perfurocortantes.

11. LABORATÓRIO/ POSTO DE COLETA: Laboratórios geram resíduos comuns, resíduos infectantes e químicos no descarte de reagentes, além de resíduos perfurocortantes, especialmente em áreas de coleta de sangue e análises clínicas.

12. FARMÁCIA AMBULATORIAL PARA DISPENSAÇÃO/ CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (CAF)/ SALA DE CUIDADO FARMACÊUTICO: A farmácia é um ponto crítico para o descarte correto de resíduos de medicamentos e embalagens, que podem se enquadrar no Grupo B (resíduos químicos) e Grupo D (resíduos comuns), além dos perfurocortantes em casos de vencimento. A farmácia, lida com o armazenamento, separação e distribuição de medicamentos, gerando principalmente resíduos de embalagens e, ocasionalmente, medicamentos vencidos ou produtos com falhas de fabricação.

13. ALMOXARIFADO :O almoxarifado é onde ficam armazenados diversos materiais, incluindo insumos médicos e administrativos, que geram resíduos comuns.

14. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO: As áreas do SADT (radiologia, ultrassonografia, tomografia, etc.) podem gerar resíduos químicos e infectantes, além dos resíduos comuns.

15. SALA DE PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS/ SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: Geram resíduos perfurocortantes, infectantes, além de resíduos comuns.

16. ÁREA ADMINISTRATIVA GERAL (RECEPÇÃO, SALA DE REUNIÃO, OUVIDORIA, FATURAMENTO, ESTATÍSTICA, RECURSOS HUMANOS, QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE, SALAS ADMINISTRATIVAS, CALL CENTER, NIA, DIRETORIA, COORDENAÇÕES): A recepção de uma unidade de saúde é uma área de grande circulação de pacientes, visitantes e colaboradores. Nessa área, os resíduos gerados são predominantemente comuns, como papéis, copos descartáveis e embalagens, além de recicláveis. O dimensionamento dos coletores deve considerar o fluxo de pessoas e a necessidade de manter o ambiente limpo e organizado. A localização dos coletores será de forma estratégica, próxima às áreas de maior circulação, como ao lado de assentos e próximo ao balcão de atendimento, além de estarem claramente identificados.

Nos demais setores, os resíduos gerados são geralmente papéis, copos descartáveis, e materiais de escritório.

17. ÁREA ADMINISTRATIVA- NHE, SCIRAS E SESMT: São áreas administrativas com geração de resíduos comuns.

18. ÁREAS COMUNS: são as áreas de encontro dos setores, o qual possui movimentação de colaboradores, pacientes, acompanhantes e visitantes, sendo necessário coletores de resíduo comum e reciclável.

19. ÁREA DE APOIO: COPA: A copa gera principalmente resíduos orgânicos, comuns e recicláveis.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

20. ÁREA EXTERNA: Envolve espaços como estacionamentos, jardins, áreas de carga e descarga, além de locais de acesso para pacientes, visitantes e colaboradores. A geração de resíduos nesses espaços é predominantemente de resíduos comuns, recicláveis e, em menor escala, resíduos orgânicos. Estacionamento e jardins geram resíduos relacionados ao fluxo de pessoas e à manutenção externa, como papéis, plásticos, restos de alimentos e resíduos provenientes da jardinagem. Áreas de carga e descarga, onde ocorrem entregas e recebimento de insumos, também geram resíduos comuns e recicláveis, principalmente relacionados a embalagens. As áreas de entrada de pacientes, acompanhantes e visitantes, o volume de resíduos é gerado principalmente por papéis, embalagens de alimentos e copos descartáveis.

21. ABRIGO DE RESÍDUOS INTERNO TEMPORÁRIO/ SALA DE UTILIDADES/ EXPURGO: Nos abrigos internos (salas restritas destinadas para o abrigo interno temporário de resíduos para coleta em horários pré definidos) os coletores devem ser proporcionais à produção de resíduos e à frequência de coleta.

22. ABRIGO DE RESÍDUOS EXTERNO TEMPORÁRIO: Nos abrigos externos (locais de armazenamento temporário antes da coleta externa), o dimensionamento vai contemplar a produção diária de resíduos e a frequência de coleta por empresa terceira contratada para a destinação final.

DIMENSIONAMENTO POR SETOR				
SETOR	QTDE.	CAPACIDADE (L)	TIPO	OBSERVAÇÃO
HEMODIÁLISE	8 **1*** 3 **1***	20 **100** 50 **100**	INFECTANTE (A) COMUM (D)	01 COLETOR DE RESÍDUOS INFECTANTE PARA CADA POLTRONA, E 01 COMUM PARA CADA 3 POLTRONAS, 01 PERFUROCORTANTE PARA CADA POSTO DE ENFERMAGEM. ***ALOCADOS NO POSTO DE ENFERMAGEM**

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

	1*	**13**	PERFUROCORTANTE (E)	
CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO (CME)	2	100	INFECTANTE (A)	01 COLETOR DE RESÍDUO INFECTANTE PARA ÁREA SUJA E 01 PARA DESINFECÇÃO. 01 COLETOR DE RESÍDUO COMUM PARA ÁREA SUJA , 01 PARA ÁREA DE DESINFECÇÃO, 01 PARA ÁREA DE PREPARO E 01 PARA ARSENAL. 01 COLETOR PERFUROCORTANTE PARA ÁREA SUJA (PERFUROS ESQUECIDOS EM MEIO AOS INSTRUMENTAIS) E 01 PARA ÁREA LIMPA (PARA AMPOLAS DE TESTES BIOLÓGICOS COM RESULTADO NEGATIVO)
	4	100	COMUM (D)	
	2	5	PERFUROCORTANTE (E)	
SALA DE ESTABILIZAÇÃO: 03, SENDO UMA NA HEMODIÁLISE, UMA NO SETOR DE ATENDIMENTOS E 01 NO SETOR DE ENDOSCOPIA	**3***	100	INFECTANTE (A)	UM COLETOR DE CADA , EM CADA UMA DAS SALAS DE ESTABILIZAÇÃO
	3*	100	COMUM (D)	
	3*	20	PERFUROCORTANTE (E)	
	3	100	INFECTANTE (A)	

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SALAS DE ACOLHIMENTO	3	100	COMUM (D)	
	3	13	PERFUROCORTANTE (E)	
AMBULATÓRIO: CONSULTÓRIOS MÉDICOS (15); CONSULTÓRIOS MULTIPROFISSIONAIS (7)	22	50	INFECTANTE (A)	CADA CONSULTÓRIO DEVE TER COLETORES INFECTANTES, COMUNS E PERFUROCORTANTES
	22	50	COMUM (D)	
	22	50	PERFUROCORTANTE (E)	
SALAS DE EXAMES (13)	13	50	INFECTANTE (A)	
	13	50	COMUM (D)	*O COLETOR DE PERFUROCORTANTE FICARÁ DISPONÍVEL NA SALA ONDE É REALIZADO COLPOSCOPIA
	1*	13	PERFUROCORTANTE (E)	
SALA DE INJETÁVEIS	1	50	INFECTANTE (A)	
	1	50	COMUM (D)	
	1	13	PERFUROCORTANTE (E)	
	1	50	INFECTANTE (A)	

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SALA DE GESSO	1	50	COMUM (D)	
SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	1	50	INFECTANTE (A)	
	1	50	COMUM (D)	
	1	13	PERFUROCORTANTE (E)	
SALA DE FISIOTERAPIA	1	50	INFECTANTE (A)	
	1	50	COMUM (D)	
	1	13	PERFUROCORTANTE (E)	
LABORATÓRIO E POSTO DE COLETA	1	50	INFECTANTE (A)	01 COLETOR DE PERFUROCORTANTE POR BANCADA DE COLETA 01 COLETOR DE INFECTANTE POR BANCADA DE MANIPULAÇÃO 01 COLETOR DE RESIDUOS QUÍMICOS PARA REAGENTES
	1	50	COMUM (D)	
	1	20	PERFUROCORTANTE (E)	
	1	20	QUÍMICO (B)	
FARMÁCIA AMBULATORIAL PARA DISPENSAÇÃO/	2	100	COMUM (D)	01 COLETOR DE RESIDUOS QUÍMICOS PARA MEDICAMENTOS VENCIDOS EM CADA FARMÁCIA SATÉLITE

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO- CAF	2	13	PERFUROCORTANTE (E)	E 01 DE PÉRFUROCORTANTE EM CADA PARA DESCARTE DE AMPOLAS, FRASCO AMPOLAS, AGULHAS, LÂMINAS DE BISTURI VENCIDOS OU QUEBRADOS.
	2	20	QUÍMICOS (B)	
SALA DE CUIDADOS FARMACÊUTICOS	1	50	INFECTANTE (A)	
	1	50	COMUM (D)	
	1	20	PERFUROCORTANTE (E)	
ALMOXARIFADO	5	100	COMUM (D)	
SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO- SADT: ULTRASSOM, TOMOGRAFIA, MAMOGRAFIA, DESINTOMETRIA ÓSSEA, RAIO X	6	30	INFECTANTE (A)	01 COLETOR DE RESIDUOS QUÍMICOS PARA REAGENTES
	6	30	COMUM (D)	
	3	5	PERFUROCORTANTE (E)	
	1	20	QUÍMICOS (B)	
SALA DE PROCEDIMENTO ENDOSCOPIA/ COLONOSCOPIA (02	3	30	INFECTANTE (A)	01 COLETOR DE RESÍDUO INFECTANTE PARA CADA SALA DE ENDOSCOPIA/ COLONOSCOPIA
	6	30	COMUM (D)	

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SALAS ENDOSCOPIA, 01 SALA COLONOSCOPIA) / RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (03 LEITOS)	3	5	PERFUROCORTANTE (E)	01 COLETOR DE RESÍDUO COMUM PARA CADA LEITO DE RECUPERAÇÃO E CADA SALA DE EXAME 01 COLETOR DE PERFUROCORTANTE EM CADA SALA DE EXAME
ÁREA ADMINISTRATIVA: RECEPÇÃO, SALA DE REUNIÃO, OUVIDORIA, FATURAMENTO, ESTATÍSTICA, RECURSOS HUMANOS, QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE, SALAS ADMINISTRATIVAS, CALL CENTER, NIA, DIRETORIAS E COORDENAÇÕES	30*	50	COMUM (D)	*MÉDIA OS COLETORES PARA METAIS FICARÃO DISPOSTOS NAS RECEPÇÕES E NA ÁREA ADMINISTRATIVA DA DIREÇÃO
	30*	50	RECICLÁVEL	
	4	50	METAIS	
ÁREA ADMINISTRATIVA : SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA Á ASSISTÊNCIA À SAÚDE- SCIRAS NÚCLEO HOSPITALAR EPIDEMIOLÓGICO – NHE SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SEGURANÇA E	3	30	COMUM	01 COLETOR PARA RESÍDUO COMUM E RECICLÁVEL NO SCIRAS 01 COLETOR PARA RESÍDUO COMUM E RECICLÁVEL NO NHE 01 COLETOR DE RESÍDUO COMUM, E RECICLÁVEL NO SESMT
	3	30	RECICLÁVEL	

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

MEDICINA DO TRABALHO - SESMT				
ÁREAS COMUM: ACESSO AOS SETORES	**15***	50	COMUM (D)	***MÉDIA**
	15*	50	RECICLÁVEL	
ÁREA DE APOIO: COPAS	**4***	50	COMUM (D)	***MÉDIA**
	4*	50	ORGÂNICO	
	4*	50	RECICLÁVEL	
ÁREA EXTERNA	3	250	COMUM (D)	SERÃO DISTRIBUIDOS EM CADA ENTRADA DA UNIDADE E NO JARDIM INTERNO
	3	250	ORGÂNICO	
	3	250	RECICLÁVEL	
ÁREAS DE ABRIGO INTERNO TEMPORÁRIO/ SALA DE UTILIZDADES/ EXPURGO	2*	100	COMUM (D)	SALAS RESTRITAS DESTINADAS PARA O ABRIGO INTERNO TEMPORÁRIO DE RESÍDUOS PARA COLETA EM HORÁRIOS PRÉ DEFINIDOS ***MÉDIA DE ABRIGOS**
	3*	100	INFECTANTE (A)	
	3*	100	RECICLÁVEL	

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

	1**	-	PERFUROCORTANTE	**INTERNOS DA UNIDADE** ****O COLETOR DE RESÍDUO PERFUROCORTANTE DEVE FICAR SOBREPOSTO Á BANCADAS DE INOX DEVIDAMENTE IDENTIFICADO E LACRADO, RESPEITANDO O LIMITE MÁXIMO DA CAPACIDADE, SENDO MANUSEADAS PELAS ALÇAS.**
ABRIGO DE RESÍDUOS EXTERNO TEMPORÁRIO	**1***	CONTÊINER DE 1000 LITROS	COMUM (D)	***MÉDIA**
	1*	CONTÊINER DE 1000 LITROS	INFECTANTE (A)	
	1*	CONTÊINER DE 1000 LITROS	RECICLÁVEL	
	1*	CONTÊINER DE 1000LITROS	PERFUROCORTANTE (E)	
	1*	CONTÊINER DE 1000 LITROS	QUIMICOS (B)	

Tabela 13 – Dimensionamento por setor

Esse dimensionamento leva em consideração a diversidade de resíduos gerados em cada área, garantindo a segurança e a conformidade com as normas sanitárias.

Assim, essa estrutura garante que os resíduos sejam gerenciados de forma segura, respeitando as características de cada setor da unidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

É importante salientar que, todos os coletores vão possuir identificação clara escrita e com imagens e todos os colaboradores, pacientes, acompanhantes e visitantes serão devidamente orientados para o descarte correto dos resíduos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1.1.2 Implantação de Gestão

1.1.2.1 Implantação da Logística de Suprimentos

O Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE) propõe a implementação de uma solução de logística integrada na Policlínica da Região Sudoeste - Quirinópolis, com o intuito de aprimorar a gestão e a distribuição de insumos, medicamentos e materiais hospitalares. Essa solução visa garantir a qualidade do atendimento e a segurança dos pacientes, aliada a uma gestão eficiente dos recursos, promovendo a redução de custos, com o foco em garantir a continuidade e a excelência dos serviços prestados, otimizando os processos operacionais.

A proposta busca a melhoria contínua de todos os processos da cadeia de suprimentos, abrangendo compras, coleta, armazenamento, produção (fracionamento e preparo), separação, transporte, distribuição e dispensação, desde o início do processo até o momento em que o insumo é consumido ou administrado ao paciente.

A gestão do abastecimento no Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE) tem como responsabilidade garantir a disponibilidade de todos os insumos necessários para a cadeia assistencial, garantindo a continuidade do cuidado e a qualidade do atendimento, sempre em conformidade com as condições orçamentárias. Uma gestão eficiente dos estoques é essencial para decisões assertivas sobre o que, quanto e quando solicitar, estabelecendo uma margem de segurança que evite a falta de insumos, ao mesmo tempo em que se previne o acúmulo excessivo de estoques, que representa capital imobilizado.

Um dos grandes desafios na gestão de materiais é garantir que cada item, seja material ou medicamento, esteja disponível no ponto de consumo no momento certo, na quantidade e apresentação correta, com segurança e rastreabilidade. Para isso, é fundamental a integração de todas as atividades da cadeia de suprimentos, mudando para a redução de custos e ao aprimoramento da eficiência, o que inclui manter um bom relacionamento com os fornecedores.

O setor de suprimentos é responsável por gerenciar todos os estoques, garantindo o abastecimento contínuo de insumos, materiais e medicamentos essenciais.

Esse gerenciamento eficaz contribui para a otimização dos recursos humanos, a redução de compras desnecessárias, a minimização de perdas e a redução do saldo imobilizado em estoque. Além disso, promove maior segurança ao paciente, agilidade no abastecimento com a redução de sub estoques e a padronização de insumos, sempre com foco na racionalização dos recursos disponíveis.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

O setor de suprimentos é encarregado de planejar a aquisição de medicamentos, materiais e insumos hospitalares, utilizando ferramentas de gestão de estoque que apoiam os setores solicitantes na decisão sobre o que, quando e quanto comprar. Do ponto de vista econômico, aplicamos a análise da curva ABC de consumo, que permite uma gestão diferenciada dos itens com base em seu valor.

- Classe A – Itens correspondem a 20% do estoque e representam 80% do valor do estoque. Possui os itens mais importantes pois. Sendo este o grupo de itens mais importante a serem analisados, com maior relevância devido à alta porcentagem correspondente ao valor total do estoque.

- Classe B – Esses itens são compostos por 30% do total do estoque e específicos a 15% do seu valor. Eles representam um grupo de importância interessante, que deve ser monitorado com frequência devido à sua relevância moderada e à rotatividade relativamente estável.

- Os itens classificados como Classe C são compostos por 50% do estoque total, mas representam apenas 5% do valor pedido. Este grupo é formado por produtos de menor importância, com baixa relevância em termos de entrega. No entanto, é necessário prestar atenção a esses itens, uma vez que a manutenção do estoque ainda gera custos.

Utilizamos a curva XYZ de criticidade para analisar o grau de imprescindibilidade de cada item, classificando-os. Classificando da seguinte forma:

- Grupo X – Itens correspondem a baixa criticidade, caso haja falta não impede a realização das atividades, podendo serem substituídos.

- Grupo Y – Itens correspondem a média criticidade, caso haja falta causam transtornos razoáveis na realização das atividades, podendo serem substituídos.

- Grupo Z – Itens correspondem a alta criticidade, sendo vitais caso haja falta causam consequências fatais, podendo interromper a realização das atividades.

A metodologia PVPS, que significa "Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair", é um pilar fundamental no planejamento de gestão de estoques em unidades hospitalares. Esse método prioriza a saída dos produtos com base em seus dados de validade, independentemente do momento em que foram recebidos, garantindo que os itens sejam utilizados antes de expirarem. A eficácia do PVPS depende de dois tipos essenciais de conferência: a conferência inicial, realizada no momento da coleta dos produtos, e a conferência periódica, que verifica regularmente a validade dos itens em estoque. Esse processo é crucial para garantir que todos os produtos disponíveis estejam dentro do prazo de validade, minimizando as perdas por vencimento.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Além disso, o PVPS possibilita a identificação antecipada dos itens que estão próximos de expirar, permitindo o reabastecimento do estoque de forma preventiva, o que torna essa metodologia uma ferramenta útil também no planejamento de novas aquisições. Relatórios gerados por sistemas informatizados auxiliam nesse processo, fornecendo dados críticos, como a média diária e mensal de consumo, o saldo atual do estoque, a projeção de dias de atendimento à demanda e a quantidade pendente de entrega. Com essas informações, é possível calcular com precisão as quantidades necessárias para as medidas, considerando o tempo de entrega (lead time), conforme descrito na metodologia de cálculo apresentada a seguir.

Quantidade a solicitar = Média diária x 75 (dias) – Saldo estoque atual – Quantidade Pendente.

Portanto, para garantir um controle de estoque adequado, é essencial que os itens sejam tratados de acordo com sua importância. A aplicação desses recursos permite identificar quais itens são cruciais e indispensáveis para o funcionamento do estoque, e quais, em caso de falta não comprometem as rotinas da organização.

O setor de compras do IPGSE é responsável pela as negociações contando com serviço de uma plataforma digital de compras moderna, que possibilita diminuir o tempo de ressuprimento, reduzir o estoque e automatizar processos.

O setor de compras é responsável por escolher o método mais seguro para formalizar a aquisição, considerando o tipo de item, a urgência e as normas de organização. Os métodos disponíveis incluem:

CONTRATO

É um acordo que gera obrigações entre as partes, e que obriga o fornecedor a oferecer o produto, serviço ou resultado especificado e o comprador a pagar por ele, estabelecendo por meio de cláusulas as condições de fornecimento em conformidade com o Direito Civil Brasileiro e os Princípios da Teoria Geral de Contratos.

ORDEM DE COMPRAS

Documento oficial elaborado pela IPGSE, destinado a formalizar a compra de itens junto aos fornecedores, regulamentando a relação entre as partes envolvidas.

COMPRA EVENTUAL

Aquisição de itens de consumo esporádico, incluindo os itens não padrão e que não mantém estoque.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

Compra de itens padronizados com consumo recorrente, ou seja, aqueles utilizados de maneira contínua ao longo do tempo.

COMPRA DE PEQUENA MONTA

A compra de pequena monta refere-se à aquisição de bens, serviços ou produtos de valor limitado, geralmente de baixo custo, que não exige processos complexos de licitação ou contratação. Essas compras são feitas para atender a necessidades imediatas ou rotineiras de uma organização e, por envolverem valores menores, seguem procedimentos simplificados para garantir agilidade e eficiência na sua realização.

COMPRA DE URGÊNCIA

Compras de urgência são aquisições realizadas em situações emergenciais, onde a necessidade de obter bens, serviços ou produtos é imediata, devido a situações imprevistas ou críticas que exigem uma resposta rápida. Essas compras são definidas pela necessidade de atender a uma urgência que, se não suprida de forma imediata, pode resultar em prejuízos significativos, danos nas operações, ou riscos à segurança e bem-estar dos pacientes. Devido ao caráter emergencial, essas compras podem ocorrer com processos administrativos simplificados, conforme permitido pelas regulamentações específicas, para garantir que a necessidade seja atendida no menor tempo possível.

CADASTRO DE FORNECEDORES

O IPGSE, na Gestão e Operacionalização da Policlínica da Região Sudoeste - Quirinópolis implantará um sistema de avaliação de fornecedores permitirá analisar a capacidade de abastecer insumos e serviços.

Devido à grande variedade de fornecedores, é preciso selecionar as melhores opções, que atendam aos requisitos de qualidade, oferecer prazos de entrega adequado e preços acessíveis, além de atender às exigências legais e às necessidades do setor para operar com agilidade, qualidade, economia, eficiência e segurança, respeitando as diretrizes da ANVISA na produção, armazenamento e transporte de medicamentos e insumos farmacêuticos. A avaliação de fornecedores possibilita a análise de sua capacidade para fornecer insumos e serviços. Dada a ampla gama de fornecedores disponíveis, é essencial escolher as melhores alternativas, que cumpram os padrões de qualidade, ofereçam prazos de entrega adequados e preços competitivos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Além disso, é crucial que esses fornecedores atendam às exigências legais e às necessidades do setor, garantindo operações ágeis, eficientes, econômicas, seguras e de alta qualidade, em conformidade com as diretrizes da ANVISA para a produção, armazenamento e transporte de medicamentos e insumos farmacêuticos.

O cadastro de fornecedores ocorre mediante a documentação descrita a seguir:

- Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) – Obrigatório;
- Inscrição Estadual;
- Contrato social com as alterações ou Estatuto (Se houver);
- Alvará de funcionamento – Obrigatório;
- Licença Sanitária emitida pela Vigilância Sanitária (Renovação anual) – obrigatória;
- Licença de Funcionamento emitida pela Polícia Federal (Renovação anual) – obrigatória.
- Certidões negativas de débitos municipais, estaduais e federais.

O IPGSE exige que seus fornecedores adotem uma postura correta, moral e ética em todas as suas atividades, respeitando a licitude e transparência dos atos. Isso inclui a adesão estrita às leis e regulamentações aplicáveis, a implementação de políticas anticorrupção e antissuborno, e o compromisso com a responsabilidade social e ambiental. Desta forma, garantimos que as parcerias comerciais não apenas atendam às necessidades imediatas da organização, mas também contribuem para um ambiente de negócios sustentável e alinhado com os mais altos padrões.

PROCESSO DE AQUISIÇÃO

O setor de compras tem como objetivo atender às necessidades de produtos ou serviços, de acordo com os requisitos de qualidade estabelecidos, no tempo adequado, e com as melhores condições de preço e pagamento

No IPGSE, existe um Regulamento Próprio para Compras e Contratação de Serviços e Obras, que especifica as diretrizes do subsistema de Compras, incluindo os critérios para seleção de fornecedores, bem como os métodos de aquisição.

O processo de aquisição é iniciado pelo setor de compras a partir da coleta da solicitação de compra, que deve ser elaborado pelo setor solicitante e devidamente aprovado pelo setor de suprimentos e pela diretoria administrativa.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

As informações contidas na solicitação orientam o processo de aquisição, especialmente no que se refere aos tipos de compra necessários para manter um estoque de segurança.

A comunicação eficiente entre o setor de compras e o setor de suprimentos é crucial, pois diversas situações imprevistas podem surgir. Um exemplo comum é a indisponibilidade do produto solicitado por parte do fornecedor, o que deve ser comunicado imediatamente ao setor de compras. Este, por sua vez, informa o setor de suprimentos, que repassa a informação ao setor solicitante. O setor solicitante, então, está disponível a possibilidade de uma nova previsão de entrega ou de substituição do item. A resposta é encaminhada ao setor de compras para as emergências.

A emissão da nota fiscal pelo fornecedor dos produtos obtidos deve obedecer aos seguintes critérios:

- Constar CNPJ e endereço correto;
- Emitir uma nota para cada ordem de compra confirmada, constando o número da ordem de compra, sendo que a data da nota fiscal deve ser posterior a data da ordem de compra;
- Constar descrição, lote e validade dos produtos;
- Constar número de referência do instrumento contratual;
- Combinação antecipada quanto ao prazo de pagamento, sendo 30 dias corridos após a entrega via depósito bancário em conta corrente.

Caso a nota fiscal não estiverem em conformidade com os critérios descritos acima ou em desacordo com a legislação vigente, será devolvida e o prazo de pagamento será dilatado, reiniciando a contagem após da data da correção.

RECEBIMENTO DE MERCADORIA

Os produtos somente serão aceitos se forem acompanhados da nota fiscal devidamente preenchida, sem quaisquer rasuras ou incorreções. No momento da coleta, é necessário realizar uma inspeção minuciosa da mercadoria para verificar a conformidade dos seguintes aspectos:

- Conferência entre ordem de compra e nota fiscal;
- Conferência da nota fiscal contendo os dados legais do IPGSE e dados bancários para depósito em conta;
- Conferência de marca solicitada;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Conferência da descrição;
- Conferência de apresentação;
- Conferência de forma farmacêutica;
- Conferência de concentração;
- Conferência da quantidade por embalagem;
- Conferência de valor unitário;
- Conferência das condições de conservação;
- Conferência do lote do produto devendo ser o mesmo descrito na nota fiscal;
- Conferência do prazo de validade igual ou superior a 12 meses.

Em caso de detecção de qualquer irregularidade, o almoxarife deverá notificar o fornecedor formalmente por e-mail, solicitando uma solução dentro de um prazo de 24 horas. Durante esse período, o produto em questão será suspenso em uma área designada como "quarentena" até que o problema seja resolvido.

A empresa é obrigada a cumprir o prazo de entrega estipulado na ordem de compra. Caso as normas sejam descumpridas, o IPGSE enviará uma notificação ao fornecedor, informando sobre a irregularidade, ou que poderá impactar na qualificação.

AVALIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

A avaliação dos fornecedores é realizada com base no desempenho demonstrado durante o processo de entrega dos produtos. A classificação do fornecedor será determinada pela avaliação dos seguintes aspectos:

- Lote e marca entregue conforme nota fiscal e ordem de compra respectivamente;
- Condições de temperatura;
- Integridade dos itens;
- Qualidade do relacionamento entre as partes;
- Atraso da entrega;
- Cancelamento de entrega do item solicitado;
- Validade dentro do prazo estipulado;

Esses critérios geram uma pontuação percentual de desempenho que determina a classificação final do fornecedor. Aqueles que não atingirem uma pontuação mínima de 75% serão desclassificados. Em caso de desqualificação, o fornecedor será notificado por e-mail sobre

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

os motivos específicos, e somente poderá manter o fornecimento após comprovar melhorias nos critérios avaliados.

A equipe técnica especializada realiza visitas técnicas aos fornecedores para garantir a qualidade dos produtos entregues. Os fornecedores devem apresentar documentos que comprovem as condições adequadas de armazenamento

- Para itens críticos, as visitas ocorrem regularmente, pois o envolvimento de produtos essenciais que afetam diretamente o prognóstico e a segurança do paciente.
- Para itens semicríticos, as visitas são bienais.
- Para itens não críticos, as visitas são determinadas pelo gestor da área, uma vez que esses itens não influenciam diretamente a assistência

Se durante a visita técnica for indicada alguma não conformidade, o setor da Qualidade, em conjunto com o setor de compras, elaborará um plano de ação a ser apresentado à Diretoria Administrativa. O fornecedor será informado dos resultados da análise e receberá orientações para realizar as adequações necessárias dentro dos prazos.

ARMAZENAMENTO DE MERCADORIA

O armazenamento é de responsabilidade do almoxarifado, deve ser executado de forma correta obedecendo certas exigências como:

- Respeitar o método de estocagem preferencialmente de acordo com a validade (PVPS – 'primeiro que vence, primeiro que sai')
- Identificação dos produtos, todos os materiais são codificados para facilitar a identificação dos itens armazenados, evitando a duplicidade de itens na hora da contagem de inventário, auxiliando na entrada e saída correta. A codificação também permite a integração dos estoques físico e virtual, permitindo que os colaboradores reconheçam quais produtos estão disponíveis. Ela é uma ferramenta importante na rastreabilidade, possibilitando o acompanhamento do trajeto do material/medicamento até sua dispensação.
- O espaço deve oferecer boa visibilidade e um fluxo racional para pessoas e materiais. Além disso, é necessário ter controle de acesso, permitindo que apenas pessoas autorizadas entrem, e monitoramento por câmeras em locais estratégicos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Organização, o espaço deve ser adequado para estocar de modo organizado os produtos. Respeitando o empilhamento em pallets distantes do solo, paredes e teto, além de respeitar as orientações de empilhamento de cada produto.

- Limpeza, o local deve ser de fácil higienização interior com rotinas de limpeza e dedetização implantadas e monitoradas.

- Condições adequadas de temperatura e umidade, com plano de ação, se houver oscilações. No caso de medicamentos que exijam condições especiais de temperatura, deve existir registro e controle de temperatura que comprovem o atendimento as exigências.

DISTRIBUIÇÃO DE MERCADORIA

A distribuição racional dos medicamentos e materiais assegura o envio dos produtos solicitados pelos usuários, na quantidade e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo estabelecido, empregando métodos de melhor custo versus eficácia e versus eficiência recursos financeiros. O IPGSE propõe o uso do sistema de distribuição individualizado, em que as prescrições de um paciente são enviadas à Farmácia e ela é responsável por avaliar a prescrição, intervir junto à equipe de saúde quando necessário, e dispensar todos os insumos necessários à assistência ao paciente por 12horas. Este modelo permite mais controle sobre a gestão de estoques, reduzindo a quantidade de insumos nas unidades assistenciais, prevenindo a formação de subestoques.

INVENTÁRIO

O inventário faz a contagem física dos estoques para verificar se a quantidade de insumos estocados estão em conformidade com a quantidade registrada nas fichas de controle e no sistema informatizado. Possibilitando avaliar o valor total (contábil) dos estoques para efeito de balanço ou balancete, no encerramento do exercício fiscal.

Deve ser realizado obedecendo os seguintes períodos:

- Diariamente, de forma aleatória, como forma de monitoramento dos produtos, especialmente em determinados grupos de medicamentos: de controle especial, dispensação excepcional, alto custo e os de maior rotatividade;

- Semanal, pela contagem por amostragem seletiva de 10 a 20% dos estoques;

- Trimestral ou semestral;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Anual, obrigatoriamente, ao fim do ano-exercício, para atualização dos estoques e prestação de contas;
- Por ocasião do início de uma nova atividade, função, término de gestão, encerramento do ano em exercício, após período de afastamento, férias, entre outras condições.

INDICADORES SUPRIMENTOS

Para manter uma vigilância constante dos processos é necessário a monitorização afim de detectar previamente os desvios dos padrões da prática esperada e através de um plano de ação corrigir a falha. Segue abaixo alguns indicadores para gerenciamento de estoque do setor de suprimentos:

- Índice compra emergencial
- Valor de compras totais mensais
- Índice de compra não padrão
- Índice de perda por validade
- Índice de acurácia do estoque
- Giro de estoque

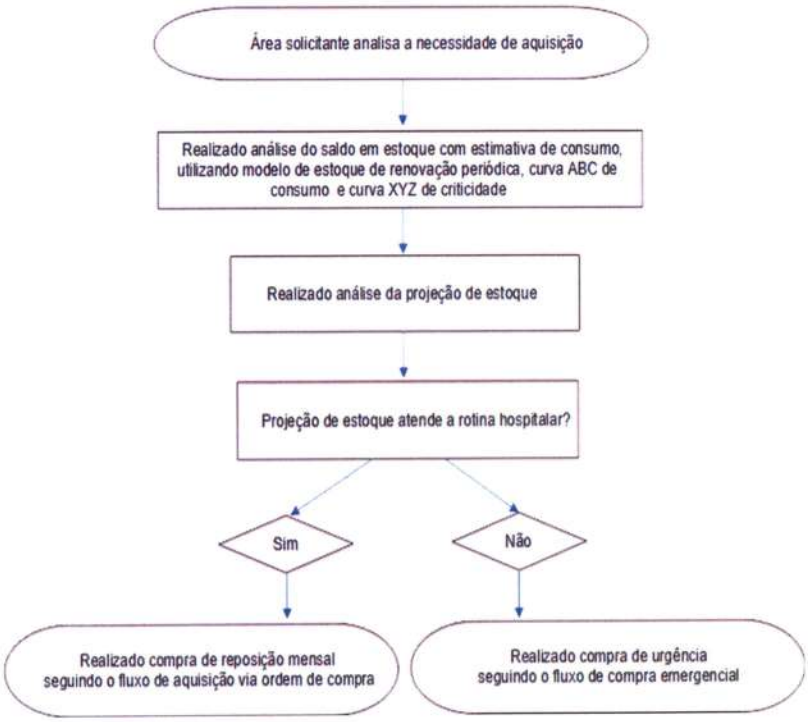


Figura 77 - Fluxograma para Programação de Aquisição para Reposição de Estoque

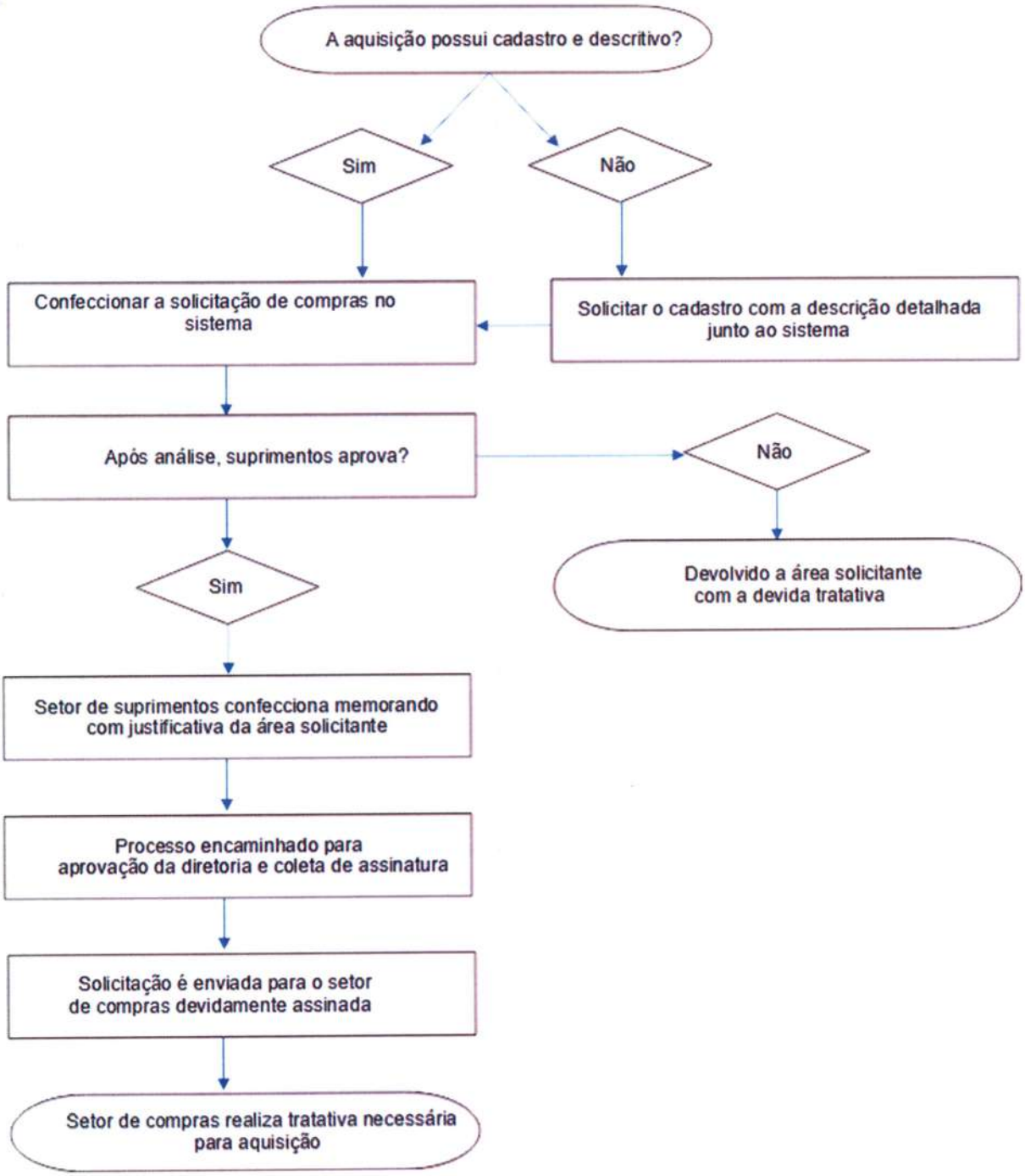


Figura 78 - Fluxograma de Aquisição Via Ordem de Compra

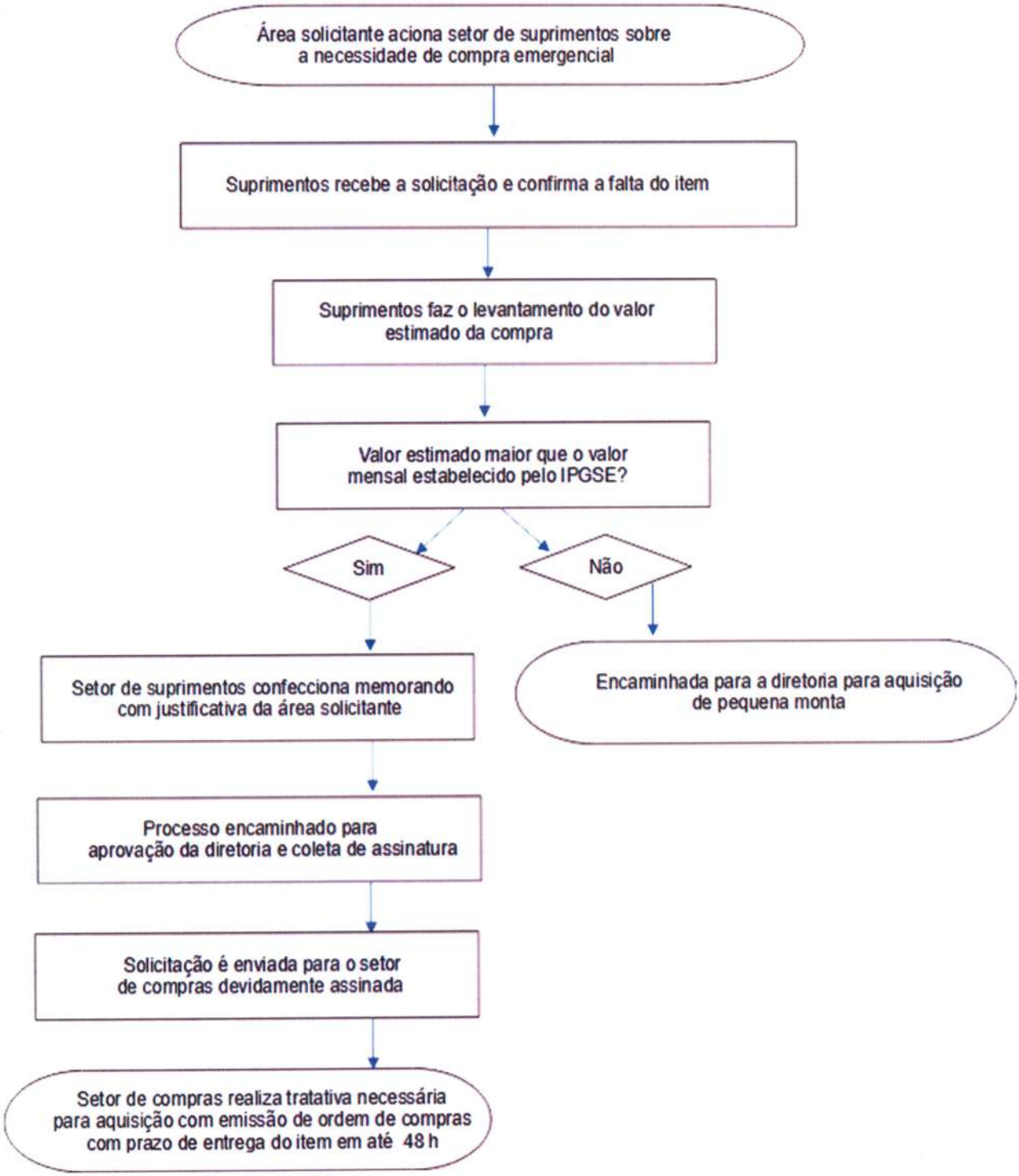


Figura 79 - Fluxograma de Compra Emergencial

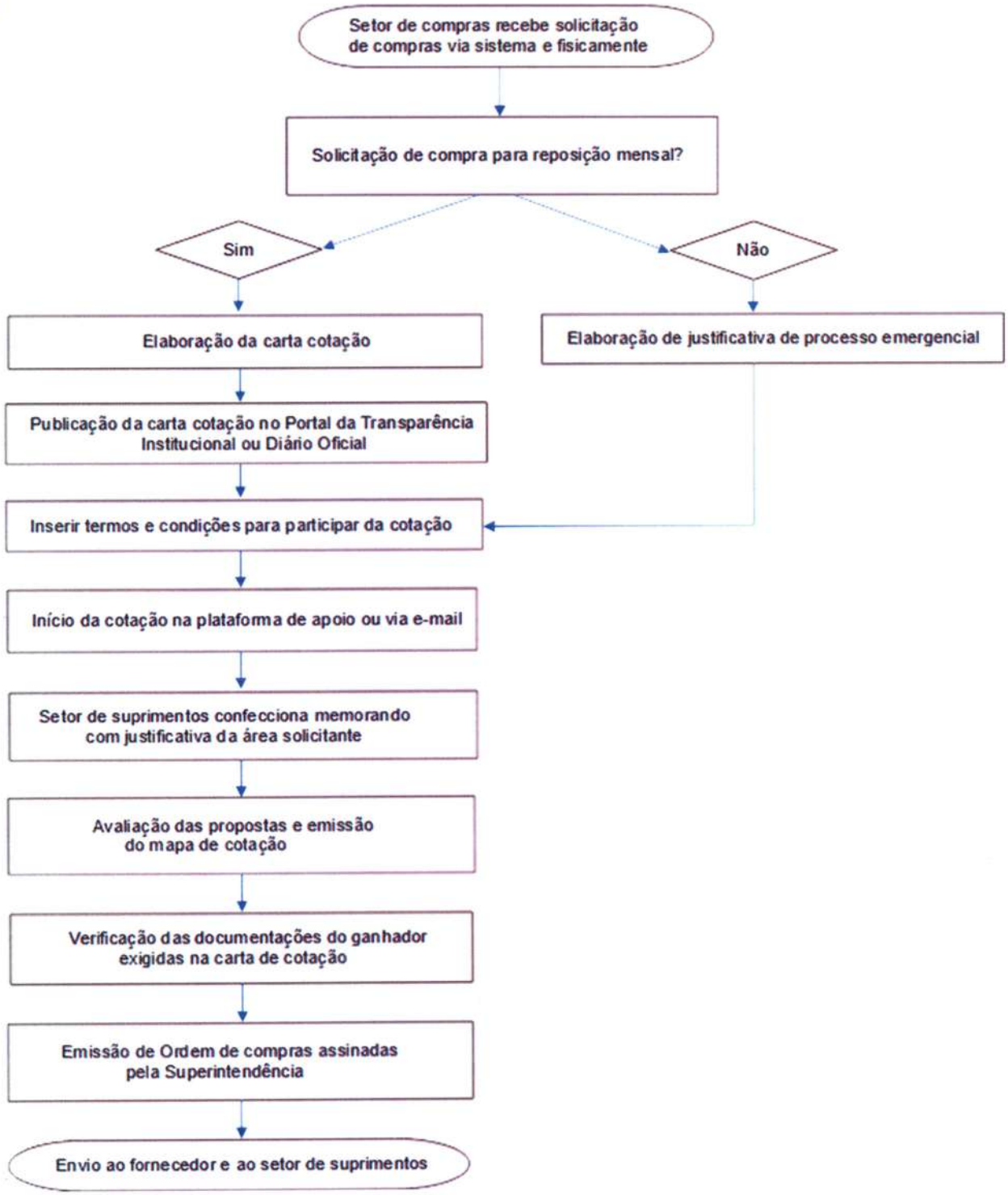


Figura 80 - Fluxograma para Emissão de Ordem de Compra

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

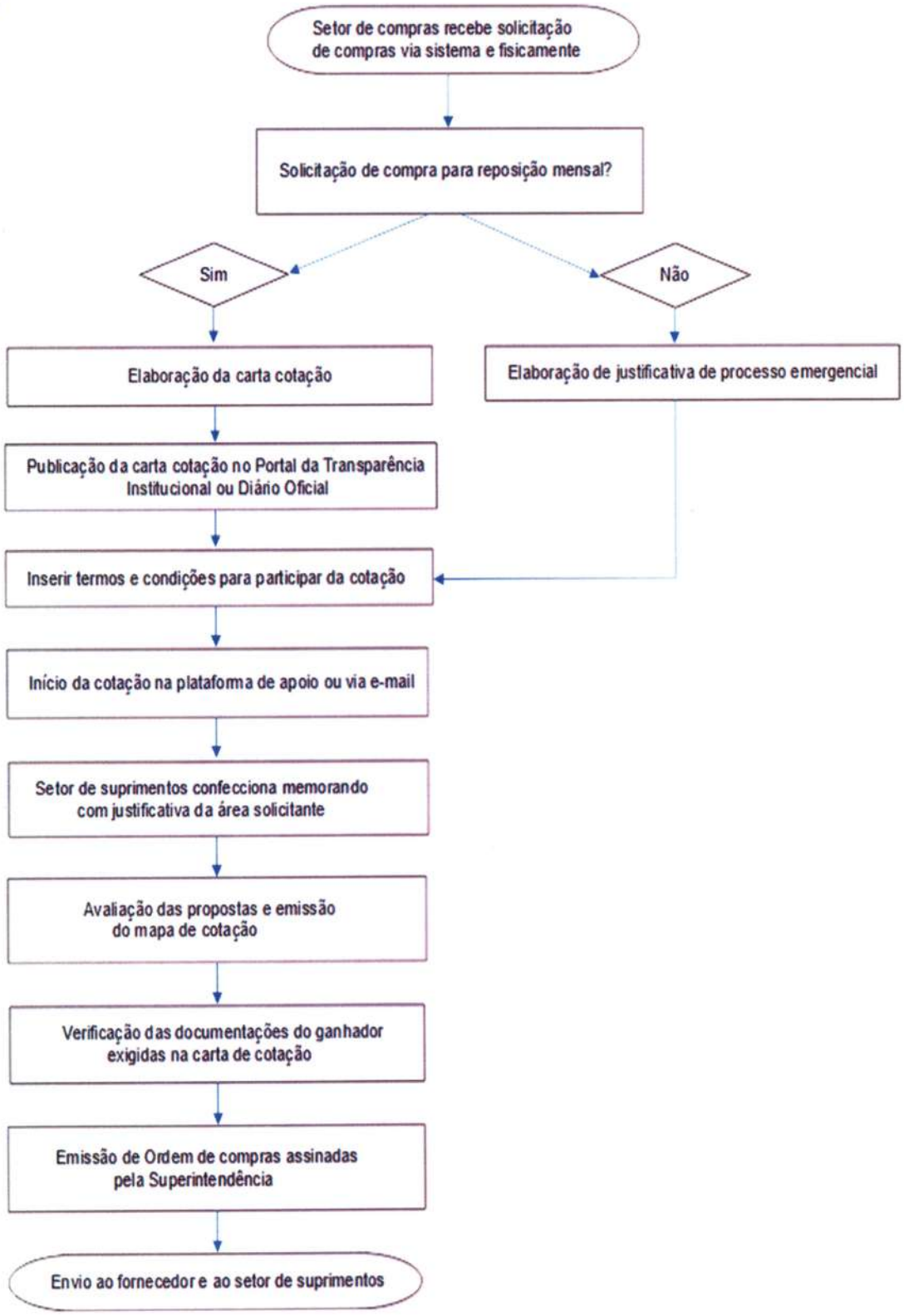


Figura 81 - Fluxograma para Emissão de Ordem de Compra

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br



Figura 82 – Fluxograma Logístico de Distribuição Interna de Medicamentos

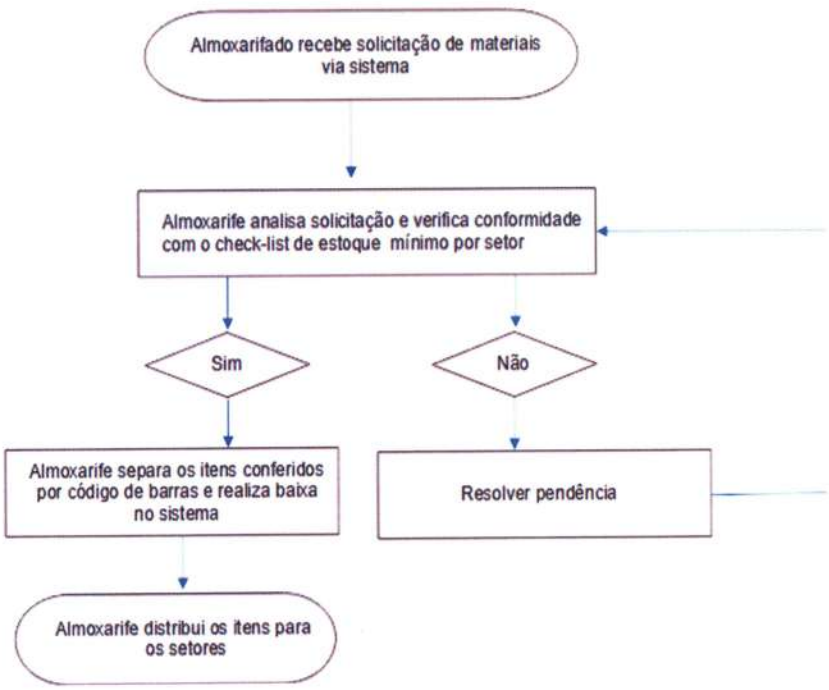


Figura 83 - Fluxograma de Gestão da Distribuição de Materiais

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

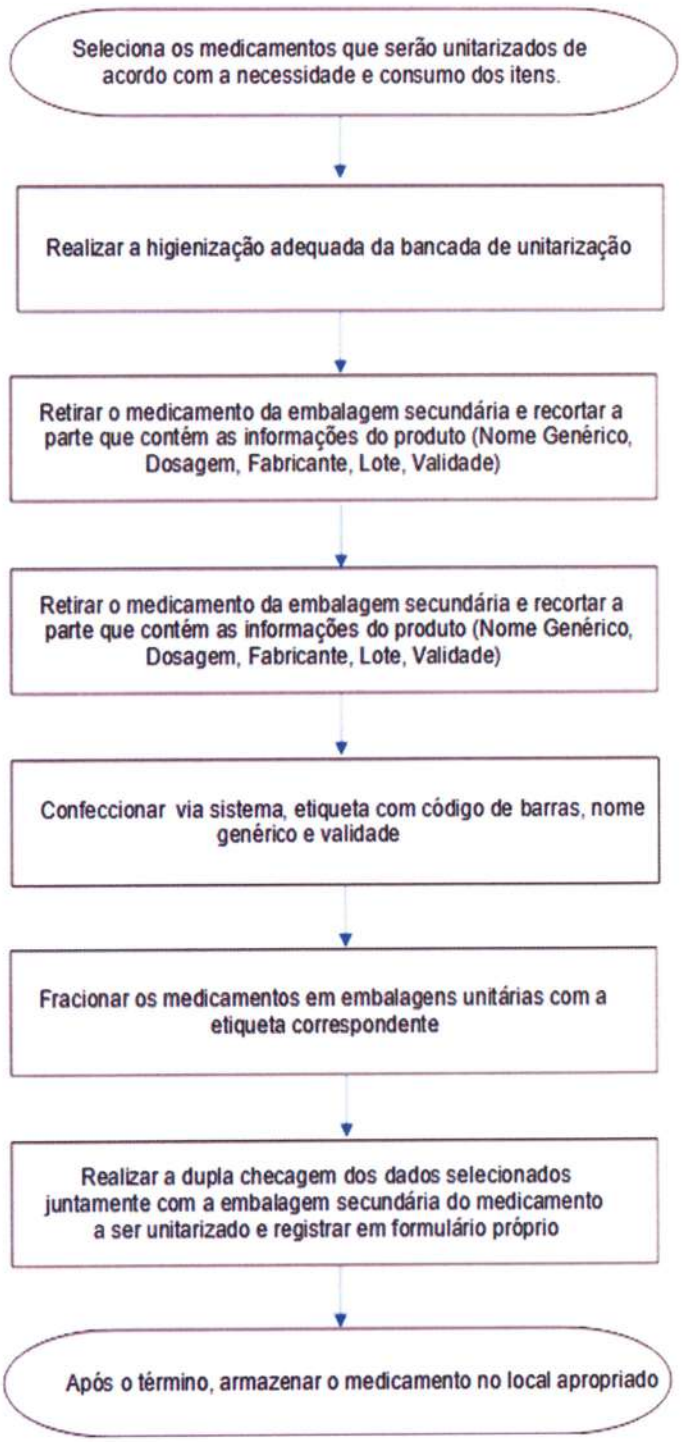


Figura 84 - Fluxograma de Fracionamento e Unitarização

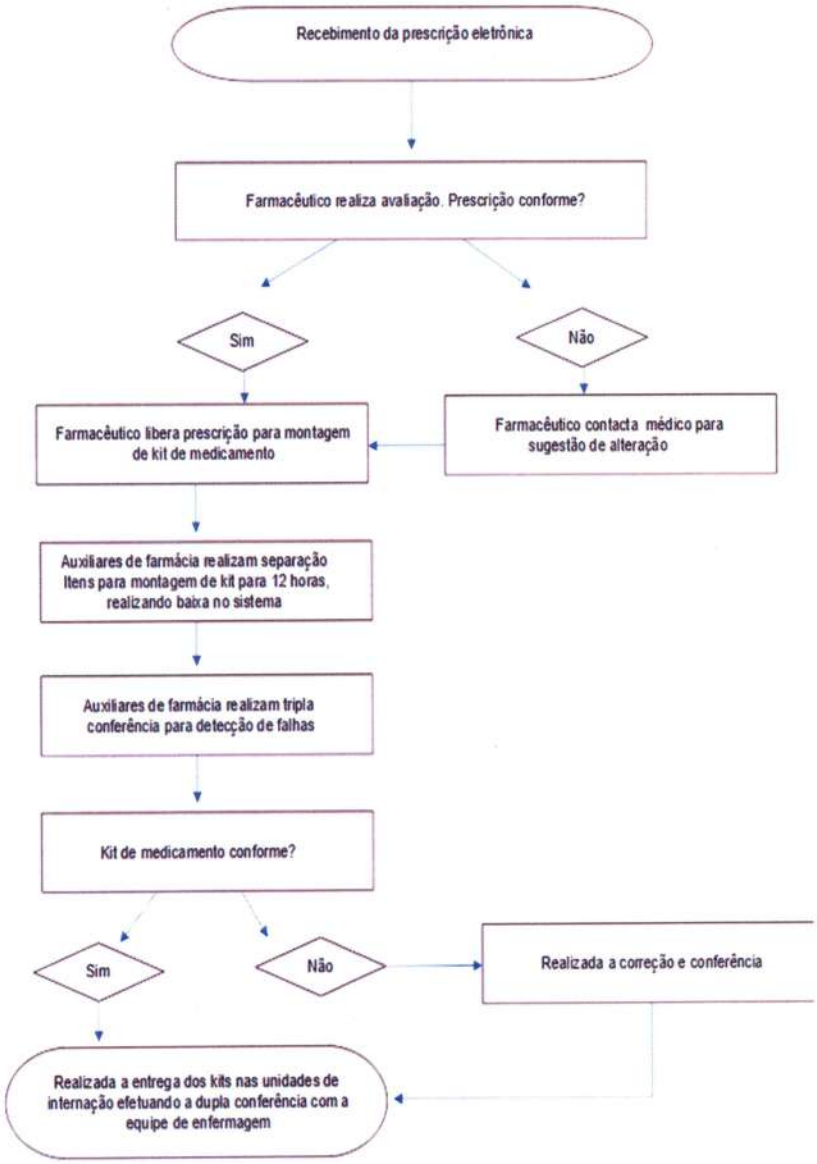


Figura 85 - Fluxograma de Gestão da Dispensação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

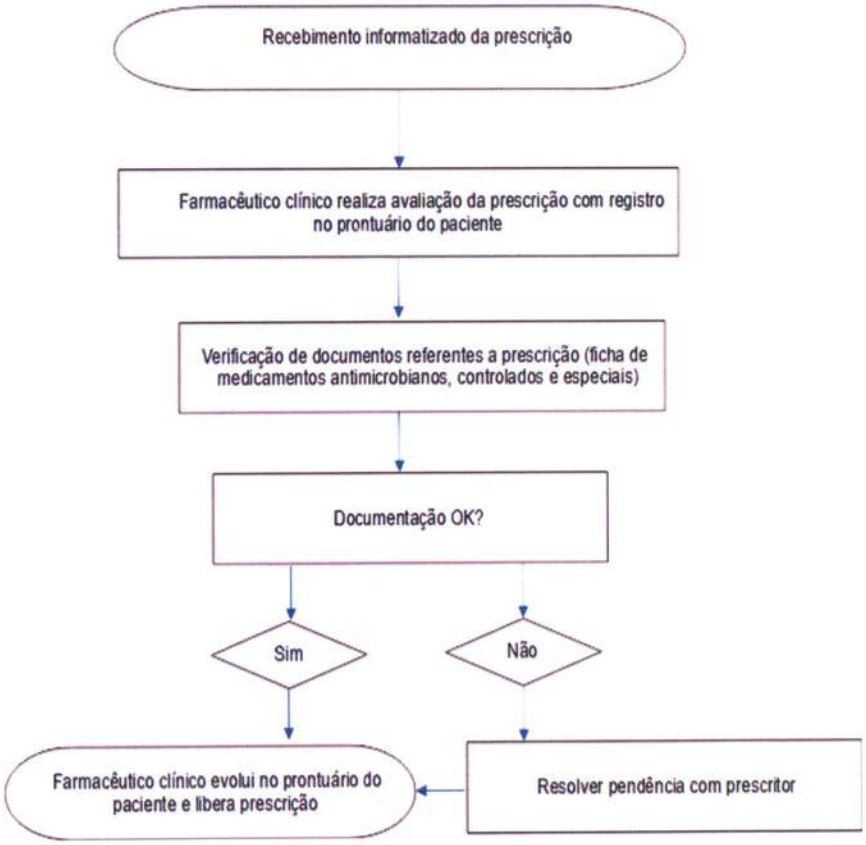


Figura 86 - Fluxograma de Triagem das Prescrições

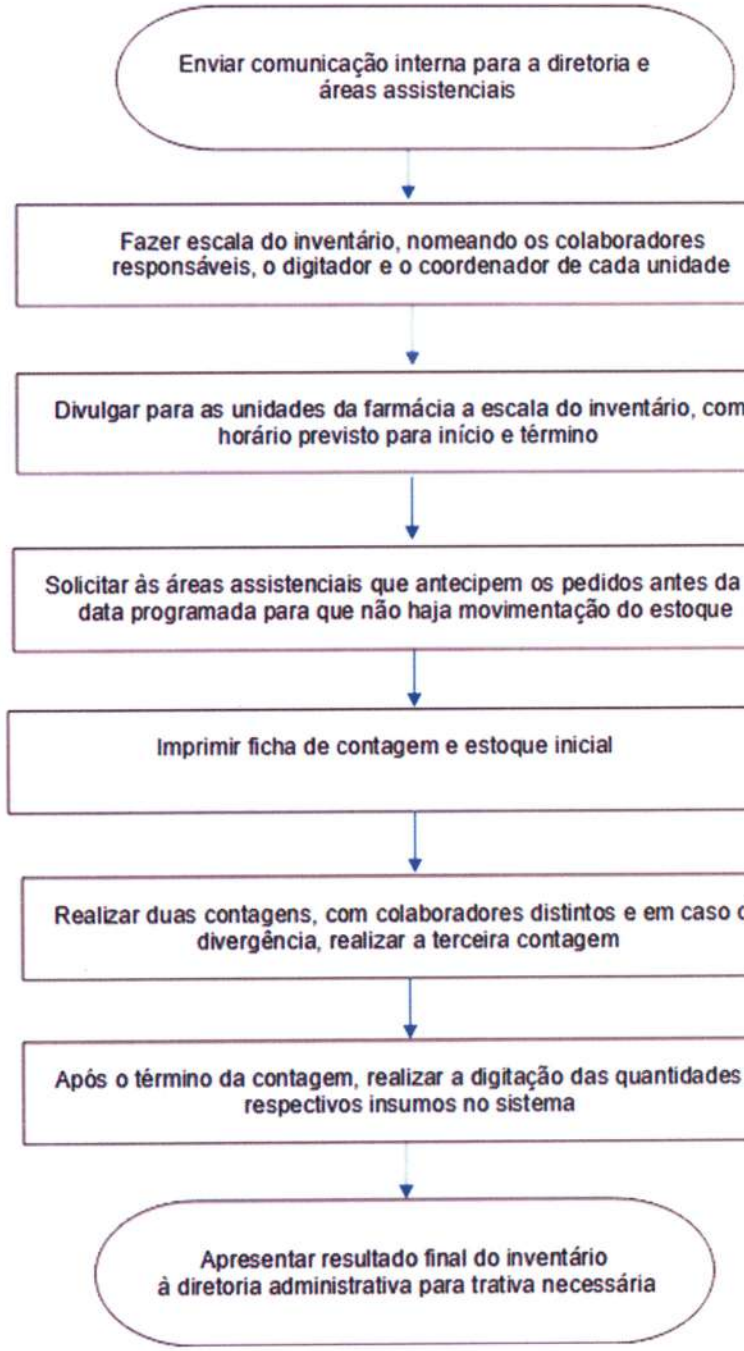


Figura 87 - Fluxograma de Inventário

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

1.1.2.2 REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE

REGIMENTO INTERNO

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS

TÍTULO I

DA DESCRIÇÃO DA POLICLÍNICA

CAPÍTULO I

DA PERSONALIDADE, GESTÃO, DENOMINAÇÃO, SEDE E FORO

Art. 1° - A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS, é uma unidade de Assistência Ambulatorial Especializada (AAE), com atendimentos das demandas da Atenção Secundária, para pacientes referenciados e regulados pelo Complexo Regulador Estadual (CRE), presta suporte e é retaguarda para os demais níveis de atenção, em especial a Atenção Primária. Realiza procedimentos ambulatoriais e diagnósticos de média e alta complexidade. A unidade funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h. Possui personalidade jurídica de direito público, regendo-se pelas normas gerais da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) e do Sistema Único de Saúde (SUS).

§1° Para fins deste Regimento Interno da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis que será administrado pelo Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE), pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 18.176.322/0001-51, qualificada como Organização Social na área da saúde pelo decreto do Estado de Goiás nº 9.758 de 30 de novembro de 2020 e reconhecido como entidade de utilidade pública e de interesse social por força do artigo 13º da Lei Estadual 15.503 de 28 de dezembro de 2005.

§2° Na gestão da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS, o IPGSE observará, além das suas normas gerais do SUS e as diretrizes da SES-GO, o seu Estatuto Social e o presente Regimento.

Art. 2° - A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS tem sua sede na Rua 8, Quadra 2, Lote 28, Residencial Atenas 2, Quirinópolis-Goiás. CEP: 75860-000.

Art. 3° - A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS tem foro no município de Quirinópolis - GO.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

TÍTULO II

DA POLÍTICA INSTITUCIONAL E OBJETIVOS

CAPÍTULO II

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS

Art. 4° - A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS, é uma unidade que integra a Rede Estadual de Policlínicas do Estado de Goiás, especializada no apoio diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas em diversas especialidades, exames gráficos e de imagem de alta resolutividade e com fins diagnósticos, além da oferta de pequenos procedimentos, com funcionamento de segunda a sexta das 07 às 19:00, e Sessões de Hemodiálises de segunda a sábado das 06:30 às 21:30 , assim como o desenvolvimento das seguintes atividades abaixo:

I. Promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde da população da Região;
II. Promover uma gestão baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;
III. A Política Nacional de Humanização aplicada no atendimento SUS alinhado aos preceitos do Sistema de universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular.

Art. 5° - A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS no desempenho de suas atribuições institucionais sob a gestão do IPGSE, atuará nas determinações da SES-GO estabelecidas no Contrato de Gestão em especial das metas de produção, indicadores de qualidade e desempenho, transparência, atendimento de referência e outras a serem respectivamente definidas pela SES-GO.

CAPÍTULO III

DOS OBJETIVOS

Art. 6° - A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS tem por objetivos constituídos neste Regimento:

I. Promover ações e serviços que visem as melhores práticas de assistência holística, assim como atendimento à saúde com apoio diagnóstico e orientação terapêutica;
II. Proporcionar a formação e aperfeiçoamento profissional, dispondo de estrutura e servindo de campo de pesquisa, ensino e treinamento contínuo de profissionais na busca da

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

excelência individual e a da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS;

III. Realizar atendimentos que preconizem a Política Nacional de Humanização em todos os atendimentos médicos e não médicos, contemplando a resolutividade e a qualidade do serviço ofertado ao usuário;

IV. Busca de certificação de qualidade em Saúde.

SEÇÃO I

DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 7° - A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS é uma unidade ambulatorial e caracterizada como Unidade de Atenção Ambulatorial Especializada.

Art. 8° - É uma unidade de referência que atuará em nível ambulatorial, conforme previsto e de acordo com a hierarquização da entidade e a regionalização assistencial seguindo os preceitos da SES-GO.

Art. 9° - A assistência à Saúde será feita de forma integrada por uma equipe multiprofissional, que prestará atendimento ambulatorial e apoio ao diagnóstico e terapêutico, obedecendo a um critério de encaminhamento e elegibilidade, de forma a proporcionar um atendimento acessível e resolutivo, corroborando para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

Art. 10° - A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS procurará atuar constantemente no desenvolvimento de programas e projetos assistenciais de Saúde e/ou Social à comunidade, colaboradores e pacientes integrando aos preceitos dispostos de qualidade assistencial e regionalização da Saúde.

SEÇÃO II

DA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DA SAÚDE

Art. 11° - A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS constitui-se em campo de ensino, pesquisa e extensão universitária valendo da implantação e continuação do serviço de Residências Multiprofissionais na unidade atuando como apoiador da aprendizagem necessária para os integrantes das residências multiprofissionais e de forma geral sendo respectivamente definidas pela SES-GO.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria n°200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 12° - A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS desenvolverá contínuos treinamentos e programas de educação continuada para todas categoriais profissionais implantadas na unidade através dos planos a serem posteriormente criados, analisados e aprovados pela Diretoria Administrativa levando qualidade e excelência dos serviços e ensino da unidade.

Parágrafo Único – Os programas e treinamentos referidos no caput serão oriundos da disposição interna através da criação posteriormente ao início da gestão do IPGSE.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 13° - A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS terá as respectivas Diretorias que exercerão os poderes legais inerentes à administração e responderão pela gestão de todos os serviços realizadas pelas outras lideranças.

Parágrafo Único – A Diretoria da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS será composta por:

I. Diretoria Administrativa
II. Diretoria Técnica

Art. 14° - A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS terá a seguinte estrutura organizacional:

DIRETORIA ADMINISTRATIVA:

I. Analista de Recursos Humanos
II. Analista Administrativo: Faturamento, Auditoria, Suprimentos, Arquivo Médico e Estatística (SAME).
III. Analista de Qualidade
IV. Encarregado de Manutenção
V. Engenharia Clínica
VI. Encarregado do Núcleo Interno de Agendamento (NIA)
VII. Encarregado de Higiene e Limpeza
VIII. Encarregado de Atendimento
IX. Assistente Administrativo: Patrimônio
X. Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)
XI. Núcleo de Educação Permanente

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XII. Tecnologia da Informação

DIRETORIA TÉCNICA

I. Coordenação Médica de Especialidades
II. Coordenação Assistencial
III. Gestor do Cuidado
IV. Comissões de Assuntos Assistenciais
V. Supervisão do Serviço de Controle de Infecção relacionado à Assistência à saúde (SCIRAS), Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);
VI. Serviço de Apoio e Diagnóstico Terapêutico (SADT)
VII. Assistente Administrativo: Ouvidoria
VIII. Laboratório e Análises Clínicas
IX. Terapia Renal Substitutiva
X. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica- CEAF

COORDENADOR ASSISTENCIAL

I. Equipe de Enfermagem
II. Unidade ambulatorial

GESTOR DO CUIDADO

I. Assistente social
II. Fisioterapia
III. Fonoaudiologia
IV. Nutrição
V. Odontologia
VI. Psicologia

SEÇÃO I

DIRETORIA ADMINISTRATIVA

Art. 15° - A DIRETORIA ADMINISTRATIVA é o órgão executivo de direção superior da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS, com função normativa e deliberativa e será exercida por profissional de reconhecida capacidade administrativa, indicado pelo Presidente do Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 16° - As demais Diretorias constituem a compartimentação da Policlínica para fins assistenciais, abrangendo atividades afins no contexto da Policlínica.

Art. 17° - As Coordenações e Supervisões da Policlínica estão subordinadas administrativamente e tecnicamente aos respectivos Diretores, e estes subordinados ao IPGSE.

Art. 18° - As funções de Diretor Técnico, Diretor Administrativo e Coordenadores serão preenchidas por profissionais com a qualificação específica para cada área.

Art. 19° - A função de Supervisor e/ou Encarregado serão preenchidas por profissionais com a qualificação específica para cada área.

Art. 20° - À DIRETORIA ADMINISTRATIVA, compete:

I. Executar as resoluções abrangentes nas instalações da unidade dentro da esfera de competência;
II. Gerenciar o ambulatório e demais atividades, garantindo a regularidade de seu funcionamento de acordo com obrigações contratuais e regulamentos, incluindo o cumprimento das diretrizes das unidades administrativas, procedimentos de gestão e instruções de operação;
III. Rever minuciosamente os dados fornecidos pelas unidades para a composição dos relatórios financeiros mensais, a fim de garantir sua precisão, conforme exigências contratuais e padrões institucionais;
IV. Manter registros e licenças atualizados para as atividades sujeitas a tais requisitos;
V. Participar das reuniões de prestação de contas com as superintendências do IPGSE;
VI. Manter comunicação frequente com os líderes das atividades administrativas da unidade e avaliar regularmente o desempenho, buscando a máxima precisão e alinhamento de metas e resultados;
VII. Garantir a segurança e bem-estar físico e mental dos colaboradores e profissionais, tomando as medidas necessárias;
VIII. Convocar e presidir reuniões mensais com subordinados diretos, documentando as decisões tomadas;
IX. Garantir que todas as unidades administrativas possuam um conjunto de procedimentos operacionais padrão (POP's);
X. Manter as informações das atividades administrativas atualizadas usando as ferramentas apropriadas;
XI. Definir e avaliar atividades administrativas para atender às necessidades dos usuários, identificando, qualificando e distribuindo conforme as equipes e horários definidos pela instituição;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XII. Manter sistemas de avaliação contínua por meio de instrumentos específicos para medir o desempenho da equipe administrativa e a qualidade dos serviços prestados;
XIII. Participar e colaborar em comissões pertinentes à administração;
XIV. Planejar e orientar o uso adequado dos espaços físicos relacionados à administração, oferecendo opiniões sobre modificações necessárias;
XV. Incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos que contribuam para o desenvolvimento profissional;
XVI. Propor medidas visando a coesão e equilíbrio da equipe administrativa;
XVII. Manter o regimento dos serviços administrativos atualizados;
XVIII. Adotar um comportamento ético e profissional rigoroso;
XIX. Cumprir e fazer cumprir as políticas internas da instituição;
XX. Realizar outras atividades inerentes ao cargo.

SUBSEÇÃO I

DO SERVIÇO DE ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS

Art. 21° - Ao analista de recursos humanos compete:

I. Administrar salários e benefícios oferecidos aos colaboradores;
II. Promover avaliações de desempenho e pesquisas de clima organizacional
III. Prestar informações aos colaboradores da empresa a respeito de assuntos relacionados ao trabalho;
IV. Conduzir processos seletivos;
V. Selecionar currículos;
VI. Controlar os prazos dos contratos de trabalho, substituições ou aumento de quadro de colaboradores, controlar os vencimentos de contrato por experiência, conferir folhas de pagamento;
VII. Supervisionar a rotina do departamento pessoal auxiliando o chefe de RH e diretoria administrative;
VIII. Ser responsável pelo controle de ponto, lançamento de rotinas em planilha;
IX. Cumprir com o seu horário de trabalho de acordo com a escala;
X. Manter sigilo das informações da Instituição;
XI. Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
XII. Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
XIII. Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XIV. Respeitar a hierarquia do Organograma;

XV. Propiciar ambiente de trabalho silencioso;

XVI. Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;

XVII. Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;

XVIII. Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumose equipamentos padronizados na Instituição;

XIX. Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;

XX. Realizar demais atribuições pertinentes à função.

SUBSEÇÃO II

DO SERVIÇO DO ANALISTA ADMINISTRATIVO

Art. 22° -Ao analista de administrativo, compete:

I. Realizar Inventário de Patrimônio,

II. Elaborar relatórios de levantamento, classificação de patrimônio, e necessidade de substituição;

III. Acompanhar os serviços realizados por assistentes e auxiliares garantindo que todas as tarefas sejam realizadas de acordo com as normas internas, e prestação de contas a SES;

IV. Organização de arquivos, preparação de relatórios e apresentações;

V. Lidar com atividades como controle de orçamentos;

VI. Organização de arquivos, preparação de relatórios e apresentações;

VII. Facilitar a comunicação entre diferentes departamentos e garantir o bom fluxo de informações;

VIII. Elaborar relatórios de faturamento, esclarecer dúvidas sobre faturamento e colaborar com outros setores;

IX. Organizar e manter todos os contratos de forma acessível e segura, garantindo a rastreabilidade e a conformidade em auditorias, assegurar que os contratos estejam em conformidade com a legislação vigente, incluindo aspectos trabalhistas, tributários, éticos e regulamentações do setor de saúde;

X. Auxiliar na identificação e monitoramento de centros de custo;

XI. Executar tarefas, como a inserção de dados financeiros em sistemas, elaboração de planilhas financeiras e controle de informações financeiras;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XII. Montar processos de pagamentos, auxilia diretoria financeira e administrativa
XIII. Controlar e organizar o estoque de materiais e medicamentos, garantindo o abastecimento contínuo e evitando faltas ou desperdícios;
XIV. Realizar inventários periódicos para monitorar a quantidade e validade dos itens;
XV. Coordenar o processo de compras, desde a solicitação até a aquisição de materiais hospitalares, medicamentos e insumos;
XVI. Avaliar propostas de fornecedores e garantir que as compras sejam feitas com base em critérios de qualidade e custo-benefício;
XVII. Monitorar o fluxo de materiais, registrando a entrada e saída dos itens do estoque;
XVIII. Garantir a rastreabilidade dos materiais e medicamentos adquiridos;
XIX. Negociar com fornecedores, assegurando prazos de entrega, qualidade dos produtos e condições financeiras favoráveis;
XX. Avaliar e credenciar novos fornecedores conforme as necessidades da Policlínica;
XXI. Organizar a distribuição de materiais e insumos para os diferentes setores da Policlínica de maneira eficiente e conforme a demanda;
XXII. Garantir que os materiais sejam armazenados em condições adequadas e sigam normas de conservação;
XXIII. Essas competências ajudam a garantir o funcionamento eficiente e seguro da Policlínica, promovendo a integração entre os setores e um atendimento de qualidade aos pacientes.
XXIV. Manter sigilo das informações da Instituição;
XXV. Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
XXVI. Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
XXVII. Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
XXVIII. Respeitar a hierarquia do Organograma;
XXIX. Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
XXX. Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
XXXI. Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
XXXII. Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumose equipamentos padronizados na Instituição;
XXXIII. Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
XXXIV. Realizar demais atribuições pertinentes à função.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SUBSEÇÃO III

DO SERVIÇO DO ANALISTA DE QUALIDADE

Art. 23º - Ao analista de qualidade, compete:

I. Realizar a gestão documental, tais como as fases de elaboração, revisão, validação, aprovação, controle e distribuição;
II. Gestão de riscos, como suas identificações, analises e tratativas;
III. Gestão de não conformidades, identificação e o plano de ação (5W2H);
IV. Gestão de Auditorias, como produção de checklist, cronogramas, relatórios e planos de ação;
V. Gestão de processos, realização de mapeamento de processos na matriz SWOT ou como fluxograma no BIZAGI;
VI. Gestão de indicadores, tais como mensuração dos processos e resultados;
VII. Gestão de Comissões, tais como reunião, relatórios, cronograma de ações e apoio a alta gestão;
VIII. Entender de ferramentas da qualidade (FMEA, PDCA, 5W2H, CARTAS DE CONTROLE...);
IX. Coordenar auditorias internas e externas para avaliar a conformidade com padrões de qualidade e certificações;
X. Preparar a unidade gerida para processos de acreditação e certificação, colaborando na implementação das ações necessárias;
XI. Controlar os certificados de qualidade e verificar os prazos dos mesmos;
XII. Cumprir com o seu horário de trabalho de acordo com a escala;
XIII. Manter sigilo das informações da Instituição;
XIV. Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
XV. Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
XVI. Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
XVII. Respeitar a hierarquia do Organograma;
XVIII. Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
XIX. Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
XX. Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
XXI. Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumose equipamentos padronizados na Instituição;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XXII. Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;

XXIII. Realizar demais atribuições pertinentes à função.

SUBSEÇÃO IV

DO SERVIÇO DO ENCARREGADO DE MANUTENÇÃO

Art. 24º - Ao encarregado de manutenção, compete:

I. Gerenciar pessoas e todas as atividades do setor;

II. Elaborar, implementar e monitorar protocolos, fluxos e rotinas do setor;

III. Zelar pelo patrimônio da Instituição;

IV. Descrever e encaminhar termos de referência e projetos básicos para aquisição de bens e serviços relacionados ao setor;

V. Acompanhar processos de admissão, renovação e encerramento de contratos, entre outros relacionados à gestão de pessoas e serviços terceiros do setor;

VI. Realizar avaliação de desenvolvimento, planejamento e monitoramento das escalas de trabalho (folgas, férias e licenças) e controle de efetividade dos empregados do setor atendendo legislação vigente;

VII. Elaborar relatórios gerenciais e monitorar indicadores;

VIII. Definir prioridades de capacitação junto à área responsável;

IX. Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;

X. Respeitar a hierarquia do Organograma;

XI. Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;

XII. Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumose equipamentos padronizados na Instituição;

XIII. Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;

XIV. Realizar demais atribuições pertinentes à função.

SUBSEÇÃO V

DO SERVIÇO DO ENCARREGADO DO NÚCLEO INTERNO DE AGENDAMENTO- NIA

Art. 25º - Ao Encarregado do núcleo interno de agendamento, compete:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

I. Gerenciar pessoas e todas as atividades do setor;
II. Elaborar, implementar e monitorar protocolos, fluxos e rotinas do setor;
III. Planejamento e organização das escalas de especialidades médicas e exames de acordo com as necessidades da unidade;
IV. Ter flexibilidade para ajustes de última hora, mantendo o equilíbrio das equipes;
V. Realizar monitoramento e controle da agenda diária;
VI. Realizar ajustes conforme as necessidades, como alterações de horários e cancelamentos;
VII. Coordenação eficaz para evitar conflitos de agendamento e otimizar o fluxo de trabalho.;
VIII. Fiscalizar a execução de contratos de serviços em sua área;
IX. Elaborar relatórios gerenciais;
X. Monitorar indicadores e o cumprimento de metas.;
XI. Definir prioridades de capacitação junto à área;
XII. Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
XIII. Respeitar a hierarquia do Organograma;
XIV. Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
XV. Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumose equipamentos padronizados na Instituição;
XVI. Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
XVII. Realizar demais atribuições pertinentes à função.

SUBSEÇÃO VI

DO SERVIÇO DA ENGENHARIA CLÍNICA

Art. 26° - Á engenharia clínica, compete:

I. Realizar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares, assegurando o seu funcionamento adequado e seguro;
II. Planejar e supervisionar a instalação de novos equipamentos;
III. Auxiliar no processo de seleção e compra de novos equipamentos médicos, com base em critérios técnicos e funcionais;
IV. Realizar estudos de viabilidade técnica para aquisição de novas tecnologias;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

V. Garantir que os equipamentos estejam devidamente calibrados e cumpram os requisitos de segurança exigidos por órgãos reguladores;
VI. Acompanhar a validade de certificações técnicas e manutenções obrigatórias;
VII. Administrar contratos de manutenção com fornecedores externos, assegurando o cumprimento dos prazos e a qualidade dos serviços prestados;
VIII. Supervisionar as atividades de terceiros relacionadas à manutenção de equipamentos;
IX. Capacitar as equipes de saúde para o uso correto e seguro dos equipamentos médico-hospitalares;
X. Realizar treinamentos periódicos sobre novos equipamentos e tecnologias.

SUBSEÇÃO VII

DO SERVIÇO DO ENCARREGADO DE HIGIENE E LIMPEZA

Art. 27° - Ao encarregado de higiene e limpeza, compete:

I. Implementar padrões de limpeza e higienização adequados aos ambientes ambulatoriais e de áreas restritas (hemodiálise);
II. Assegurar a segurança de pacientes, visitantes e profissionais;
III. Assegurar o controle de qualidade e gestão de estoques;
IV. Gerenciar a alocação e utilização de recursos, buscando eficiência operacional e redução de custos;
V. Garantir a satisfação dos pacientes e o cumprimento de normas de segurança e higiene;
VI. Definir prioridades de capacitação junto à área responsável;
VII. Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
VIII. Respeitar a hierarquia do Organograma;
IX. Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
X. Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumose equipamentos padronizados na Instituição;
XI. Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
XII. Realizar demais atribuições pertinentes à função.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SUBSEÇÃO VIII

DA ASSISTENTE ADMINISTRATIVO

Art. 28° - Ao assistente administrativo compete:

I. Auxiliar gestores em suas atividades e necessidades operacionais, como contato com o ambiente externo;
II. Gerenciar documentações recebidas e enviadas;
III. Organizar agenda e controle de receitas e material;
IV. Prestar assistência na conferência de documentação e organização de documentos, planilhas e relatórios para prestação de contas da unidade;
V. Manter sigilo das informações da Instituição;
VI. Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
VII. Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
VIII. Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
IX. Respeitar a hierarquia do Organograma;
X. Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
XI. Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
XII. Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
XIII. Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumose equipamentos padronizados na Instituição;
XIV. Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
XV. Realizar demais atribuições pertinentes à função.

SUBSEÇÃO IX

DO SERVIÇO ESPECIALIZADO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO -SESMT

Art. 29º - Ao serviço especializado de segurança e medicina do trabalho, compete:

I. Atender os colaboradores, orientando procedimentos e esclarecendo dúvidas e nas solicitações de EPI's e EPC's;
II. Avaliar os equipamentos de proteção (EPI's e EPC's), emitindo laudos quando necessário;
III. Organizar e controlar documentos relacionados à saúde e segurança no trabalho da

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

instituição;

IV. Realizar auditorias para apurar condições inadequadas que possam gerar riscos (acompanhamento e avaliação na área), fiscalizando o correto uso dos equipamentos de proteção individual, notificando a direção quando detectado não conformidades;

V. Desenvolver ações educativas "treinamentos e orientações" na área de saúde e segurança no trabalho;

VI. Analisar acidentes e recomendar medidas de prevenção e controle;

VII. Preencher Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), quando necessário;

VIII. Participar da elaboração e implementação do PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais e do PCMSO – Programa de Controle Medico e Saúde Ocupacional;

IX. Organizar e controlar os cronogramas do PPRA e PCMSO, indicadores de acidente de trabalho, treinamentos, auditorias, vacinação, doenças profissionais, etc.;

X. Organizar e controlar o funcionamento da brigada de incêndio;

XI. Participar da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS);

XII. Participar de pericias e fiscalizações de trabalho;

XIII. Promover inspeção nos locais de trabalho, identificando condições, tomando todas providencia necessárias para eliminar todas as situações de riscos;

XIV. Conhecer e divulgar a missão, visão, valores, procedimento operacional padrão e manual de gestão da unidade gerida;

XV. Cumprir com o seu horário de trabalho de acordo com a escala;

XVI. Participar dos treinamentos promovidos pelo Núcleo de Educação Permanente;

XVII. Comunicar o Superior Imediato caso haja impossibilidade de comparecer ao trabalho;

XVIII. Cumprir com o seu horário de trabalho de acordo com a Escala;

XIX. Manter sigilo das informações da Instituição;

XX. Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;

XXI. Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;

XXII. Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;

XXIII. Respeitar a hierarquia do Organograma;

XXIV. Propiciar ambiente de trabalho silencioso;

XXV. Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;

XXVI. Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;

XXVII. Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumose equipamentos padronizados na Instituição;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XXVIII. Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;

XXIX. Realizar demais atribuições pertinentes à função.

SUBSEÇÃO X

DO ENCARREGADO DE ATENDIMENTO

Art. 30° - Ao encarregado de atendimento, compete:

I. Planejar e implementar treinamentos regulares para a equipe, abordando temas como atendimento ao público, uso de sistemas de gestão da Policlínica, e protocolos de segurança;

II. Realizar avaliações periódicas da equipe, fornecendo feedback e orientações para melhoria contínua;

III. Monitorar e otimizar o fluxo de pacientes na recepção, garantindo que o atendimento seja rápido e eficiente;

IV. Promover práticas de atendimento humanizado, assegurando que os pacientes e seus familiares sejam tratados com respeito, empatia e profissionalismo;

V. Receber, registrar e encaminhar reclamações, sugestões e elogios dos pacientes, propondo melhorias no atendimento com base nesses feedbacks;

VI. Desenvolver e implementar procedimentos padronizados para o atendimento e recepção, garantindo a uniformidade e a qualidade dos serviços;

VII. Colaborar com outros setores da Policlínica, como triagem, Enfermagem e administração, para assegurar a continuidade do atendimento e resolver eventuais problemas de comunicação;

VIII. Gerir os recursos necessários para o funcionamento da recepção, como materiais de escritório, equipamentos de informática, e insumos para impressão de documentos;

IX. Assegurar que as instalações da recepção estejam sempre em bom estado, organizadas e limpas, oferecendo um ambiente acolhedor e seguro para os pacientes;

X. Garantir que a equipe utilize corretamente os sistemas de gestão da Policlínica para o cadastro e acompanhamento de pacientes, marcação de consultas e exames, e gestão de filas de espera;

XI. Propor e implementar soluções tecnológicas que possam melhorar a eficiência do atendimento, como sistemas de chamada eletrônica e check-in digital;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XII. Acompanhar indicadores de desempenho do atendimento, como tempo de espera, satisfação dos pacientes e produtividade da equipe, propondo ações de melhoria quando necessário;

XIII. Realizar auditorias internas na recepção para assegurar o cumprimento dos procedimentos e a qualidade do atendimento prestado;

XIV. Facilitar a comunicação entre pacientes, familiares e a Policlínica, esclarecendo dúvidas e orientando sobre procedimentos e rotinas da Policlínica;

XV. Essas atividades são essenciais para garantir que o atendimento na recepção da Policlínica seja eficaz, acolhedor e organizado, contribuindo para a satisfação dos pacientes e o bom funcionamento da Policlínica como um todo.

SUBSEÇÃO XI

DO SERVIÇO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Art. 31° - Ao Serviço de Tecnologia da Informação, compete:

I. Garantir o funcionamento adequado de todos os sistemas informatizados utilizados pela Policlínica, como prontuário eletrônico e sistemas de gestão hospitalar;

II. Manter e administrar a rede de computadores, servidores e demais equipamentos de TI;

III. Oferecer suporte técnico aos colaboradores da Policlínica, resolvendo problemas relacionados a hardware, software e redes;

IV. Realizar o controle de chamados e monitorar o atendimento a incidentes técnicos;

V. Implementar e garantir políticas de segurança da informação, protegendo dados sensíveis de pacientes e da instituição;

VI. Monitorar e prevenir invasões, vazamentos de dados e outras ameaças cibernéticas;

VII. Desenvolver, adaptar ou implementar sistemas de TI que atendam às necessidades da Policlínica;

VIII. Realizar atualizações periódicas dos sistemas, garantindo a sua eficiência e conformidade com as normativas de saúde;

IX. Planejar e coordenar projetos de implementação e melhoria da infraestrutura de TI, em alinhamento com as necessidades estratégicas da Policlínica.

SEÇÃO II

DIRETORIA TÉCNICA

Art. 32º - A Diretoria Técnica é o órgão responsável pela coordenação do Corpo Clínico e por coordenações que atuem no apoio para a tomada de decisões.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 33° - A Diretoria Técnica, compete:

I. Estruturar os serviços assistenciais de acordo com as particularidades da unidade, elaborando e garantindo a observância do regulamento do serviço de assistência;
II. Adotar e aplicar a política de gestão estipulada pelo IPGSE em conjunto com a SES/GO;
III. Assegurar a conformidade e execução das leis trabalhistas, regulamentos externos, códigos e diretrizes internas;
IV. Cultivar um padrão de comportamento ético rigoroso e supervisionar a conduta ética dos profissionais em geral;
V. Gerir as atividades do corpo clínico, garantindo a regularidade de seu funcionamento, conforme obrigações contratuais e regulamentos vigentes, incluindo os regimentos das unidades assistenciais, unidades administrativas, unidades de apoio, procedimentos de gestão e instruções de trabalho;
VI. Conceber, planejar, organizar, liderar, orientar, delegar e monitorar os setores sob sua supervisão;
VII. Instituir uma avaliação contínua dos serviços sob sua responsabilidade, propondo ações para aperfeiçoar constantemente a assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
VIII. Contribuir na elaboração do planejamento estratégico de médio e longo prazo;
IX. Adotar todas as medidas necessárias para garantir a segurança, saúde física e mental dos colaboradores e profissionais;
X. Manter em dia os registros e licenças dos serviços sujeitos a regulamentação;
XI. Manter comunicação regular com os responsáveis pelas áreas sob sua direção e outras diretorias;
XII. Analisar e gerar relatórios mensais, mantendo informações atualizadas da unidade para embasar decisões;
XIII. Participar ou liderar comissões sempre que pertinentes à administração ou assuntos correlatos;
XIV. Convocar, liderar e conduzir reuniões conforme necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais, documentando as decisões em atas para orientar a qualidade da assistência, necessidades dos serviços e programas de melhoria contínua;
XV. Participar do processo de seleção de médicos, quando necessário;
XVI. Supervisionar o desenvolvimento dos colaboradores em suas áreas de atuação, alinhado à política de gestão de pessoas e ao enfoque de competências;
XVII. Emitir pareceres e informações para expedientes e processos relacionados à medicina;
XVIII. Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição;
XIX. Auxiliar no desdobramento do planejamento estratégico e institucional nas áreas assistenciais de modo a favorecer o alcance das metas em cada setor;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XX. Propor melhorias nos processos assistenciais que contribuam para o atingimento das metas do contrato de gestão;

XXI. Definir e acompanhar indicadores para gestão dos processos assistenciais e de apoio assistencial e promover sua mensuração pelas áreas responsáveis com o apoio do corpo clínico;

XXII. Estabelecer e buscar recursos humanos necessários para a prestação de atendimento médico em diversas unidades, buscando cuidado integral ao usuário;

XXIII. Manter registros abrangentes para cada médico, contendo pelo menos: credenciamento do corpo clínico, cópias autenticadas da documentação conforme regulamento, registros de incidentes, e comprovantes de pagamento das anuidades ao crm regional;

XXIV. Supervisionar escalas de plantão das equipes médicas, garantindo sua observância;

XXV. Assessorar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético para várias atividades do corpo clínico médico;

XXVI. Cumprir normas e rotinas estabelecidas pelo SESMT e NR- 32;

XXVII. Cumprir demais responsabilidades pertinentes ao cargo.

Parágrafo Único - A função de Diretor Técnico Médico deverá ser exercida por Médico de reconhecida qualificação e experiência profissional, e com especialização em Gestão ou Administração.

SUBSEÇÃO I

DAS COMISSÕES DE ASSUNTOS ASSISTENCIAIS

Art. 34° - As Comissões serão definidas como:

I. Comissão de Ética Médica;

II. Comissão de Ética Multiprofissional;

III. Comissão de Biossegurança;

IV. Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (CCIRAS);

V. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

VI. Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);

VII. Comissão Interna de Prevenção de Acidente (CIPA);

VIII. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

IX. Comissão de Farmácia Terapêutica;

X. Comissão de Proteção Radiológica;

XI. Comitê de Compliance;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XII. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
XIII. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
XIV. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT);
XV. Comissão Interna de Qualidade;
XVI. Comissão de Humanização;
XVII. Comissão de Eventos;
XVIII. Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

SUBSEÇÃO II

DA COORDENAÇÃO MÉDICA DE ESPECIALIDADES

Art. 35° - A Coordenação Médica de Especialidades atuará na gestão dos serviços médicos de todas as especialidades dispostas para manutenção e continuidade dos atendimentos a serem ofertados na POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS através de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência para a promoção da resolutividade e qualidade, garantindo a segurança do paciente e excelência na prestação do serviço proposto, além de atuar na implantação de normas e sistemas de trabalho, discutindo periodicamente com a equipe e Serviços Multiprofissionais aplicando a revisão das rotinas e elaboração de novos projetos, bem como aprimorar os já existentes, visando o bom desenvolvimento da área com foco contínuo e ininterrupto pela atenção na qualidade do atendimento ao usuário do Sistema Único de saúde desde o recebimento dos pacientes, condutas e decisões sobre o paciente.

Art. 36° - À Coordenação Médica de Especialidades, compete:

I. Supervisionar e coordenar as atividades das equipes de médicos especialistas, garantindo o cumprimento das diretrizes estabelecidas pela organização e pelos órgãos reguladores.
II. Promover a integração e o alinhamento entre as diferentes especialidades médicas, visando o atendimento integral ao paciente.
III. Organizar e monitorar a escala de plantões e consultas dos profissionais de cada especialidade.
IV. Assegurar que os atendimentos sejam realizados conforme a demanda e as metas estabelecidas para a Policlínica através do contrato de Gestão, mantendo a qualidade e agilidade dos serviços prestados.
V. Elaborar e revisar protocolos clínicos e procedimentos operacionais padrão (POPs), garantindo a padronização das práticas médicas e a segurança dos pacientes.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

VI. Assegurar a aplicação de diretrizes clínicas baseadas em evidências, promovendo a melhoria contínua dos serviços.

VII. Acompanhar os indicadores de desempenho das especialidades, como taxa de atendimentos, eficiência no fluxo de pacientes, qualidade dos serviços e satisfação dos usuários.

VIII. Implementar planos de ação para corrigir desvios e melhorar a performance das equipes médicas.

IX. Mediar conflitos e promover um ambiente de trabalho colaborativo entre os médicos, equipe multidisciplinar e demais colaboradores.

X. Atender a demandas de pacientes e usuários que envolvam o serviço médico especializado, buscando soluções que garantam a satisfação e qualidade no atendimento.

XI. Garantir que todas as atividades médicas estejam de acordo com as regulamentações do Ministério da Saúde, Anvisa, e outras entidades competentes.

XII. Zelar pelo cumprimento das metas pactuadas com a Secretaria de Estado da Saúde e com o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados.

XIII. Promover a formação contínua e capacitação dos médicos, incentivando a atualização científica e a participação em eventos de educação continuada.

XIV. Identificar necessidades de treinamento e promover o desenvolvimento de competências das equipes.

XV. Colaborar com a administração na solicitação e controle de materiais e equipamentos necessários para a execução das especialidades médicas.

XVI. Assegurar a utilização adequada dos recursos disponíveis, evitando desperdícios e garantindo a sustentabilidade dos serviços.

XVII. Trabalhar em conjunto com os coordenadores de outras áreas (enfermagem, farmácia, administrativo, etc.), assegurando a articulação entre os diferentes setores da Policlínica.

XVIII. Participar de reuniões e comitês de gestão para discutir o desempenho e os desafios das especialidades.

XIX. Manter contato com a Diretoria Técnica da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços Policlínicas;

XX. Preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica.

SUBSEÇÃO III

DO SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)

Art. 37° - Ao SADT, compete:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

I. Supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Serviço, visando uma melhor qualidade dos exames de diagnóstico por imagem realizados;
II. Observar rigorosamente as normas de proteção contra as radiações;
III. Integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;
IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
V. Manter contato com a Diretoria Técnica da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços;
VI. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
VII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VIII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
IX. Parágrafo Único - As atividades do Serviço de Diagnóstico por Imagem serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas dos órgãos deliberativos.

SUBSEÇÃO IV

DO SUPERVISOR DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (SCIRAS), NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (NVE) E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP).

Art. 38º - É o serviço subordinado à Diretoria Técnica da unidade responsável pela prevenção de infecções, contribuindo com medidas específicas para que não ocorra disseminação de microrganismos dentro do ambiente da Policlínica. Além disso, atua no Núcleo de Vigilância Epidemiológica, tendo a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. No núcleo de segurança do paciente, atua na promoção da Segurança e Implementação de práticas e protocolos que garantam a segurança dos pacientes durante o atendimento na unidade.

Art. 39º - Compete ao Supervisor do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Núcleo de Segurança do Paciente:

I. Planejar atividades e campanhas desenvolvidas pelo SCIRAS;
II. Revisar e implementar o Programa de Controle de IRAS (PCIRAS);
III. Elaborar e aprovar os protocolos assistenciais e avaliar o uso;
IV. Validar produtos saneantes utilizados na instituição e indicar o uso;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

V. Assessorar os serviços realizados pelos profissionais do SCIRAS e NHE;
VI. Elaborar relatórios mensais de indicadores de resultados referentes às infecções relacionadas à assistência de saúde;
VII. Elaborar manuais referentes aos serviços de controle de infecção;
VIII. Manter atualizado o regimento interno para a SCIRAS;
IX. Acompanhar através do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), os eventos adversos, mais precisamente, as IRAS identificadas.
X. Notificar e acompanhar os casos de infecções relacionadas à assistência à saúde;
XI. Investigar surtos;
XII. Promover ações educativas quanto à prevenção e controle de infecções;
XIII. Realizar treinamento com as equipes assistenciais, de apoio e administrativas;
XIV. Realizar visitas na unidades;
XV. Fazer contato com pacientes da hemodiálise;
XVI. Manter sistema de vigilância epidemiológica das IRAS através de busca ativa dos casos;
XVII. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação dos protocolos, visando à prevenção e ao tratamento das infecções relacionadas à assistência à saúde de forma integrada com a equipe multiprofissional;
XVIII. Realizar vigilância de não conformidades nos setores assistenciais;
XIX. Monitorar adesão à higienização das mãos;
XX. Elaborar o perfil microbiológico e de resistência;
XXI. Acompanhar junto a farmácia o controle de antimicrobianos;
XXII. Participar das comissões;
XXIII. Realizar cronograma da Análise da água e analisar resultado;
XXIV. Realizar cronograma de dedetização;
XXV. Inspecionar obras;
XXVI. Receber e encaminhar para tratativa as notificações de doenças e agravos;
XXVII. Realizar a comunicação com o núcleo de vigilância epidemiológica do município;
XXVIII. Coordenar e prestar assistência ao processo de desenvolvimento e manutenção do Núcleo de Segurança do Paciente- NSP;
XXIX. Ministrar cursos e palestras e executar treinamentos relativos à segurança do paciente e procedimentos de gestão, selecionando prestadores de serviços na área, definindo tipo e forma do treinamento e controlando os custos envolvidos, visando à conscientização e envolvimento de todas as áreas em relação à qualidade e segurança do paciente;
XXX. Coordenar investigações de incidentes e eventos adversos, propondo medidas corretivas e preventivas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XXXI. Desenvolver estratégias de gestão de riscos, incluindo a identificação, avaliação e mitigação de possíveis falhas nos processos;

XXXII. Convocar, liderar e conduzir reuniões conforme necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais, documentando as decisões em atas para orientar a qualidade e necessidades do serviço, programas de melhoria contínua;

XXXIII. Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno da instituição;

XXXIV. Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas estabelecidas pelo SESMT e NR- 32;

XXXV. Cumprir o Código de Ética da profissão e regimento interno da instituição;

XXXVI. Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;

XXXVII. Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;

XXXVIII. Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;

XXXIX. Realizar demais atribuições pertinentes à função.

SUBSEÇÃO V

DA SERVIÇO DE LABORATÓRIO E ANÁLISES CLÍNICAS

Art. 40º - O responsável do Laboratório deve promover interação entre as áreas assistenciais e o setor de forma fidedigna fornecendo subsídios para o diagnóstico médico.

Art. 41º - Compete a este profissional:

I. Ser Responsável Técnico pelo setor;

II. Gerir processos laboratoriais;

III. Gerir estoque;

IV. Garantir o cumprimento dos requisitos legais existentes para o serviço;

V. Supervisionar as atividades desenvolvidas pelos técnicos do setor;

VI. Realizar conferência de estoque;

VII. Realizar controle de qualidade interna;

VIII. Controlar o estoque de reagentes, bem como a validade dos mesmos;

IX. Levantar e monitorar os resultados dos indicadores do setor, tomando as ações de melhoria cabíveis;

X. Realizar exames empregando aparelhos e reagentes apropriados;

XI. Interpretar, avaliar e liberar os resultados dos exames para fins de diagnóstico clínico;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XII. Verificar sistematicamente os aparelhos a serem utilizados nas análises, ajustando-os e calibrando-os, quando necessário, a fim de garantir seu perfeito funcionamento e a qualidade dos resultados;

XIII. Efetuar os registros necessários para controle dos exames realizados;

XIV. Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;

XV. Elaborar e acompanhar as rotinas gerais do setor periodicamente através de formulários, procedimento operacional padrão, indicadores e análise crítica, gerenciamento de risco e interação de processos, dentre outros;

XVI. Manter contato constante com os responsáveis de outros setores visando à melhoria continua na interação de processos;

XVII. Assegurar o fornecimento de dados atualizados e específicas do setor através de relatórios mensais estabelecidos e sempre que solicitados para análise e tomada de decisões da Diretoria;

XVIII. Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes à administração ou a elas relacionadas;

XIX. Acionar o diretor da unidade em casos de não conformidade;

XX. Conferir os materiais colhidos para exames, segundo sua identificação;

XXI. Conferir periodicamente o controle de estoque de material do almoxarifado;

XXII. Determinar as técnicas e os processos que deverão ser usados em todos os exames de rotina;

XXIII. Realizar junto a coordenação de nefrologia o controle de exames periódicos dos pacientes;

XXIV. Supervisionar a preparação das soluções necessárias aos desenvolvimentos dos exames que exijam técnicas especiais;

XXV. Desprezar amostras de pacientes e reagentes vencidos, de acordo com o programa de gerenciamento de resíduos;

XXVI. Coletar dados estatísticos das atividades;

XXVII. Elaborar escala de trabalho dos colaboradores do setor;

XXVIII. Realizar liberação eletrônica de resultados;

XXIX. Participar das atividades administrativas, de controle e de apoio referentes à sua área de atuação;

XXX. Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função;

XXXI. Preparar material e embalagem para terceirização de exames;

XXXII. Participar ativamente de todos os processos internos da qualidade;

XXXIII. Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;

XXXIV. Cumprir as normas estabelecidas pelo SESMT e pela NR- 32;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XXXV. Cumprir o Código de Ética da profissão e regimento interno da instituição;

XXXVI. Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;

XXXVII. Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;

XXXVIII. Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;

XXXIX. Realizar demais atribuições pertinentes à função.

SUBSEÇÃO VI

DO SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Art. 42° - Ao Responsável Técnico da Terapia Renal Substitutiva, compete:

I. Encaminhar os casos que, porventura, tenham apresentado intercorrências durante a sessão de hemodiálise e que, após estabilização, permaneçam graves, via central de regulação, para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado, referência para a Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis;

II. Coordenar e supervisionar as atividades clínicas e técnicas da equipe de Terapia Renal Substitutiva;

III. Garantir que os protocolos de hemodiálise sejam seguidos corretamente, assegurando a segurança e eficácia dos tratamentos;

IV. Avaliar e acompanhar os pacientes em tratamento de hemodiálise, ajustando o plano terapêutico conforme necessário;

V. Garantir o monitoramento contínuo das condições clínicas dos pacientes, prevenindo e manejando complicações durante as sessões de diálise;

VI. Desenvolver e revisar periodicamente os protocolos clínicos e técnicos para o serviço de hemodiálise, com base em diretrizes nacionais e internacionais;

VII. Estabelecer práticas baseadas em evidências para o tratamento de pacientes renais, garantindo o alinhamento com as regulamentações de órgãos como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Ministério da Saúde;

VIII. Coordenar o treinamento da equipe multidisciplinar, assegurando que os profissionais, incluindo o Nefrologista e o Enfermeiro, estejam atualizados em relação às práticas de hemodiálise e às inovações tecnológicas no tratamento renal;

IX. Promover a educação continuada e realizar treinamentos sobre o manejo de equipamentos, novas técnicas e protocolos de segurança;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

X. Garantir que os equipamentos de hemodiálise estejam em perfeito estado de funcionamento, supervisionando a manutenção preventiva e corretiva em conjunto com a Engenharia Clínica;

XI. Assegurar que os materiais utilizados durante as sessões de diálise estejam de acordo com as normas de segurança e esterilização;

XII. Monitorar a aplicação de medidas de segurança, como o controle de infecções e o manejo adequado de complicações associadas à hemodiálise;

XIII. Assegurar a conformidade com as normas de controle de qualidade e segurança exigidas pelos órgãos de saúde;

XIV. Acompanhar os indicadores de qualidade do serviço de hemodiálise;

XV. Implementar ações corretivas para melhorar os indicadores de desempenho e assegurar um atendimento de excelência;

XVI. Manter uma comunicação contínua e eficaz com o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás, coordenando o encaminhamento de pacientes para atendimento de urgências, exames complementares ou tratamento de complicações que exijam internação hospitalar;

XVII. Garantir a integração do serviço de hemodiálise com o hospital de retaguarda, assegurando que os pacientes tenham acesso rápido a cuidados mais intensivos, se necessário;

XVIII. Supervisionar o cumprimento das normas éticas no atendimento e garantir que o serviço esteja em conformidade com as exigências das auditorias e inspeções sanitárias;

XIX. Fornecer orientação e suporte tanto aos pacientes quanto aos seus familiares sobre o tratamento de hemodiálise, suas etapas e possíveis complicações;

XX. Garantir um atendimento humanizado, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes em tratamento crônico.

SUBSEÇÃO VII

DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 43º - Do componente especializado em assistência farmacêutica, compete:

I. Receber os pacientes e fornecer informações sobre os medicamentos, esclarecendo dúvidas e orientando sobre o uso adequado;

II. Realizar entrevistas com os pacientes para coletar informações sobre a história médica, medicamentos em uso e possíveis reações adversas;

III. Analisar prescrições médicas para verificar interações medicamentosas, contraindicações e adequação das dosagens;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

IV. Garantir que os medicamentos prescritos sejam apropriados para as condições do paciente e estejam dentro das diretrizes de tratamento;

V. Preparar e dispensar medicamentos, incluindo os de alto custo, assegurando a correta identificação e rotulagem dos produtos;

VI. Conferir a documentação necessária para a entrega de medicamentos, especialmente em casos de medicamentos controlados;

VII. Acompanhar os pacientes quanto à eficácia dos medicamentos e ao surgimento de efeitos colaterais, fazendo ajustes conforme necessário;

VIII. Identificar barreiras à adesão e desenvolver estratégias para promover o uso regular dos medicamentos;

IX. Registrar informações sobre as dispensas, acompanhamento dos pacientes e resultados das intervenções;

X. Elaborar relatórios periódicos sobre as atividades desenvolvidas e os resultados alcançados, para análise da gestão da unidade;

XI. Realizar triagens em pacientes de risco para identificar problemas de saúde que possam ser tratados com intervenções farmacêuticas;

XII. Promover campanhas sobre a importância da prevenção e do uso responsável de medicamentos.

XIII. Orientar e realizar os controles e registros relativos à legislação vigente sobre a guarda e manipulação de substâncias, estas sujeitas a controle especial;

XIV. Promover auditorias internas periódicas, visando assegurar o cumprimento de todas as normas estabelecidas, de modo a garantir uma adequada manipulação, conservação e dispensação de medicamentos;

XV. Programar inventários periódicos;

XVI. Acompanhar o cumprimento das rotinas internas da farmácia diariamente;

XVII. Programar vistoria mensal de validades dos produtos da farmácia e carros de emergência;

XVIII. Solicitar manutenção de equipamentos, quando necessário;

XIX. Elaborar relatórios mensais das atividades desenvolvidas pelo serviço de Farmácia;

XX. Identificar necessidade e solicitar treinamento e educação continuada dos profissionais sob sua responsabilidade e desenvolver treinamentos voltados para cumprimentos de rotinas internas e de normas que garantam boas práticas de armazenamento, transporte e distribuição de medicamentos e materiais e demais itens utilizados;

XXI. Participar da reunião diária com a equipe multiprofissional;

XXII. Cumprir as normas estabelecidas pelo SESMT e pela NR- 32;

XXIII. Cumprir o Código de Ética da profissão e regimento interno da instituição;

XXIV. Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

padronizados na Instituição;

XXV. Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;

XXVI. Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;

XXVII. Realizar demais atribuições pertinentes à função.

SUBSEÇÃO VIII

DA COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL

Art. 44º- Ao coordenador assistencial, compete:

I. Gerenciar todas as áreas de enfermagem da unidade, assumindo a responsabilidade técnica do serviço;

II. Conferir o atendimento aos pacientes;

III. Liderar equipe;

IV. Garantir o adequado funcionamento dos setores de enfermagem, através do controle dos processos, visando à qualidade e humanização do atendimento;

V. Avaliar a qualidade do atendimento assistencial;

VI. Avaliar atendimento e acompanhar atividades da equipe;

VII. Desenvolver e capacitar novos líderes dentro da equipe de enfermagem;

VIII. Elaborar, aplicar e acompanhar protocolos assistenciais, avaliando sua eficácia;

IX. Avaliar, solicitar e realizar as demissões e contratações de profissionais da equipe de enfermagem, e mediante ciência e autorização da direção administrativa e técnica da unidade gerida e superintendências do IPGSE;

X. Promover Educação Continuada sistemática com avaliações periódicas da equipe;

XI. Convocar, liderar e conduzir reuniões periódicas, com seus subordinados diretos ou outros profissionais, documentando as decisões em atas para orientar a qualidade e necessidades do serviço, programas de melhoria contínua;

XII. Elaborar plano de desenvolvimento individual de forma a produzir feedback tanto positivo quanto para melhorias;

XIII. Estimular boas práticas na gestão de risco e segurança do paciente;

XIV. Promover o cumprimento de todos os protocolos institucionais: Núcleo de Segurança do Paciente, SCIRAS, SESMT, Qualidade, dentre outros;

XV. Comunicar ao Núcleo de Vigilância Epidemiológico, os casos de Notificação Compulsória;

XVI. Notificar ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) os incidentes e/ou eventos adversos;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XVII. Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;

XVIII. Participar ativamente da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), cumprindo as normas de serviço, e solicitando condutas em casos de infecções;

XIX. Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno da instituição;

XX. Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética da profissão;

XXI. Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas estabelecidas pelo SESMT e NR- 32;

XXII. Cumprir demais responsabilidades pertinentes ao cargo.

SUBSEÇÃO IX

DA GESTÃO DO CUIDADO

Art. 45º – Ao Gestor do Cuidado, compete:

I. Garantir a utilização de diretrizes clinicas baseada em evidências e boas práticas em saúde;

II. Agir de forma integrada com a coordenação assistencial e multiprofissional nas questões técnicas assistenciais, buscando otimizar os processos operacionais;

III. Conhecer os serviços ofertados em toda rede assistencial da região e avaliar as opções e serviços disponíveis;

IV. Consolidar informações, avaliações e documentos do usuário e orientar quanto aos encaminhamentos e condutas propostas no projeto terapêutico;

V. Implementar e monitorar a realizações do projeto terapêutico singular, estabelecer junto a equipe, estratégias para favorecer adesão ao tratamento;

VI. Comunicar às equipes sobre o projeto terapêutico singular desenvolvido e as condutas sugeridas quando o usuário for encaminhado a outros serviços de saúde;

VII. Participar da avaliação global e do gerenciamento do cuidado dos pacientes, com o apoio da equipe e monitorar os resultados obtidos;

VIII. Reforçar sobre a importância do compartilhamento do cuidado;

IX. Elaborar as escalas multiprofissionais, organizar os fluxos internos e demandas reprimidas da equipe;

X. Implantar normas e sistemas de cuidado;

XI. Acompanhar a produção para o cumprimento das metas de atendimentos não médicos dispostas no termo de colaboração;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XII. Realizar reuniões sempre que necessário;

XIII. Participar do processo seletivo e de integração dos novos colaboradores multiprofissionais.

XIV. Supervisionar o desenvolvimento dos colaboradores nas áreas de atuação, de acordo com a política de gestão de pessoas e foco em competências;

XV. Estabelecer e buscar recursos humanos necessários para atendimento assistencial em diversas unidades, visando cuidado integral aos usuários;

XVI. Implementar sistemas de supervisão assistencial, alinhados aos processos de controle e educação;

XVII. Cultivar um padrão de comportamento ético rigoroso e supervisionar a conduta ética dos profissionais em geral;

XVIII. Instituir uma avaliação contínua dos serviços sob sua responsabilidade, propondo ações para aperfeiçoar constantemente a assistência humanizada e de qualidade ao usuário;

XIX. Contribuir na elaboração do planejamento estratégico de médio e longo prazo;

XX. Adotar todas as medidas necessárias para garantir a segurança, saúde física e mental dos colaboradores e profissionais;

XXI. Manter em dia os registros e licenças dos serviços sujeitos a regulamentação;

XXII. Manter comunicação regular com os responsáveis pelas áreas sob sua gestão;

XXIII. Participar de comissões sempre que pertinentes à assistência ou assuntos correlatos;

XXIV. Convocar, liderar e conduzir reuniões conforme necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais, documentando as decisões em atas para orientar a qualidade da assistência, necessidades dos serviços e programas de melhoria contínua;

XXV. Promover estruturação do modelo assistencial de modo a garantir a gestão com foco em qualidade, gerenciamento de riscos, redução de custos e aumento de resultados;

XXVI. Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno da instituição;

XXVII. Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas estabelecidas pelo SESMT e NR- 32;

XXVIII. Cumprir demais responsabilidades pertinentes ao cargo.

SUBSEÇÃO IX

DO ASSISTENTE ADMINISTRATIVO - OUVIDORIA

Art. 46º – Ao assistente administrativo responsável pela ouvidoria, compete:

I. Realizar pesquisas de satisfação;

II. Anotar dúvidas e reclamações dos pacientes;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

III. Trabalhar junto com as outras áreas para buscar subsídios para a elaboração das respostas;
IV. Preencher relatórios;
V. Buscar identificar falhas e propor melhorias nos processos internos;
VI. Semanalmente fazer a tabulação de dados, e alimentar o relatório gerencial ao final de cada mês;
VII. Manter sigilo das informações da Instituição;
VIII. Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
IX. Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
X. Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
XI. Respeitar a hierarquia do Organograma;
XII. Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
XIII. Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
XIV. Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
XV. Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumose equipamentos padronizados na Instituição;
XVI. Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
XVII. Realizar demais atribuições pertinentes à função.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 47° - A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS terá Quadro de Pessoal, estruturado em cargos e funções definidos.

Art. 48° - Os colaboradores da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS estarão submetidos ao agasalho legal do Código de Leis Trabalhistas (CLT) e do estatuto do servidor público.

Art. 49° - Os direitos e deveres dos empregados são regidos pela Legislação específica em vigor e pelos códigos de Ética Profissional.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 50° - Na impossibilidade ou ausência do Diretor Administrativo, este será representado pelo Diretor Técnico.

Art. 51° - Na impossibilidade ou ausência do Diretor Técnico, este será representado pelo Coordenador de Enfermagem.

SEÇÃO I

DO HORÁRIO

Art. 52° - O horário de trabalho em toda a POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS é fixado pela Direção Administrativa, respeitada a legislação vigente.

Art. 53° - O trabalho extraordinário só poderá ser prestado, quando autorizado pelos ocupantes das funções de Direção e Coordenações, nos termos da legislação que reza a espécie.

Art. 54° - É obrigatório o registro de "ponto" de todo o pessoal da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS.

§1º - O registro de "ponto" do pessoal será feito em dispositivo de ponto biométrico.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 55° - O prontuário médico, bem como qualquer documento ou informação relacionados com a assistência prestada aos pacientes, só poderão ser retirados da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS mediante autorização expressa do Diretor Técnico.

Art. 56° - Caberá ao Diretor Administrativo em conjunto com o Diretor Técnico da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS estruturar o Corpo Clínico e aprovar os Manuais de Normas e Rotinas dos diversos Serviços da Policlínica, onde se definirão suas relações com os órgãos da administração.

Art. 57º - Os profissionais devem utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em cumprimento a NR-32, além de atender as orientações quanto a proibição do uso de adornos, sapatos fechados, unhas curtas e limpas, cabelos presos e demais normas estabelecidas pelo Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT.

Art. 58º - É vedado o recebimento de pagamentos de pacientes ou familiares, referente aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 59º - É proibido o uso de qualquer informação relativa à Instituição em benefício próprio ou de terceiros.

Art. 60º - É vedada a violação do sigilo profissional e a exposição de imagens de pacientes e profissionais sem expressa autorização por escrito.

Art. 61° - As notícias referentes a fatos ocorridos no âmbito da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS só poderão ser fornecidas para divulgação com autorização do Diretor Administrativo e por meio unicamente pela Comunicação.

Art. 62° - O Diretor Administrativo da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS tomará as medidas necessárias para implantação deste Regimento.

Art. 62° - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Direção da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS, respeitada a competência da autoridade superior.

Art. 63° - Este Regimento Interno só poderá ser alterado, em parte ou no todo, por deliberação da DIRETORIA ADMINISTRATIVA em alinhamento ou por solicitação dos demais Diretores, sendo aprovado pela DIRETORIA ADMINISTRATIVA para validação e aplicação.

Art. 64º - Este Regimento, aprovado pelo Diretor Administrativo da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS, entrará em vigor na data de sua aprovação.

Art. 65° - Revogam-se as disposições em contrário.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE- QUIRINÓPOLIS

CAPÍTULO I
DAS FINALIDADES E DIRETRIZES DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Art. 1° - O presente Regimento Interno estabelece as normas, diretrizes e procedimentos específicos para o funcionamento do Serviço de Enfermagem da Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis.

Art. 2° - São Diretrizes do Serviço de Enfermagem:

I. Atendimento Humanizado: Priorizar o respeito, a escuta ativa e o acolhimento, proporcionando ao paciente um ambiente de cuidado que valoriza sua dignidade e individualidade.
II. Segurança do Paciente: Seguir rigorosamente protocolos que minimizem riscos, como a prevenção de infecções, quedas, e erros de medicação. Promover a adesão às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e outras regulamentações vigentes.
III. Educação Continuada: Manter a equipe de enfermagem atualizada em relação a práticas baseadas em evidências, promovendo treinamentos e capacitações regulares.
IV. Trabalho Multidisciplinar: Incentivar a interação e colaboração com outras equipes de saúde (médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc.) para garantir uma assistência integral ao paciente.
V. Gestão Eficiente dos Recursos: otimizar o uso de insumos e equipamentos de forma sustentável e responsável, sempre buscando evitar desperdícios e garantir a disponibilidade de materiais essenciais.
VI. Documentação Adequada: Manter registros completos e precisos de todos os procedimentos e cuidados realizados, seguindo as orientações normativas para documentação de enfermagem.

Art. 3° - São objetivos gerais do Serviço de Enfermagem:

I. Prover Assistência de Qualidade: Assegurar que os cuidados prestados sejam baseados em práticas seguras, eficazes e centradas nas necessidades do paciente.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

II. Garantir a Continuidade do Cuidado: Facilitar a transição entre diferentes níveis de cuidado, como consultas, procedimentos e encaminhamentos, assegurando que o paciente tenha uma continuidade de tratamento.

III. Monitorar Indicadores de Qualidade: Acompanhar indicadores de desempenho e qualidade assistencial, promovendo melhorias contínuas.

IV. Facilitar o Acesso ao Cuidado: Garantir que o paciente tenha fácil acesso à assistência de enfermagem, seja por meio de agendamentos, orientações ou procedimentos ambulatoriais.

CAPÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

SEÇÃO I
DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 4° - O Serviço enfermagem subordina-se ao diretor técnico, e é composto por:

I. Coordenador Assistencial e Multiprofissional

II. Coordenador de Nefrologia

III. Gestor da linha do Cuidado

IV. Enfermeiros Assistenciais

V. Técnicos de Enfermagem

SEÇÃO II
DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SUBSEÇÃO I
COORDENADOR ASSISTENCIAL E MULTIPROFISSIONAL

Art. 5° - É subordinado ao Diretor técnico, e dentre as competências abaixo listadas, deve estabelecer estratégias para otimização do serviço assistencial prestado pela equipe e estimular boas práticas na gestão de risco e segurança do paciente.

Art. 6° - Ao Coordenador Assistencial e Multiprofissional, compete:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

I. Ser responsável técnico pelo serviço de enfermagem ;

II. Liderar e gerenciar a equipe, garantindo a colaboração e a comunicação efetiva entre os membros da equipe para alcançar os objetivos definidos;

III. Conhecer e avaliar todo o fluxo de pacientes, medicamentos, resíduos, procedimentos, limpeza e materiais da unidade;

IV. Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento, como também o Regimento Interno da unidade;

V. Participar da elaboração de planos e estratégias para alcançar metas e resultados em sua área de atuação, com definição dos objetivos, indicadores de desempenho e criação de planos de ação para alcançar as metas propostas;

VI. Gerenciar os recursos disponíveis, como pessoal, equipamentos, materiais e orçamento, de forma eficiente e eficaz, realizando o planejamento de alocação de recursos para garantir que a equipe tenha o necessário para realizar suas atividades;

VII. Atuar como mediador em situações de conflito dentro da equipe ou entre diferentes profissionais, buscando soluções que promovam o trabalho em equipe e a harmonia no ambiente de trabalho;

VIII. Acompanhar o desempenho da equipe e o progresso dos projetos em andamento, identificando possíveis desvios e tomando ações corretivas quando necessário;

IX. Manter uma comunicação clara e efetiva com a equipe, superiores, colaboradores e outras partes interessadas;

X. Representar a equipe ou instituição em reuniões e eventos externos;

XI. Apoiar o desenvolvimento profissional da equipe, identificando necessidades de treinamento, e incentivando a busca por atualização e aprimoramento de habilidades;

XII. Manter o quadro de enfermagem com uma equipe mínima necessária conforme demanda da unidade;

XIII. Atualizar conforme cronograma do setor da qualidade, as normas, rotinas, manuais, procedimentos operacionais padrão e protocolos de enfermagem;

XIV. Analisar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes;

XV. Fazer cumprir a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, bem como auditar os prontuários;

XVI. Atuar na prevenção e controle sistemáticos da infecção, de danos físicos que possam

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ser causados durante a assistência de Saúde;

XVII. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética em Enfermagem;

XVIII. Visitar os setores sob sua coordenação diariamente;

XIX. Planejar e elaborar a escala de serviço dos seus setores de responsabilidade;

XX. Executar diariamente remanejamento dos profissionais e checagem das escalas de trabalho;

XXI. Participar das reuniões de comissões e repassar as informações devidas à equipe de trabalho;

XXII. Participar do processo seletivo e de integração dos novos colaboradores da enfermagem;

XXIII. Promover o cumprimento de todos os protocolos institucionais;

XXIV. Garantir o registro correto do ponto de sua equipe;

XXV. Realizar reuniões periódicas, acompanhar e orientar a equipe de enfermagem sob sua responsabilidade

XXVI. Avaliar o desempenho técnico dos colaboradores da Enfermagem;

XXVII. Participar dos cursos, palestras e outras atividades científicas da unidade;

XXVIII. Analisar os pedidos de folga, organizar e administrar as faltas, atestados, licenças médicas e programação de férias;

XXIX. Elaborar, analisar e administrar os indicadores sobre a assistência, os indicadores específicos dos protocolos gerenciados pelo setor de qualidade e dados estatísticos.

Parágrafo Único - A função de Coordenador Assistencial e Multiprofissional deverá ser exercida por Enfermeiro graduado em Escola reconhecida, qualificado e com experiência comprovada.

SUBSEÇÃO II
DO COORDENADOR DE ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA

Art. 07° - Ao Enfermeiro Coordenador Especialista em Nefrologia compete:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

I. Possuir pós graduação em nefrologia;

II. Ser responsável técnico pelo serviço de nefrologia da unidade ;

III. Liderar e gerenciar a equipe, garantindo a colaboração e a comunicação efetiva entre os membros para alcançar os objetivos definidos;

IV. Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento, como também o Regimento Interno da unidade;

V. Participar da elaboração de planos e estratégias para alcançar metas e resultados em sua área de atuação, com definição dos objetivos, indicadores de desempenho e criação de planos de ação para alcançar as metas propostas;

VI. Gerenciar os recursos disponíveis, como pessoal, equipamentos, materiais e orçamento, de forma eficiente e eficaz, realizando o planejamento de alocação de recursos para garantir que a equipe tenha o necessário para realizar suas atividades;

VII. Atuar como mediador em situações de conflito dentro da equipe ou entre diferentes profissionais, buscando soluções que promovam o trabalho em equipe e a harmonia no ambiente de trabalho;

VIII. Acompanhar o desempenho da equipe e o progresso dos projetos em andamento, identificando possíveis desvios e tomando ações corretivas quando necessário;

IX. Manter uma comunicação clara e efetiva com a equipe, superiores, colaboradores e outras partes interessadas;

X. Representar a equipe ou instituição em reuniões e eventos externos;

XI. Apoiar o desenvolvimento profissional da equipe, identificando necessidades de treinamento, e incentivando a busca por atualização e aprimoramento de habilidades;

XII. Manter o quadro de enfermagem do setor de hemodiálise e diálise peritonial com uma equipe mínima necessária conforme demanda da unidade;

XIII. Atualizar conforme cronograma do setor da qualidade, as normas, rotinas, manuais, procedimentos operacionais padrão e protocolos de enfermagem em nefrologia;

XIV. Analisar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes dialíticos;

XV. Fazer cumprir a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, bem como auditar os prontuários;

XVI. Atuar na prevenção e controle sistemáticos da infecção, de danos físicos que possam ser causados durante a assistência de Saúde;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XVII. Planejar e elaborar a escala de serviço da nefrologia;

XVIII. Executar diariamente remanejamento dos profissionais e checagem das escalas de trabalho;

XIX. Participar das reuniões de comissões e repassar as informações devidas à equipe de trabalho;

XX. Promover o cumprimento de todos os protocolos institucionais;

XXI. Garantir o registro correto do ponto de sua equipe;

XXII. Realizar reuniões periódicas, acompanhar e orientar a equipe;

XXIII. Capacitar e treinar todos da equipe de enfermagem, escalados para o setor na montagem e operação de máquinas de hemodiálise, diálise peritonial, sistema de tratamento de água, assistências nas emergências dialíticas, e todas os processos realizados no setor;

XXIV. Avaliar o desempenho técnico dos colaboradores da Enfermagem;

XXV. Participar dos cursos, palestras e outras atividades da unidade.

Parágrafo Único - A função de Coordenador de Nefrologia deverá ser exercida por Enfermeiro graduado em Escola reconhecida, e pós graduado em nefrologia, qualificado e com experiência comprovada.

SUBSEÇÃO III
GESTÃO DA LINHA DO CUIDADO

Art. 8º - Ao Gestor da Linha do Cuidado compete:

I. Coordenar e monitorar os assuntos referentes a equipe multiprofissional;

II. Desenvolver trabalho integrado com todos os setores da unidade;

III. Garantir a utilização de diretrizes clinicas baseada em evidências e boas práticas em saúde;

IV. Agir de forma integrada com a coordenação assistencial e multiprofissional nas questões técnicas assistenciais, buscando otimizar os processos operacionais;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

V. Conhecer os serviços ofertados em toda rede assistencial da região e avaliar as opções e serviços disponíveis;

VI. Consolidar informações, avaliações e documentos do usuário e orientar quanto aos encaminhamentos e condutas propostas no projeto terapêutico;

VII. Implementar e monitorar a realizações do projeto terapêutico singular , estabelecer junto a equipe, estratégias para favorecer adesão ao tratamento;

VIII. Comunicar às equipes sobre o projeto terapêutico singular desenvolvido e as condutas sugeridas quando o usuário for encaminhado a outros serviços de saúde;

IX. Participar da avaliação global e do gerenciamento do cuidado dos pacientes, com o apoio da equipe e monitorar os resultados obtidos;

X. Reforçar sobre a importância do compartilhamento do cuidado;

XI. Elaborar as escalas multiprofissionais , organizar os fluxos internos e demandas reprimidas da equipe ;

XII. Implantar normas e sistemas de cuidado;

XIII. Realizar reuniões sempre que necessário;

XIV. Participar das reuniões de comissões e repassar as informações devidas à equipe de trabalho;

XV. Participar do processo seletivo e de integração dos novos colaboradores multiprofissionais.

SUBSEÇÃO IV
DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

Art. 9º - Ao Enfermeiro assistencial compete:

I. Atender às solicitações da coordenação assistencial e multiprofissional ou coordenação de nefrologia se atuação for na hemodiálise;

II. Receber os pacientes e orientá-los;

III. Realizar o processo de Enfermagem aplicando todas as etapas do processo – Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de acordo com a resolução 358/2009;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

IV. Registrar todos os cuidados em sistema de gestão hospitalar;

V. Atender e fazer valer todos os protocolos de segurança do paciente;

VI. Realizar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, e/ou cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

VII. Realizar procedimentos privativos do enfermeiro, como sondagem vesical, SAE, curativos em cateteres de longa permanência na hemodiálise, etc;

VIII. Prestar assistência ao paciente respeitando os princípios técnicos, éticos e científicos;

IX. Promover o acolhimento, suporte emocional e escuta qualificada a todos os pacientes;

X. Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;

XI. Supervisionar a realização dos procedimentos técnicos;

XII. Monitorar os equipamentos verificando seu correto funcionamento;

XIII. Orientar usuários, visitantes e acompanhantes sobre as normas, rotinas e procedimentos da unidade;

XIV. Identificar necessidade e solicitar treinamento e educação continuada dos profissionais sob sua responsabilidade;

XV. Controlar a assiduidade, pontualidade e disciplina dos funcionários sob sua responsabilidade;

XVI. Requisitar materiais e medicamentos;

XVII. Atuar na prevenção e controle sistemáticos da infecção, de danos físicos que possam ser causados durante a assistência de Saúde;

XVIII. Acompanhar remoções de pacientes que necessitem assistência médica especializada, quando necessário, antes, durante ou após sessão de hemodiálise, conforme escala pré definida;

XIX. Promover reuniões periódicas com os colaboradores sob sua responsabilidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SUBSEÇÃO V
DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Art. 10º - Ao Técnico de Enfermagem compete:

I. Prestar assistência de enfermagem conforme sua qualificação de nível médio técnico;

II. Prestar os cuidados de Enfermagem conforme prescrições médicas e de Enfermagem;

III. Prestar cuidados aos pacientes dialíticos, quando escalados no serviço de diálise da unidade;

IV. Acompanhar remoções de pacientes que necessitem assistência médica especializada, quando necessário, antes, durante ou após sessão de hemodiálise, conforme escala pré definida;

V. Assistir ao Enfermeiro: no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;

VI. Atender a todos os protocolos de segurança do paciente;

VII. Receber os pacientes e orientá-los;

VIII. Verificar os sinais vitais e medidas antropométricas;

IX. Proceder a limpeza, empacotamento e esterilização de materiais;

X. Executar atividades de desinfecção e esterilização;

XI. Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

XII. Administrar medicamentos via oral e parenteral;

XIII. Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados e as observações;

XIV. Atuar na prevenção e controle sistemáticos da infecção, de danos físicos que possam ser causados durante a assistência de Saúde;

XV. Comunicar a (o) Enfermeira (o) anormalidades com o paciente;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CAPÍTULO III
DOS REQUISITOS PARA ADMISSÃO E AVALIAÇÃO

Art. 11º - Os requisitos exigidos para o cargo de coordenação são:

I. Registro profissional no seu respectivo conselho;

II. Diploma ou Título de Especialização em área de gestão, ou de nefrologia para gestão do setor de hemodiálise;

III. Competência técnica-científica e postura ética;

IV. Conhecimento específico e abrangente para a área de coordenação;

V. Possuir capacidade de liderança, relacionamento e facilidade de trabalho em equipe;

VI. Possuir habilidade em comunicação, interação e autocontrole;

VII. Habilidade em planejamento, organização;

VIII. Ter iniciativa, proatividade, compromisso e facilidade em tomada de decisão;

IX. Ter obediência às normas de procedimentos e condutas e uso adequado dos materiais e equipamentos de serviço;

X. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares.

Art. 12º - Os requisitos exigidos para os demais cargos são:

I. Registro profissional no seu respectivo conselho;

II. Diploma na área de atuação;

III. Competência técnica e postura ética;

IV. Capacidade de relacionamento e facilidade de trabalho em equipe;

V. Habilidade em planejamento, organização;

VI. Habilidade em comunicação, interação e autocontrole;

VII. Ter iniciativa, proatividade, compromisso e facilidade em tomada de decisão;

VIII. Ter obediência às normas de procedimentos e condutas e uso adequado dos materiais e

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

equipamentos de serviço;

IX. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares.

Art. 13º - O processo de seleção para contratação de profissionais da equipe de enfermagem, independente da forma de contratação, deverá ser realizado prioritariamente em conjunto com o Responsável Técnico e diretoria administrativa

Art. 14º - Os profissionais deverão ser periodicamente avaliados, a cada 6 meses, no mínimo, mediante instrumento de Avaliação de Desempenho previamente elaborado.

CAPÍTULO IV
DAS ANOTAÇÕES E EVOLUÇÕES

Art. 15º - Todo procedimento realizado no paciente deve ser registrado em prontuário no sistema de gestão hospitalar, de forma clara, objetiva, cronológica e assinadas eletronicamente ao final.

Art. 16º -Em casos de falha no sistema de gestão hospitalar, deverá ser utilizado como plano de contingência os impressos manuais devidamente identificado com os dados do paciente, aos quais não devem conter borrões, rasuras, espaços em branco, entrelinhas etc. É proibido o uso de corretivos, marca-texto e outros mecanismo de marcação. Em caso de erro, utilizar a palavra 'digo', entre virgulas.

Art. 17º - É vedada a entrega em mãos, do prontuário ou ficha clínica, para quaisquer finalidades (fotocópia, transferência e outros), sem a autorização da direção e médica . Solicitação de cópia de prontuário deverá seguir normativas da instituição.

CAPÍTULO V
DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 18º - Todos os colaboradores devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando o crachá de identificação, a cédula de identidade profissional e carimbo.

Art. 19º - É obrigatório o registro de "ponto" de todo o pessoal.

§1º - O registro de "ponto" do pessoal será feito em dispositivo de ponto biométrico.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 20º - Em caso de ausência ao serviço, o colaborador deverá comunicar antecipadamente aos responsáveis pelo serviço o motivo impeditivo do seu não comparecimento ao trabalho, na falta da comunicação pode ser penalizado com advertência e se reincidente com suspensão.

Art. 21º - Em caso de doença e a consequente licença do empregado, esse será obrigado a entregar o atestado médico no prazo de 72 horas a partir da ausência, pessoalmente ou por meio eletrônico.

CAPÍTULO VI
DO FUNCIONAMENTO

SEÇÃO I
REUNIÕES E COMUNICAÇÃO

Art. 22° - Um cronograma fixo para as reuniões da equipe deverá ser estabelecido, permitindo que todos os membros estejam cientes do horário das reuniões e possam se preparar adequadamente.

Art. 23° - Cada reunião deverá ter um objetivo específico, devendo incluir atualizações sobre o progresso dos projetos, discussão de casos de pacientes, tomada de decisões sobre planos de tratamento ou outras questões relevantes para a equipe.

Art. 24° - Além das reuniões presenciais, ferramentas de comunicação como e-mails, mensagens instantâneas ou plataformas de colaboração online deverão manter a comunicação contínua entre as reuniões.

Art. 25° - Todos os membros da Equipe deverão compartilhar suas opiniões e perspectivas durante as reuniões, garantindo uma comunicação aberta e inclusiva, e ajudando a aproveitar ao máximo o conhecimento e a experiência de cada profissional.

Art. 26° - As reuniões serão registradas em ATA, descrevendo as decisões e as ações que devem ser tomadas após cada encontro, visando acompanhar o progresso e garantir que as tarefas sejam concluídas.

Art. 27° - Os membros da equipe devem dar feedback construtivo sobre as reuniões e a comunicação geral, visando aprimorar os processos de trabalho.

SEÇÃO II
DA EDUCAÇÃO CONTINUADA

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 28° - A educação continuada da equipe de enfermagem é um componente essencial para garantir o desenvolvimento profissional contínuo e aprimoramento dos conhecimentos e habilidades de todos os membros que compõem a equipe, devendo:

I. Permitir que os profissionais de saúde adquiram conhecimentos atualizados, visando oferecer o melhor tratamento possível aos pacientes;
II. Oferecer oportunidades para aprimorar as habilidades práticas dos profissionais, envolvendo treinamentos em procedimentos específicos, simulações de situações clínicas, entre outros métodos de aprendizado;
III. Ser planejada de forma a envolver todos os membros da equipe ;
IV. Garantir a oportunidade para que os membros da equipe compartilhem suas experiências e aprendam uns com os outros, visando promover uma melhor compreensão das diferentes perspectivas e abordagens no cuidado ao paciente;
V. Incentivar os profissionais de saúde a se envolverem em pesquisas e estudos clínicos, permitindo uma melhor compreensão das evidências científicas e melhorias nos protocolos de tratamento.

SEÇÃO III
ÉTICA E SIGILO

Art. 29° - A ética e o sigilo são aspectos fundamentais na atuação da equipe, com vistas a garantir a privacidade, a confidencialidade e o respeito aos direitos e dignidade dos pacientes, bem como promover a integridade e a responsabilidade profissional, sendo responsabilidades da equipe :

I. Proteger informações confidenciais sobre os pacientes, incluindo diagnósticos, tratamentos, histórico médico, entre outros, devendo essas informações serem compartilhadas apenas entre os profissionais envolvidos diretamente no cuidado do paciente e somente quando necessário para a prestação adequada dos serviços de saúde;

II. Garantir a antes de qualquer intervenção ou tratamento que os pacientes ou seus representantes legais recebam informações claras e compreensíveis sobre os procedimentos, riscos, benefícios e possíveis alternativas, sendo o consentimento informado um princípio ético crucial para garantir que os pacientes tenham autonomia na tomada de decisões relacionadas à sua saúde;

III. Evitar discussões sobre casos de pacientes fora do contexto clínico ou em ambientes inapropriados, sendo essa conduta caracterizada como violação da confidencialidade e prejudicial na relação de confiança entre a equipe e os pacientes;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

IV. Garantir comunicação clara e objetiva entre os membros da equipe para evitar erros e garantir a segurança do paciente, mantendo registros precisos e compartilhando informações relevantes de maneira apropriada e segura;

V. Respeitar a privacidade dos pacientes durante os procedimentos clínicos, resguardando sua dignidade e garantindo que eles sejam tratados com sensibilidade e respeito em todos os momentos;

VI. Participar do treinamento regular sobre ética e sigilo, para que estejam conscientes das responsabilidades e obrigações associadas à prestação de cuidados de saúde;

VII. Possuir conhecimento sobre as normas e regulamentações relacionadas à proteção de dados dos pacientes, garantindo que as informações sejam armazenadas e transmitidas de forma segura;

VIII. Contribuir com pareceres e opiniões profissionais de maneira respeitosa e colaborativa, buscando sempre o melhor interesse do paciente.

SEÇÃO IV
DA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DOS SERVIÇOS

Art. 30° - A sistemática de avaliação e o monitoramento dos Serviços de enfermagem devem ser processos contínuos, estabelecendo critérios para a avaliação periódica do desempenho da equipe e do serviço como um todo, bem como o monitoramento da qualidade do atendimento prestado e, para tanto, deve:

I. Incluir indicadores de desempenho relevantes para cada profissional da equipe, incluindo métricas como tempo de resposta, satisfação do paciente, taxa de sucesso em procedimentos, entre outros;
II. Incluir avaliação individual de desempenho periódicas para cada membro da equipe, através de feedbacks individuais, revisão de desempenho e auto avaliação;
III. Promover sessões de avaliação em equipe, possibilitando que todos os membros possam avaliar o desempenho coletivo, identificar problemas e planejar melhorias;
IV. Promover pesquisas de satisfação com os pacientes atendidos pela equipe;
V. Garantir o acompanhamento das ações corretivas, identificando as áreas que necessitam de melhoria e implementando planos de ação corretiva.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SEÇÃO V
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 31º - Os profissionais devem utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em cumprimento a NR-32, além de atender as orientações quanto a proibição do uso de adornos, sapatos fechados, unhas curtas e limpas, cabelos presos e demais normas estabelecidas pelo Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT.

Art. 32º - Anualmente, no mês de novembro a equipe deve apresentar ao coordenador assistencial e multiprofissional, a certidão de regularidade conforme registro profissional.

Art. 33º - É vedado o recebimento de pagamentos de pacientes ou familiares, referente aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art. 34º - É proibido o uso de qualquer informação relativa à Instituição em benefício próprio ou de terceiros.

Art. 35º - É vedada a violação do sigilo profissional e a exposição de imagens de pacientes e profissionais sem expressa autorização por escrito.

Art. 36º - O prontuário médico, bem como qualquer documento ou informação relacionados com a assistência prestada aos pacientes, só poderão ser retirados da unidade mediante autorização expressa do Responsável Técnico Médico e diretoria administrativa.

Art. 37º - A Direção administrativa e responsável médico juntamente com a coordenação Assistencial e Multiprofissional tomará as medidas necessárias para implantação deste Regimento e alterações por seção ou por um todo a partir da necessidade previamente avaliada, discutida e por fim validada.

Art. 38º - Este Regimento, aprovado pela Direção , entrará em vigor na data de sua aprovação.

Art. 39º - Revogam-se as disposições em contrário.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

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

APRESENTAÇÃO

Em atendimento ao proposto no Edital do Chamamento Público nº 09/2024 — SES-GO o IPGSE apresenta a proposta de implantação e de manutenção da Estrutura de Tecnologia da Informação composta pela Rede Lógica por cabo e "Wi-Fi" (uma tecnologia de rede sem fio) com diversos itens de Equipamentos (Hardwares) e Sistemas (Softwares).

Para a boa gestão das atividades de Tecnologia da Informação, necessário se faz ser implantado uma gestão competente, contando com profissionais técnicos especializados que executarão suas ações em alto nível, tornando, desta forma uma gestão competente, compreendendo a necessidade da dinâmica deste cenário e que decisões assertivas alinhadas às estratégias de curto e longo prazo da organização, estejam, fundamentalmente, alinhadas à visão técnica, legislação pertinente e necessidade dos usuários.

Neste cenário a gestão da Tecnologia da Informação nas organizações, inclusive hospitalares, tem papel determinante, uma vez que a TI é hoje o foco das maiores inovações, permeando toda a organização, e vai além, estabelecendo uma nova dinâmica de relacionamento com todos os participantes do segmento. Algumas destas melhores práticas para a Gestão de TI serão apresentadas neste Projeto.

GOVERNANÇA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

A Governança de TI é um grande arcabouço de metodologias que se aplicam para auxiliar a gestão das Tecnologias da Informação. Sendo um sistema pelo qual é dirigida e controlada na instituição. A estrutura de Governança de TI especifica a distribuição de direitos e responsabilidades entre os diferentes participantes da instituição como, por exemplo, as diretorias, os supervisores de negócio e de Tecnologia da Informação e dita as regras e procedimentos para a tomada de decisão nestas áreas. Desta forma a Governança de TI fornece a estrutura necessária para estabelecer objetivos, meios para atingi-los e mantê-los, tendo seu desempenho sempre monitorado. (Organization of Economic Cooperation and Development). Através da Governança de TI, assegura-se que os processos estão alinhados corretamente a atividade fim, organizados e controlados adequadamente. Possibilita que a instituição aproveite todas as vantagens que a informação pode prover, resguarda e maximiza os benefícios e capitaliza as oportunidades alavancando assim a vantagem competitiva.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A governança de TI pode ser definida como conjunto de práticas e objetivos que visam o gerenciamento, o controle e a qualidade dos processos e atividades da tecnologia da informação na organização, tendo como foco, a adição de valor ao negócio. Com sua utilização é possível formular estratégias e metas que irão gerar vantagens competitivas, fazendo com que a organização seja produtiva e proativa, sempre monitorando e antecipando as possíveis futuras falhas e problemas, para fornecer sempre um serviço 100% disponível e confiável.

CICLO DE VIDA DA ESTRUTURA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

A administração do IPGSE irá identificar quais são as forças que promovem as alterações e evoluções no ambiente de TI da organização. Sob a ótica do ciclo de vida pode-se realizar a perfeita fusão entre os conceitos e metodologias de Governança de TI e os objetivos estratégicos das organizações. Segundo a ISO/IEC N21846, as fases básicas de TI normalmente são:

Requisitos;

Projeto;

Construção;

Distribuição;

Operação e manutenção;

Melhoria;

Descontinuidade;

Para cada uma destas fases pode-se adotar uma fonte de Governança de TI diferente para gestão.

IMPLANTAÇÃO DE ITIL

A estrutura de ITIL (Information Technology Infrastructure Library (ITIL) é um conjunto de boas práticas a serem aplicadas na infraestrutura, operação e manutenção de serviços de tecnologia da informação (TI). Foi desenvolvido no final dos anos 1980 pela CCTA (Central Computer and Telecommunications Agency) e atualmente está sob custódia da OGC (Office for Government Commerce) da Inglaterra.

A ITIL busca promover a gestão com foco no cliente e na qualidade dos serviços de tecnologia da informação (TI). A ITIL lida com estruturas de processos para a gestão de uma organização de TI apresentando um conjunto abrangente de processos e procedimentos gerenciais, organizados em disciplinas, com os quais uma organização pode fazer sua gestão tática e operacional em vista de alcançar o alinhamento estratégico com as atividades da instituição.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

O ITIL dá uma descrição detalhada sobre importantes práticas de TI com checklists, tarefas e procedimentos que uma organização de Tecnologia da Informação pode customizar para suas necessidades. Para implementação na unidade serão capacitados todos os profissionais da área de Tecnologia da Informação e áreas correlatadas na última versão do ITIL.

SERVIÇOS

O serviço é uma forma de entregar valor ao cliente facilitando o resultado almejado por eles sem a necessidade de arcar com custos específicos e riscos. O valor do serviço é medido pela sua utilidade e garantia. Utilidade é servir um propósito, melhorando o desempenho médio. Garantia é servir para uso, reduzindo variações de desempenho.

Juntos, utilidade e garantia, representam o valor do serviço. O ITIL — Information Technology Infrastructure Library— é reconhecido mundialmente como um padrão para gerenciamento de serviço e tem como foco principal a operação e a gestão do conjunto de melhores práticas para gerenciamento de processos de TI.

A utilização dos processos da ITIL para a implementação da Governança de TI é adotada após o estabelecimento de uma visão conjunta das áreas demandantes com a unidade, que descreva o objetivo de implementar um Programa de Melhoria Contínua de Serviços e que a organização possua uma resposta clara do que ocorrerá se nada mudar.

Os processos do ITIL podem ser subdivididos em: Gerenciamento de Aplicações, Gerenciamento de Serviços e Gerenciamento de Infraestrutura de TI. De modo sucinto o Gerenciamento de Serviço é o que contém a maior parte dos processos do ITIL. O principal objetivo do Gerenciamento de Serviços é certificar-se que os serviços de TI estão alinhados com as necessidades do negócio da empresa e seus processos estão subdivididos em dois grupos:

Entrega de Serviço (Gerenciamento de Níveis de Serviço, Gerenciamento de Capacidade, Gerenciamento de Finanças, Gerenciamento de Disponibilidade e Continuidade do Serviço);

Suporte de Serviços. (Service Desk, Gerenciamento de Incidentes, Gerenciamento de Problemas, Gerenciamento de Configuração, Gerenciamento de Mudanças e Gerenciamento de Versões).

Em razão de sua flexibilidade, a adoção do ITIL traz grandes benefícios, uma vez que não define os processos a serem implementados, mas sim demonstra as melhores práticas que podem ser utilizadas. De forma objetiva, podemos apontar alguns resultados decorrentes de sua implementação, tais como: definição dos ciclos de vida dos processos, análise e classificação dos erros, aumenta o grau de segurança do usuário, organiza métodos de trabalho, gera melhorias contínuas e referências para novos usuários, contribui como facilitador e integrador entre as áreas de trabalho, disponibiliza recursos tecnológicos em tempo integral, restaura a operação

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

normal do serviço (incidentes), avaliação de impactos de mudança, definição e uso de indicadores a partir da análise de dados, dentre outros.

METODOLOGIA

A metodologia a ser adotada pelo IPGSE no Projeto de Tecnologia da Informação será baseada na estrutura ITIL (Information Technology Infrastructure Library), combinada com práticas de Governança de TI, conforme estabelecido nas normas ISO/IEC N21846, visando o controle gerencial eficiente da unidade e a melhoria contínua no atendimento ao usuário. Essa abordagem garantirá o alinhamento estratégico da TI com os objetivos da organização, promovendo a integração entre as áreas de negócio e TI, com foco na entrega de serviços de alta qualidade, confiabilidade e disponibilidade. A implementação de processos de Gerenciamento de Serviços e Suporte, conforme preconizado pelo ITIL, permitirá a criação de uma infraestrutura tecnológica robusta, assegurando que as demandas dos usuários sejam atendidas de forma ágil e segura, com constante monitoramento e avaliação de desempenho, garantindo melhorias contínuas e a maximização dos benefícios tecnológicos para a unidade.

Abaixo cronograma sugerido para a implantação e manutenção da Estrutura de Tecnologia da Informação (TI) no IPGSE, considerando as fases do ciclo de vida da TI e a implementação da Governança de TI com base no ITIL. O cronograma contempla um período de 12 meses, distribuído em fases de planejamento, execução e acompanhamento.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DA ESTRUTURA DE TI NO IPGSE				
Atividade/Fase	Responsável	Duração	Início	Término
Planejamento e Levantamento de Requisitos	Coordenação de TI	2 meses	Janeiro 2024	Fevereiro 2024
Levantamento das necessidades de rede e sistemas	Equipe de TI			
Identificação das demandas dos usuários	Coordenação de TI			
Definição dos objetivos estratégicos	Diretoria/ Coordenação TI			
Projeto da Rede Lógica e Infraestrutura	Coordenação de TI	1 mês	Março 2024	Março 2024

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DA ESTRUTURA DE TI NO IPGSE				
Atividade/Fase	Responsável	Duração	Início	Término
Desenho da arquitetura da rede cabeada e Wi-Fi	Coordenação de TI			
Seleção de hardwares e softwares necessários	Equipe de TI			
Aquisição e Contratação de Equipamentos/Serviços	Setor Compras/Coordenação TI	Abril 2024	Maio 2024	Maio 2024
Licitação e compra de equipamentos	Setor de Compras			
Contratação de serviços externos, se necessário	Setor de Compras			
Instalação da Rede Lógica e Equipamentos	Equipe de TI	3 meses	Junho 2024	Agosto 2024
Instalação de rede cabeada	Equipe de TI			
Configuração de redes Wi-Fi	Equipe de TI			
Instalação de servidores e equipamentos de rede	Equipe de TI			
Treinamento da Equipe de TI e Áreas Correlatas	Coordenação de TI	1 mês	Setembro 2024	Setembro 2024
Capacitação em ITIL				
Treinamento sobre gestão de serviços e incidentes				
Implantação do Sistema de Governança de TI	Coordenação de TI	2 meses	Outubro 2024	Novembro 2024
Implementação dos processos de Governança	Equipe de TI			

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DA ESTRUTURA DE TI NO IPGSE				
Atividade/Fase	Responsável	Duração	Início	Término
Definição de SLAs (Acordos de Nível de Serviço)	Coordenação de TI			
Operação e Acompanhamento	Equipe de TI	3 meses	Dezembro 2024	Fevereiro 2025
Monitoramento contínuo da rede e dos serviços	Equipe de TI			
Acompanhamento de indicadores de desempenho	Equipe de TI			
Melhoria contínua dos processos	Coordenação de TI			

Tabela 14 – Cronograma de Implantação e Manutenção TI na Policlínica

Revisões mensais serão realizadas em cada fase para ajustar o cronograma conforme as necessidades identificadas.

O acompanhamento e manutenção da rede e dos sistemas será contínuo após a conclusão do cronograma, com revisões periódicas de performance e necessidade de upgrades.

Este cronograma é flexível e pode ser adaptado de acordo com as necessidades emergentes ao longo do projeto. Além disso, ele foi elaborado com base na metodologia ágil Scrum, que oferece a flexibilidade necessária para ajustar as fases do projeto conforme as necessidades emergentes. A metodologia Scrum é adaptativa e permite que o projeto evolua de maneira incremental, dividindo o trabalho em ciclos curtos de desenvolvimento chamados sprints, nos quais as atividades são continuamente revisadas e aprimoradas. Dessa forma, o cronograma proposto não é rígido, mas sim um guia que pode ser ajustado ao longo do processo, garantindo que o projeto atenda às demandas dinâmicas e mantendo o foco na entrega de valor de forma contínua.

POLÍTICA DE SEGURANÇA E TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

OBJETIVO

Para a otimização de seu tempo e a segurança das informações internas, a policlínica possui um Serviço de Tecnologia da Informação, responsável pelos softwares e hardwares da

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

instituição, além de estabelecer normas de uso e responsabilidades sobre o uso dos recursos de TI, tal como orientar sobre as políticas de segurança do Departamento de Tecnologia da Informação.

A política de segurança, descreve como os recursos de TI da empresa devem ser protegidos e utilizados, visando conscientizar os colaboradores para o uso seguro dos ativos da empresa e das informações coletadas quanto a colaboradores, pacientes, acompanhantes, e toda e qualquer pessoa que forneça dados à instituição.

Conforme guarda a Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018 que garante à segurança: utilização de medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou difusão.

A política de segurança deve ser suficientemente clara e compreensível, de forma que possa ser aceita e seguida pela organização, permitindo que a empresa faça uso de um conjunto de práticas e procedimentos que reduzirão significativamente a probabilidade da ocorrência de um incidente de segurança que pode provocar a perda de dados ou afetar a integridade, disponibilidade e confidencialidade das informações corporativas uma vez que a informação é o patrimônio mais precioso que a Instituição possui. A partir da identificação dos riscos aos quais as informações estão expostas, deve-se imediatamente iniciar um processo de segurança física e lógica, com o intuito de alcançar um nível aceitável de segurança.

ORIENTAÇÕES AOS COLABORADORES:

Não salve nada na área de trabalho dos computadores, pois não é realizado backup neste local;

Acessar a rede corporativa, computadores, Internet e/ou utilização de e-mail corporativo, somente com autorização (usuário/senha), por necessidade de serviço ou por determinação expressa de superior hierárquico, realizando as tarefas e operações relacionadas à função;

Não fornecer fora do âmbito profissional, fato, informação ou dados obtidos na unidade de qualquer natureza que se tenha conhecimento por força das atribuições, salvo em decorrência de decisão competente na esfera legal ou judicial, sob pena prevista na Lei nº 13.709 de 14 de Agosto de 2018 que garante à segurança dos dados fornecidos;

Manter a necessária cautela quando exibir dados em tela, impressoras ou na gravação em meios eletrônicos, a fim de evitar que através deles venham a tomar ciência dos dados, pessoas não autorizadas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Não se ausentar da estação de trabalho sem encerrar a sessão no sistema e em caso de estar logado com usuário próprio na máquina, realizar o bloqueio ao ausentar-se do Departamento, garantindo assim a impossibilidade de acesso indevido por terceiros;

Não revelar sua senha de acesso à rede corporativa, sistemas, computadores, Internet e/ou da caixa postal (e-mail) corporativo garantindo para que ela permaneça somente de seu conhecimento;

Alterar senha, sempre que obrigatório ou quando se sentir necessário. Não usar combinações simples (12345678, abc@123, Joao123) pois essas combinações facilitam em uma possível invasão de segurança;

Respeitar as normas de segurança e restrições de sistema estabelecidas neste manual;

Responder em todas as instâncias, pelas consequências das ações ou omissões de parte que possam colocar em risco ou comprometer a exclusividade de conhecimento de senha ou das transações a que tenha acesso;

Não é permitido arquivar nos servidores e nas estações de trabalho, material particular (Trabalhos Escolares, Fotos, Filmes, Artigos voltados a interesse pessoal, dentre outros);

Os serviços de e-mail e Internet devem ser usados com bom senso para não sobrecarregarem os servidores. Portanto não devem ser baixados arquivos cujo conteúdo sejam: jogos, vídeos, músicas, imagens e fotos, nem acessar "sites" de bate-papo, jogos, stream, etc.

NÃO É PERMITIDA A NAVEGAÇÃO AOS SITES PERTENCENTES ÀS CATEGORIAS ABAIXO:

Pornográfico e de caráter sexual;

Compartilhamento de arquivos (Ex.: peer to peer, Bit Torrent, Emule, etc.);

Pornografia infantil (pedofilia);

Apologia ao Terrorismo;

Apologia ao Racismo;

Apologia às drogas;

Crackers;

De relacionamento (Facebook, Instagram, WhatsApp, Telegram etc.);

Violência e agressividade (racismo, preconceito, etc.);

Áudio e vídeo, salvo com conteúdo relacionado diretamente às atividades administrativas ou profissionais;

Conteúdo impróprio, ofensivo, ilegal, discriminatório e similares;

Não é permitida a troca de arquivos de vídeo ou música, bem como de quaisquer informações que estejam incluídas nas categorias acima;

É proibida a transferência de qualquer tipo de programa, jogo, e similares, para a rede interna;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

É proibido downloads de arquivos de extensões tipo:.exe, .mp3, .wav, .bat, .com, .sys, .scr, .ppt, .mpeg, .avi, .rmvb, .dll e de programas de entretenimento ou jogos, salvo os estritamente relacionados aos serviços inerentes à função do colaborador;

Não é permitido o acesso a programas de TV na internet, ou qualquer conteúdo sob demanda streaming (YouTube, Twitch) etc;

É proibido o uso de jogos instalados na máquina ou via internet (online);

Lembre-se, o e-mail não é nosso, e sim da Instituição.

O uso de e-mail corporativo não garante direito sobre este, nem confere autoridade para liberar acesso a outras pessoas, pois se constitui de informações pertencentes a Policlínica. Qualquer problema referente ao uso dos computadores da Rede de Computadores da Policlínica, assim como ao uso da sua conta de e-mail corporativa, deverá imediatamente ser relatado à liderança imediata.

O usuário assumirá a responsabilidade por dano causado por algum procedimento de iniciativa própria de tentativa de modificação da configuração, física ou lógica, do computador e/ou rede sem a autorização expressa da Supervisão de Tecnologia da Informação. Será proibido o uso de qualquer tipo de mídia (pendrive, CD, DVD, Smartphones) etc. Caso necessário procurar a unidade de TI.

CLIENTES EXTERNOS

Os clientes externos serão ingressados em nossa rede mediante autorização e permissão dos Departamentos de Diretoria e do Departamento de TI, com os devidos acessos conforme a necessidade do trabalho, sendo responsabilidade do Gestor da Área onde o mesmo estará, abrir um chamado via sistema de helpdesk para evidenciar a liberação das informações solicitadas.

ACESSO À SALA DOS SERVIDORES (COMPUTADORES)

O acesso é permitido apenas aos colaboradores do Departamento de Tecnologia da Informação, caso seja necessário o acesso de qualquer outro colaborador, o mesmo deverá ser acompanhado por algum colaborador da TI para eventuais orientações, evitando que possa prejudicar o funcionamento da rede.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

VERIFICAÇÃO PERIÓDICA DOS ACESSOS

A verificação dos roteadores será feita semanalmente as sextas-feiras e serão excluídos todos os Macs de equipamentos, como PC's e Notebooks que não estão relacionados em nosso sistema de controle, além de que sempre que houver a necessidade poderão haver manutenções e atualizações nos equipamentos, conforme verificação do Departamento de TI.

RESPONSABILIDADE DO SETOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Liberar acesso aos colaboradores com as devidas evidências para a liberação do mesmo, orientar quanto as políticas e como lidar com os dados de pacientes, colaboradores, gestão e afins e em caso de não atendimento desta política por parte das áreas, o departamento de TI realizará através do Sistema de Gestão da Qualidade uma não conformidade para o departamento que viola tais normativas.

RESPONSABILIDADES DO GESTOR

Se atentar para com os procedimentos da TI para liberação de acesso, orientar os colaboradores para o bom uso das informações disponíveis na sua função;

Encaminhar à TI quais os acessos a serem disponibilizados ao colaborador e comunicar eventuais transferências de serviço e unidade, para que seja alinhado as permissões pertinentes ao setor específico e liberações no sistema para o empregado.

RESPONSABILIDADE DO COLABORADOR

Se atentar com as medidas de segurança da informação conforme as normativas impostas nesta política.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Cada colaborador é responsável pelo seu equipamento e/ou sistema de trabalho, assim, é dever de todos zelar para que tudo corra e transcorra da melhor forma possível.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SEGURANÇA DE DADOS

A Policlínica de Quirinópolis sob gestão do IPGSE realizará ações, e documentações para máxima adequação e plenitude quanto a LGPD na Lei 13.709/18, como:

CRONOGRAMA

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES: 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mapear Fluxos de Tratamento de Dados da Policlínica	x											
Identificar não-conformidades legais e normativas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Identificar Riscos de Privacidade	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Definir os planos de ação		x					x					x
Realizar treinamentos e capacitações dos colaboradores		x			x				x			x
Estabelecer um programa de Governança em Privacidade com foco em Policlínicas			x									

Tabela 15 – Cronograma de Ações TI na Policlínica

FERRAMENTAS DE GESTÃO

Toda organização que busca as melhores práticas para uma gestão, se dedica a zelar por suas ações de curto e longo prazo e se utilizam de mecanismos sistemáticos e estratégicos para o controle e a evolução da organização. Nestas organizações, ferramentas como Plano de Ação — "PA" e Balance Score Cards — "BSC são adotadas por todos os setores e garantem um alinhamento estratégico das ações. São estas ferramentas que norteiam as ações de TI na organização.

Dentro dos conceitos apontados o IPGSE propõe a implantação de um Sistema de Gestão Hospitalar, distribuído em duas direções conforme expostas abaixo, que podem ou não

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

sofrer alterações no momento de sua implantação. Após o levantamento inicial da realidade da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis, para essa implantação se fará necessária toda a estruturação da rede de computadores da Policlínica, inclusive com a aquisição de servidores para implementação de Active Directory (AD), Servidor de Arquivos, Firewall e Proxy, sistemas a serem implantados, bem como desktops para trabalho.

ORGANIZAÇÕES DA GESTÃO ADMINISTRATIVA – FINANCEIRA E GERAL

MÓDULO FATURAMENTO SUS

O módulo de Faturamento SUS foi idealizado para substituir os sistemas fornecidos pelo DATASUS, facilitando e agilizando o processo de faturamento. Totalmente integrado com os outros módulos do sistema e sempre atualizado com as últimas novidades do DATASUS, permite faturamento sem perdas e glosas ajudando o aumento da receita hospitalar.

MÓDULO ESTOQUE, FARMÁCIA E NUTRIÇÃO:

O módulo de Estoque permite o controle total do estoque, iniciando com o cadastramento dos itens de forma estruturada (grupo/subgrupo farmacológico, princípio ativo, nome comercial e fração) e registrando todas as movimentações do estoque com total rastreabilidade de lotes/validades através da utilização de código de barras.

MÓDULO COMPRAS:

O módulo de compras funciona integrado com o Módulo de Estoque/Farmácia, recebendo a requisição gerada por ele e permitindo a montagem de planilhas de cotação, geração de ficha para cotação do fornecedor (via fax ou e-mail) ou a digitação direta pelo fornecedor (em site de internet), geração da ordem de compra e acompanhamento das entregas. Serve tanto para instituições privadas como públicas, já quem também conta com todo o processo licitatório de acordo com as leis atuais.

MÓDULO GERENCIAL/BI/PORTAL:

O módulo Gerencial foi concebido visando a informação imediata e integrada de diversas informações alimentadas em todo sistema. A ideia é proporcionar consultas, relatórios

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

e gráficos com "um clique" para rápida tomada de decisão dos gestores. A sua implantação é sempre acompanhada de uma parametrização para adequar as informações às necessidades administrativas de cada instituição e permitir a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização acessar via Internet (WEB) o mesmo.

MÓDULO FINANCEIRO:

O módulo Financeiro foi desenvolvido totalmente integrado com os demais módulos. A partir dele é possível controlar, além do tradicionais contas a pagar e receber, fluxo de caixa e contas correntes, os recebimentos de glosas e recursos do faturamento, os atrasos de entrega de NF dos estoques, previsão orçamentária, custos e demais itens inerentes à uma gestão financeira.

MÓDULO CUSTOS:

O módulo de Custos permite a avaliação dos custos por centro de custo, permitindo análise de rentabilidade de cada um deles e gerando informações para visualização dos custos por paciente, procedimento, médico, especialidade etc. Toda a parametrização é feita pelo usuário que têm liberdade de utilizar os critérios de acordo com as decisões da administração.

MÓDULO MANUTENÇÃO:

O módulo de Manutenção permite controlar as ações realizadas pelo Departamento de Manutenção Hospitalar, seja através de alertas sobre manutenções preventivas (integrado com o módulo de Patrimônio) seja pelo acompanhamento das ordens de serviço (internas e externas) da manutenção.

MÓDULO PATRIMÔNIO:

O módulo de Patrimônio auxilia no controle de cadastramento, localização, inventário e depreciação patrimonial. Além disso, integrado com o módulo de Manutenção, permite o controle dos gastos, manutenções preventivas e corretivas realizadas no bem.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

MÓDULO ATENDIMENTO:

O módulo de Pronto Socorro permite registro rápido dos pacientes que utilizam este setor, gerando fichas de internação e a conta hospitalar para o faturamento de taxas, procedimentos e materiais/medicamentos em tempo real. Engloba ainda a parte relativa aos totens de emissão e chamamento de senha, Controle de Salas, Gestão do Fluxo de Atendimentos, Classificação de Riscos, Pronto Socorro, Agendamento de Consultas, Exames, Sessões e Tratamentos, Ambulatório e Internação.

MÓDULO CENTRO CIRÚRGICO:

O módulo de Centro Cirúrgico auxilia em todo o gerenciamento do setor, desde o agendamento da cirurgia, geração do mapa cirúrgico, controle de horários, kits de cirurgias até o encerramento com controle de RPA, relatório cirúrgico, folha de gastos e faturamento integrado.

MÓDULO PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA E PEP:

O módulo de prescrição eletrônica e prontuário eletrônico do paciente foi desenvolvido com o objetivo de agilizar o atendimento médico e diminuir a utilização de papel. Com ele é possível fazer todos os pedidos de procedimentos e prescrição, registrar as evoluções dos pacientes, visualizar laudos, e várias outras atividades necessárias para melhorar a qualidade no atendimento ao paciente. As interfaces foram desenvolvidas a partir de diversas experiências de implantações bem-sucedidas em diversas instituições, levando em conta as diferenças culturais existentes, mas também provendo uma padronização de conceitos que além de agilizar o registro médico, permite maior clareza nas informações, redução de glosas e rapidez na tramitação de documentos o que gera diminuição do tempo de resposta dos setores de apoio.

MÓDULO DIAGNÓSTICO E TERAPIA:

O módulo de Laboratório permite gerenciamento total do setor, desde o registro do pedido até a entrega do laudo, passando por coleta, digitação dos laudos e controle de impressão. Além disso, com o interfaceamento dos equipamentos para obtenção dos resultados (que são transferidos diretamente para os laudos), ajudando a reduzir o tempo de resposta dos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

exames sensivelmente. Outra vantagem é que os exames confirmados são automaticamente lançados na conta do paciente.

MÓDULO PROGRAMAS AUXILIARES E DE APOIO:

Higienização e Limpeza;
Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
Lavanderia e Rouparia;
Central de Material Esterilizado;
Sistema de Atenção ao Cliente; Nutrição e Dietética;
Movimentação de Documentos;
Serviço Social.

GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS

O uso de tecnologias está cada vez mais fazendo parte da vida das pessoas e instituições, gerando assim transformações nos processos de comunicação, armazenamento, organização e disseminação de informações.

A quantidade exagerada de prontuários médicos, e a escassez de espaços físicos, bem como a falta de um acondicionamento adequado, configura-se hoje em intensos problemas que precisam de análises e ações urgentes. Ao serem implantadas tecnologias de informação em unidades de saúde, os profissionais envolvidos nesta área em parceria com Bibliotecários tendem a desenvolver modelos de sistemas que promovam a guarda e o armazenamento desses documentos, como também possibilitar a comunicação entre diversos sistemas articulando assim à área administrativa com a assistência médica.

DEFINIÇÕES E RECOMENDAÇÕES:

O prontuário tradicional vem sendo utilizado ao longo do tempo pelas unidades de saúde, no sentido de fazer o registro das informações sobre o estado de saúde do paciente. De acordo com Roger e Gaunt (1994, p. 194), apud Pinto (2006, p. 36), "o prontuário do paciente individual e coletivo, é uma memória escrita das informações clínicas, biológicas, diagnósticos e terapêuticas de uma pessoa, às vezes individual e coletivo, constantemente atualizado": O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração da policlínica e à sociedade.

Serve como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, prova de que o doente foi ou está sendo tratado

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente, defesa e acusação. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, p. II, 2006) O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Legislação Arquivística Brasileira, no uso de suas atribuições criaram resoluções que definem o prontuário médico e normaliza a criação do prontuário eletrônico. Neste âmbito o CFM, define o prontuário do paciente como sendo um: Documento único constituído por 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, utilizados para possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (BRASIL, CFM, 2002).

Neste sentido fica claro que a responsabilidade pelo prontuário do paciente inclui o envolvimento e a participação de uma variedade de profissionais: médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas e outros. Por ser um tipo de documento corrente, estes profissionais compartilham de informações diferentes, dentro de suas respectivas áreas e é por essa multidisciplinaridade de profissionais que surge uma variedade de informações. É neste cenário que o Bibliotecário atua no sentido de organizar as informações, realizando processos de recuperação com o uso de metadados, atuar nos processos de classificação e indexação dos termos utilizados nos POP'S. Vale ressaltar que o conceito de prontuário médico permanece, a novidade é que, passa a ser visto não somente como documento em papel, passando, porém, a ser registrado também em suporte eletrônico. Neste sentido, com a proliferação das Tecnologias de informação e comunicação (TICs) no âmbito da saúde, observa-se que o prontuário tradicional passa por transformações no que tange ao formato, tratamento, organização e gerenciamento das informações.

Diante destas definições compreende-se que Prontuário Médico Eletrônico é um meio físico de repositório das informações de saúde, clínicas e administrativas, ao longo da vida de um indivíduo.

Observa-se também que, mesmo pela sua característica, traz consigo inúmeros benefícios obtidos deste formato de armazenamento. Dentre os quais podem ser destacados: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; acesso a conhecimento científico atualizado com consequente melhoria do processo de tomada de decisão e de acordo com Gremy (1987) apud Pinto (2006, p. 38), funciona como fonte de informação para pesquisas clínicas, epidemiológicas; fonte de informação para identificar grupos de pacientes específicos, além de funcionar como mecanismo para a preservação documental.

No entanto algumas considerações devem ser feitas, pois ao mesmo tempo em que o PEP apresenta algumas vantagens em relação ao prontuário em papel, encontra-se de acordo com estudos feitos por Sabatini (1999), Van Ginneken; Moorman (1997), algumas desvantagens, dais quais pode-se destacar: a necessidade de grande investimento em hardware,

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

software e treinamento; resistência a mudanças; demora na sua implantação e falha na tecnologia.

Diante desta problemática das vantagens e desvantagens da implantação e uso do PEP, observa-se de acordo com estudos recentes sobre prontuários eletrônicos as instituições de saúde, principalmente quando olhada para organizações particulares estão investindo nesta nova ferramenta de armazenamento de informações, visto que esta funciona como ferramenta que facilita a qualidade, no que tange à recuperação das informações em pouco tempo.

O PROFISSIONAL NO GERENCIAMENTO DO PEP HABILIDADES E COMPETÊNCIAS

A partir das colocações anteriores, para o atendimento do serviço, diante da complexidade das atividades de TI, apresenta-se aos profissionais, a necessidade de que além das suas formações, tenham habilidades diante das tecnologias. O processo acelerado da inclusão digital cria a necessidade de adaptações dessas tecnologias para atender as demandas de cada área específica. A área de saúde entra nessa nova globalização, procurando suprir suas necessidades de administração do crescente número de informações médicas.

A parceria do profissional médico com o profissional da informação tende a desenvolver modelos de sistemas de informação que otimizem a demanda, a guarda e o armazenamento desses documentos, onde prevaleçam os critérios médicocientíficos, históricos e sociais de relevância para o estudo, pesquisa e prática médica.

Também se identifica que o profissional deve estar preparado para gerenciar eletronicamente as informações implantadas; avaliar as informações acompanhando os procedimentos; participar diretamente na implantação do programa garantindo qualidade no arquivamento, eficiência e agilidade na organização e recuperação das informações, além de obedecer à legislação vigente e criar mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, de acordo com sua função no processo assistencial.

REDUNDÂNCIA DE BANCO DE DADOS E BACKUPS

O Sistema de PEP, conforme descrito nesta Proposta de Trabalho, deverá seguir as recomendações de arquivamento, segurança e aplicabilidade do Conselho Federal de Medicina. Seguirá ainda as boas práticas de Segurança da Informação (Confidencialidade, Integridade e Disponibilidade) praticando para isso a redundância de Bases de Dados e distribuição de Sistemas na unidade de saúde.

Backups e replicação de dados deverão fazer parte integrante de todo o sistema, e não apenas do PEP, de forma a garantir que em casos de catástrofe tecnológica o tempo de paralisação seja o menor possível para os usuários de sistema. Ainda seguindo as

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

recomendações do Conselho Federal de Medicina, apesar de não mandatório, após implantação poderá ser estudado a viabilidade de uma possível certificação para a estrutura e sistemas instalados.

SEGURANÇA DE DADOS

A implantação de uma política de segurança para o acesso a prontuários e dados sensíveis de pacientes, funcionários, fornecedores dentre outros, na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, sob a gestão do Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE), é uma medida crucial para garantir a proteção de informações pessoais e sensíveis, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Este projeto se firma com o estabelecimento de um Termo de Colaboração, buscando assegurar que todas as etapas de coleta, armazenamento, descarte e acesso aos dados sigam os princípios de segurança, transparência e responsabilidade, além de mapear os riscos envolvidos no processo de utilização do sistema de gestão hospitalar, sistema de gestão da qualidade, dentre outros sistemas envolvidos no processo do cuidado ao paciente e definir planos de ação para os riscos mensurados.

POLÍTICA DE SEGURANÇA E REVISÃO DE ACESSOS

A política de segurança adotada baseia-se em controles rigorosos para gerenciar o acesso a dados sensíveis, como prontuários médicos e informações pessoais dos pacientes, garantindo que apenas usuários autorizados tenham acesso e que cada ação seja devidamente monitorada e registrada. A revisão contínua de usuários e dos acessos aos Sistemas de Apoio permite uma auditoria frequente para identificar e corrigir possíveis falhas ou brechas de segurança, fortalecendo a proteção dos dados contra acessos indevidos.

FERRAMENTAS DE SEGURANÇA IMPLEMENTADAS

A infraestrutura de segurança é robustecida por diversas ferramentas tecnológicas que atuam em conjunto para monitorar, controlar e proteger os dados da instituição:

MONITORAMENTO ZABBIX: Este sistema de monitoramento em tempo real permite a observação contínua da rede e dos servidores da policlínica, garantindo que qualquer comportamento anômalo seja identificado e resolvido rapidamente. Ele atua como uma camada de prevenção, alertando a equipe de TI sobre possíveis incidentes de segurança, interrupções de serviço ou acessos não autorizados.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SERVIÇO NAC PACKETFENCE (OPEN SOURCE): O PacketFence é uma solução de Controle de Acesso à Rede (NAC), responsável por gerenciar quem pode acessar a rede da policlínica. Ele assegura que apenas dispositivos autorizados e em conformidade com as políticas de segurança possam se conectar, além de permitir a criação de perfis específicos de acesso para diferentes tipos de usuários, como médicos, enfermeiros e administradores. Esse controle rigoroso é fundamental para evitar que dispositivos desconhecidos ou comprometidos possam acessar dados sensíveis.

SERVIÇO FIREWALL PFSENSE (OPEN SOURCE): O pfSense é uma solução de firewall de código aberto que garante a proteção perimetral da rede da policlínica, bloqueando tentativas de invasão, ataques maliciosos e acessos não autorizados. Ele também permite o controle detalhado do tráfego de rede, podendo aplicar políticas de segurança rígidas para garantir que somente o tráfego legítimo chegue aos servidores que hospedam os dados dos pacientes.

GARANTIA DA PROTEÇÃO DOS DADOS

A combinação dessas ferramentas e a revisão constante dos acessos aos sistemas são essenciais para garantir a conformidade com a LGPD, assegurando que os dados dos pacientes sejam tratados com o máximo de segurança e privacidade. O papel de cada sistema é interligado, formando uma defesa multicamadas que protege os dados desde o acesso físico à rede até o controle de tráfego e monitoramento em tempo real. Além disso, a utilização de tecnologias open source oferece flexibilidade e personalização às necessidades da policlínica, reduzindo custos e, ao mesmo tempo, mantendo altos níveis de segurança.

Com essa política de segurança robusta, a Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis reforça seu compromisso com a privacidade e a segurança de seus pacientes, atendendo às exigências da LGPD e protegendo os dados sensíveis que são fundamentais para a prestação de cuidados médicos de qualidade.

SOFTWARE DE GESTÃO HOSPITALAR/UNIDADE DE SAÚDE

Em cumprimento ao Edital do Chamamento Público no 09/2024, o IPGSE apresenta a proposta de disponibilizar os serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemplem, no mínimo: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado, farmácia e nutrição), módulos de custos, prontuário médico eletrônico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM no 1.639/2002),

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam ao Órgão Fiscalizador do Contrato/SES-GO acessar via Internet e gestão do bloco cirúrgico e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá ao PARCEIRO PRIVADO a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios à Secretaria de Estado da Saúde.

Havendo a disponibilização pelo PARCEIRO PÚBLICO de sistema de informação próprio para monitoramento, controle e avaliação, deverá o PARCEIRO PRIVADO aderir ao sistema e permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do Sistema de Informação de Gestão Hospitalar. Cumprindo com a Portaria n.º 1.046/2019 — SES-GO, de 03 de dezembro de 2019, que estabelece às unidades da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás a adoção em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade.

Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o IPGSE manterá durante a vigência do contrato, um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o ambulatório à Resolução RDC no 02/2010, da ANVISA, bem como à NBR 15943:2011 e as demais resoluções. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o IPGSE fornecerá senha e login do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO a encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

O IPGSE implementará e/ou adequará a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente à prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos contratos de gestão firmados, de acordo com Portaria 1046/2019 - SES/GO, de 03 de dezembro de 2019.

O IPGSE compromete-se a ter um sistema que permita que tanto os exames de imagem como os respectivos laudos sejam enviados ao sistema de PACS e RIS da SES/GO. Posteriormente, a Superintendência de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade (SUTIS) detalhará os procedimentos para contemplar que os laudos terão que ser integrados com o sistema de gestão hospitalar e as imagens serão acessadas através de link, pois ficarão hospedadas na SES/GO, ao que será informado previamente. Será cumprido os preceitos estabelecidos pela Portaria no 1.046/2019 — SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás adotem em seus sistemas de gestão

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade.

O Sistema de Gestão Hospitalar abrangerá todos os processos em um único núcleo de informações gerenciais. Com uma arquitetura de desenvolvimento baseada nos fluxos hospitalares e aliada a uma complexa capacidade de parametrização, permite-se a aderência do sistema às mais diversas realidades do setor, além de redes estaduais de saúde.

SÍNTESE DAS FUNCIONALIDADES DOS MÓDULOS DO SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR PROPOSTO

Será considerado, para atender às diferentes necessidades dos profissionais da saúde, que o Software a ser implantado pela Organização Social terá um conjunto de ferramentas versáteis reunidas em uma única plataforma, com o objetivo de oferecer às unidades de saúde geridas, rapidez, segurança e mobilidade e ferramentas de gestão completas.

ATENDIMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS DA UNIDADE DE SAÚDE

AGENDAMENTO

Agendamentos de consultas, exames e pequenas cirurgias, são gerenciados por um módulo que permite o controle de todo o tipo de agenda.

ATENDIMENTO

O módulo Atendimento é responsável pelo controle da entrada do paciente na policlínica. Nele poderão ser feitos os atendimentos como Triagem, Internação, Ambulatório e Atendimentos Externos, além das movimentações com leito do paciente, acompanhamento de cirurgias, tratamento de sessões, serviços de portaria, entre outros.

SAME

O módulo chamado SAME, que significa Serviço de Análise, Métricas e Estatísticas. Com ele, é possível fazer todo o acompanhamento do prontuário do paciente, pois ele permite o registro de empréstimos e devoluções desses documentos do setor de arquivo. Essa ferramenta também possibilita a geração de relatórios estatísticos e indicadores da policlínica, como número

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

de atendimentos, de altas, de paciente-dia por centro de custo, de óbitos, mapa de ocupação, percentual de ocupação e média de permanência, além de resumos diários.

SAC

O módulo SAC permite flexibilidade na montagem dos questionários, ou seja, a solução é customizável, o que significa que cada instituição pode, por exemplo, colocar as questões que preferir e montar do jeito que melhor o atender, e é bem completa na extração das informações para apoio às decisões gerenciais.

APOIO CLÍNICO E SERVIÇOS

CONTROLE DO SADT

O Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) é uma ferramenta integrante do sistema de gestão hospitalar e auxilia as clínicas e hospitais a terem um amplo domínio sobre todos os processos que envolvem a realização de exames.

CENTRO CIRÚRGICO

O controle sobre cada ação que envolve as atividades e os procedimentos no centro cirúrgico, é necessário para garantir a segurança do hospital e do paciente. Controle da ocupação do centro cirúrgico.

ANESTESIA

Tem o objetivo de unificar as informações dos atos anestésicos dos pacientes. Informatizando a ficha de anestesia de cada paciente, inclusive o gráfico anestésico, principal ponto da ficha durante uma cirurgia, pois demonstra a marcação das medições como pressão, pulso, temperatura, PVC, início e fim da anestesia e da cirurgia.

RADIOTERAPIA

Gerencia e controla todas as etapas do tratamento radioterápico do paciente. Controla os dados de cálculos e parâmetros utilizados no tratamento radioterápico.

NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Controle de Dietas, cardápios, indicadores nutricionais, avaliação nutricional.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (PEP)

Reúne o máximo de informações sobre a movimentação dos pacientes pelos setores do hospital. Nele também é possível verificar a quantidade de exames realizados, agendados e seus resultados; prescrições; cirurgias; entre outros dados. No PEP, encontra-se todo o histórico clínico do paciente, facilitando a compilação e análise das informações, além de deixá-las disponíveis para a equipe assistencial de maneira fácil, agilizando o atendimento. Por se tratar de um módulo de grande relevância na Gestão das Unidades de Saúde, apresentamos, no final das indicações dos Módulos, explicações e considerações da funcionalidade do módulo: PRONTUÁRIO ELETRONICO DO PACIENTE.

ENFERMAGEM

Planejado e desenvolvido para resolver essa dificuldade dos profissionais da área. Nele, o usuário pode registrar e acompanhar as evoluções, medidas clínicas e balanço hídrico do paciente. Além disso, é possível registrar anotações, ocorrências e checagens de medicações, tudo isso centralizado em um único módulo.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Calcula os indicadores que refletem o estado de saúde do paciente e sua probabilidade de morte. Além disso, exibe informações de todos os pacientes internados nas unidades de terapia intensiva e semi-intensiva, e disponibiliza o histórico de todos os pacientes que passaram por elas. A solução também permite a inclusão de diárias e taxas no custo das contas, que obedecerão a um cadastro de cobrança com condições de acordo com a internação e atendimento do paciente. Tendo o paciente realizado os procedimentos necessários por meio do SUS (Sistema Único de Saúde), o sistema integra essas contas e gera as faturas de custo. Além disso, para garantir um maior controle, o Custo Paciente emite diversos relatórios de custos, que podem ser segmentados por procedimento, setor, clínica, entre outros. Ele também faz um comparativo do custo com a receita da conta no sistema de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) para os pacientes do SUS e no sistema de faturamento de convênios para pacientes de convênios e particulares.

CUSTO HOSPITALAR

Reúne todas as despesas e receitas da instituição agrupadas por centros de custo. Deste modo, é possível visualizar como os setores estão gastando, produzindo e faturando mês a mês e fazendo um comparativo com períodos anteriores para analisar a evolução dos números.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ESTOQUE

Conta com mecanismos especiais para controle e uso seguro dos medicamentos, há o controle de: — estoques e subestoques de materiais; — insumos; — medicamentos; — bens de patrimônio; — compras de serviços. A partir dele, consumos por centros de custos e por tipos de produtos, curvas de consumo, balancetes de estoques, sugestões de compras, volumes de compras por fornecedor/por produto/e por centros de custos são alguns dos indicadores que podem ser levantados.

COMPRAS

Os usuários podem fazer suas solicitações pelo sistema, as quais aparecerão na tela para autorização ou não dos seus superiores. Este módulo permite ao hospital: — disponibilizar aos fornecedores, que também têm uma tela do sistema para lançar seus preços; — a realização das cotações via internet, o que facilita esse processo tão demorado quando realizado por telefone, acesso a indicadores como mapas comparativos de preços de fornecedores, últimos preços praticados pelos fornecedores e históricos de produtos cotados/produtos encomendados/ e produtos recebidos.

PATRIMÓNIO

Administração dos bens, seja por responsável, por localização ou por grupo.

MANUTENÇÃO

O módulo "Manutenção" do sistema de gestão hospitalar visa gerenciar todos os processos que envolvem as manutenções preventivas e corretivas. Com ele é possível acompanhar as ordens de serviço, contratos com terceiros, equipes de manutenção, ferramentas e programação de manutenções preventivas. Este módulo é totalmente integrado com o "Patrimônio", portanto todos os cadastros dos ativos estarão visíveis. O módulo é dividido em três áreas: manutenção predial, serviços e equipamentos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PAINEL DE SENHAS

O módulo Painel de Senhas surgiu com a intenção de organizar o fluxo de atendimento em todos os departamentos de um Hospital. Através de um Totem interativo o cliente escolhe o seu destino (Recepção, Raios-X, Laboratório etc.) e informa a sua prioridade (Normal, Gestante, Portador de Necessidades Especiais, etc.), nesse momento uma "senha" é gerada e a mesma é vinculada automaticamente a uma fila.

GERADOR DE RELATÓRIOS

A customização e criação de relatórios específicos de acordo com as necessidades da unidade e aplicabilidade.

MÓDULO DE GESTÃO FINANCEIRA

Suas funcionalidades são desde o controle das movimentações bancárias e movimentações do caixa do hospital e seus respectivos saldos, controle de todas as contas a pagar e receber por fornecedor, por período e por grupo financeiro e o controle das aplicações financeiras e seus resgates. Tudo integrado as funções de estoque (contas a pagar) e ao faturamento (contas a receber). Além de fornecer o controle orçamentário por centro de custo e tipos de despesas/receitas, controle de pagamentos feitos com cartão de crédito/débito, controle completo dos cheques emitidos/recebidos, cálculo automático dos impostos devidos e a emissão de borderô, ordem de pagamentos / recebimentos; Controle financeiro por filiais (Múltiplas empresas).

CONTABILIDADE

A Ferramenta do faturamento é integrada com todos os demais módulos utilizados no sistema. Neste sistema integrado é permitido o fechamento contábil de forma rápida e segura em tempo real. O módulo "Contabilidade" também possui conexão com o "Patrimônio", facilitando o controle dos ativos fixos da instituição e incluindo essa dinâmica dentro da esfera econômica.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÓDULO PRONTUÁRIO

A prescrição eletrônica é uma ferramenta que auxilia muito a instituição de saúde, pois elimina os possíveis problemas de caligrafia ilegível. Além disso, os itens a serem prescritos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

como medicamentos, materiais, dietas, exames e cuidados de enfermagem são provenientes de cadastros prontos, que colabora para a diminuição dos erros de digitação. É por meio dessa funcionalidade que se dá o início do tratamento do paciente, liberando assim os processos para os outros módulos do software. Através dele são prescritos medicamentos, exames, dietas, nutrição, entre outras informações. Por exemplo: no caso de medicamentos, após a prescrição médica, através de configuração realizada no Gerenciador de Impressão Web (GIW), o pedido cai na farmácia para aprovação farmacêutica, os farmacêuticos então analisam e aprovam a prescrição e os medicamentos são retirados do estoque e encaminhados diretamente ao paciente. A grande vantagem da ferramenta é a integração de informações, pois os dados do paciente e do atendimento já estão prontos para a utilização do médico. Os materiais e medicamentos prescritos são integrados com o sistema de farmácia.

Os exames prescritos são integrados com o SADT (Serviços de Laboratórios e Serviços de Imagens Médicas). Outra integração é a dos medicamentos e tipo de antibióticos que são agregados ao CCIH (Controle de Infecções Hospitalares). A Prescrição Eletrônica hospitalar, serve para auxiliar o médico, ajudando a evitar erros de administração dos medicamentos e dispensação. Por ser eletrônica, facilita no entendimento das informações e agiliza os processos.

ALGUMAS DAS VANTAGENS DA PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA:

Prescrição eletrônica de curta e longa permanência; Prescrição de exames, dietas, SADT, procedimentos e materiais/medicamentos e as Requisições Eletrônicas de consumo interno e subestoques; Fichas de Anamnese e evoluções.

ASSINATURA DIGITAL NO PEP COMO ALIADA NA GESTÃO HOSPITALAR

Implementando prontuários eletrônicos do paciente (PEP), deixando de imprimir e assinar documentos clínicos em papel. Ou seja, essas instituições geram e armazenam documentos clínicos extremamente importantes unicamente em formato eletrônico em seus bancos de dados, ou os transmitem pela Internet, sem nenhuma garantia jurídica.

Segundo decisão do Conselho Federal de Medicina (CFM) de 2007, os documentos eletrônicos não impressos e sem identificação e assinatura física pelo médico necessitam obrigatoriamente ser assinados com um certificado digital válido em nome do médico. O módulo Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) do sistema de gestão hospitalar proposto reúne diversas informações sobre a movimentação dos pacientes pelos setores da unidade de saúde. Nele também é possível verificar a quantidade de exames realizados, agendados e seus resultados; evita falhas em relação às prescrições e administração de medicamentos; cirurgias; entre outros dados. Contempla todo o histórico clínico do paciente, o que facilita a compilação e análise de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

informações, além de deixá-las disponíveis para o médico de maneira fácil, agilizando o atendimento.

ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

A importância da Enfermagem no Prontuário Eletrônico do Paciente é essencial. Cabe à equipe de enfermagem as anotações de procedimentos de enfermagem realizados, descrição de ocorrências, além da evolução do paciente. Podem ser inseridos todos os cuidados prestados incluindo a checagem das prescrições de enfermagem e médicas cumpridas; além de cuidados de rotina, medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferência de setor, entre outros. Além dos sinais e sintomas: todos os identificados através da simples observação e os referidos pelo paciente. Os sinais vitais mensurados devem ser registrados pontualmente; ou seja, os valores exatos aferidos, e nunca utilizado somente os termos "normotenso, normocárdico etc.".

As intercorrências: incluem fatos ocorridos com o paciente e medidas adotadas; Respostas dos pacientes às ações realizadas e o registro deve conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional.

BENEFÍCIOS DO REGISTRO DE ENFERMAGEM

Os registros de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente são extremamente importantes não apenas aos enfermeiros, mas a todas as especialidades envolvidas no atendimento, pelo fato de instrumento de comunicação para a equipe de enfermagem e a equipe multidisciplinar, fornecimento de respaldo legal para todos os envolvidos no processo de cuidar, fundamenta a avaliação do paciente e desenvolve uma assistência não fragmentada, que possibilita uma assistência integral e holística; permite a coleta de dados para ensino, pesquisa e assistência; melhora a qualidade da documentação e possibilita a verificação e a construção de indicadores da qualidade da assistência prestada; de uma base de dados clínica comum a todos os profissionais envolvidos na assistência, aumentando a disponibilidade de tempo dos enfermeiros para o cuidado direto ao paciente, maior melhora na produtividade com redução de erros e aumento de satisfação com o trabalho e promoção da facilidade e rapidez de acesso aos dados do paciente.

Podendo obter legitimidade dos dados e consequente diminuição dos erros por incompreensão deles e promover a possibilidade de desburocratização de atividades cotidianas do enfermeiro. A tecnologia é uma grande aliada na melhoria e otimização dos atendimentos em saúde. E ela traz benefícios principalmente para o paciente. Mas, para que ela também seja útil

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

na gestão dos usuários, precisa existir organização nos processos clínicos, o que, por consequência da implantação do Software proposto, ocorrerá. É nesse sentido que o prontuário eletrônico deve ser visto como um aliado. Ele possibilita o uso das informações clínicas de forma sigilosa e segura para a aeração de dados sobre a saúde.

ILUSTRAÇÕES DAS APLICAÇÕES DO SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR TANTO ÁREA ASSISTENCIAL E DA ÁREA ADMINISTRATIVA.

REGISTRO DO PACIENTE – PRIMEIRO REGISTRO:

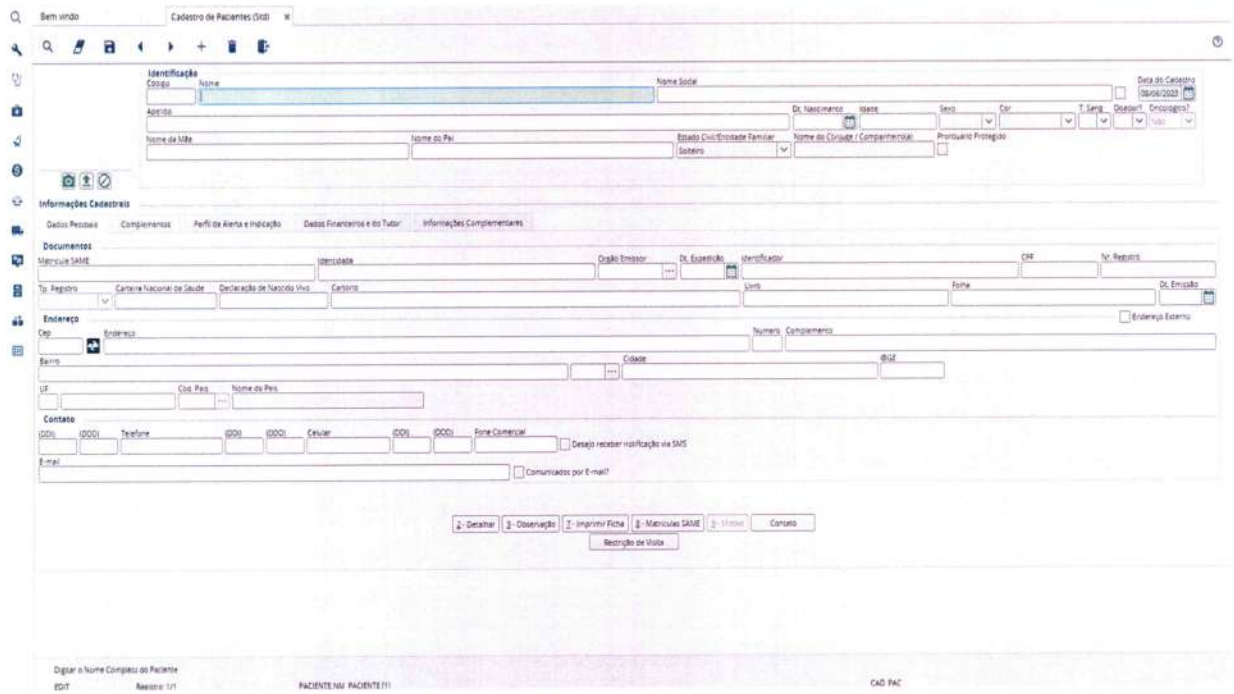


Figura 88 - Tela de Registro do Paciente

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

TELA PARA REGISTRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – LISTA DE PACIENTES:

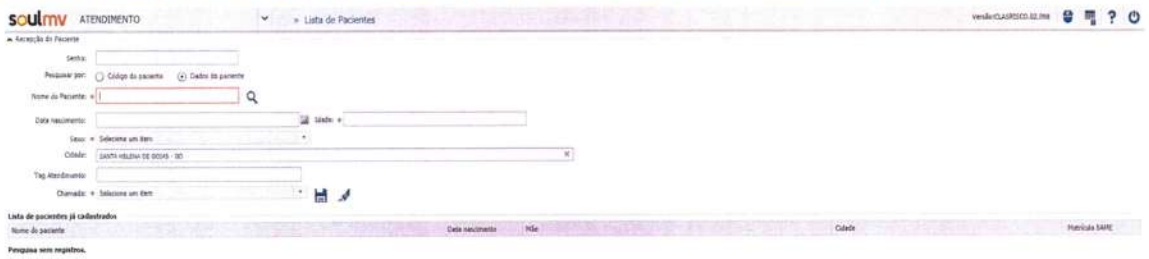


Figura 89 - Tela para registro de Classificação de risco

REGISTRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – DADOS DO PACIENTE:

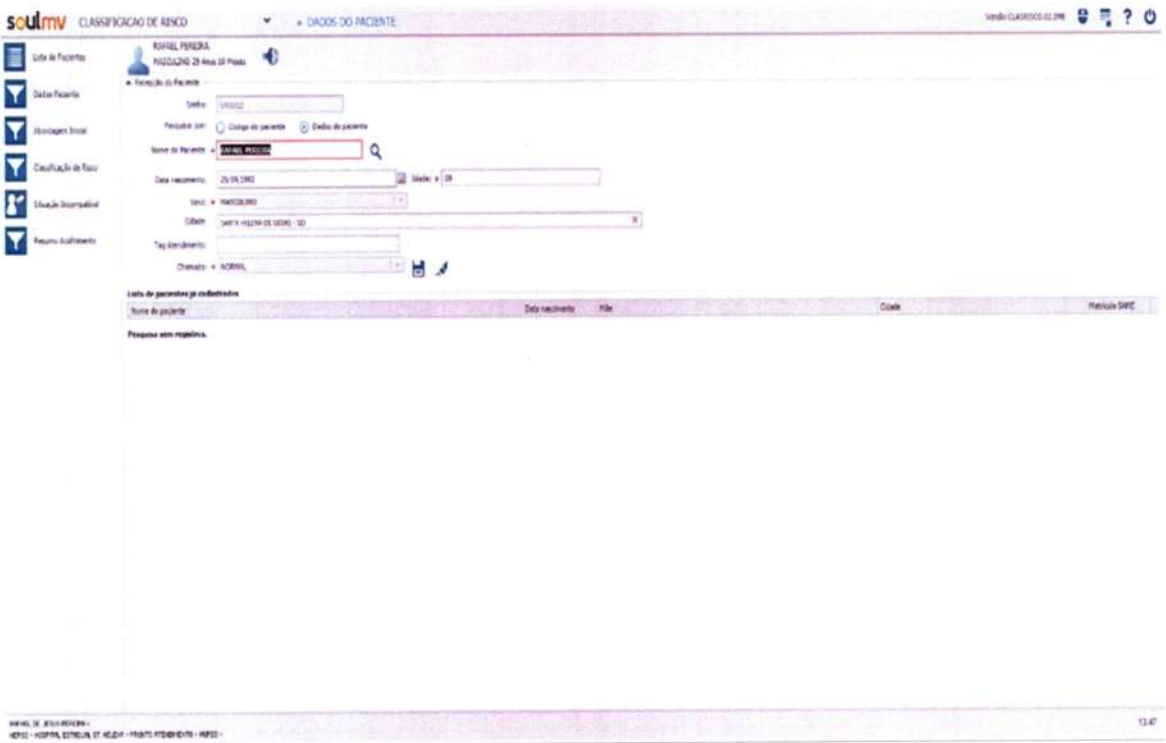


Figura 90 - Tela de Classificação de Risco para registro dos dados do paciente

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CADASTRO DE ATENDIMENTO – PÓS CLASSIFICAÇÃO:

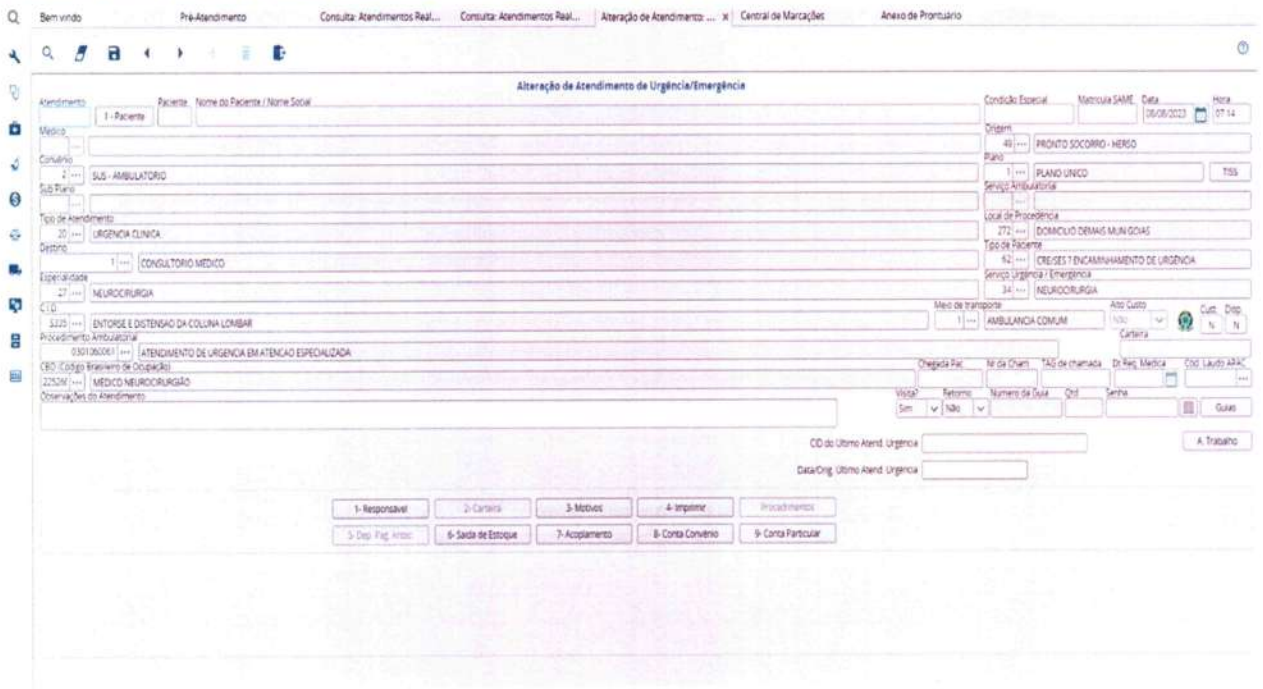


Figura 91 - Tela de Cadastro de Atendimento pós Classificação

REGISTRO DO PACIENTE EM OBSERVAÇÃO OU SALA VERMELHA:

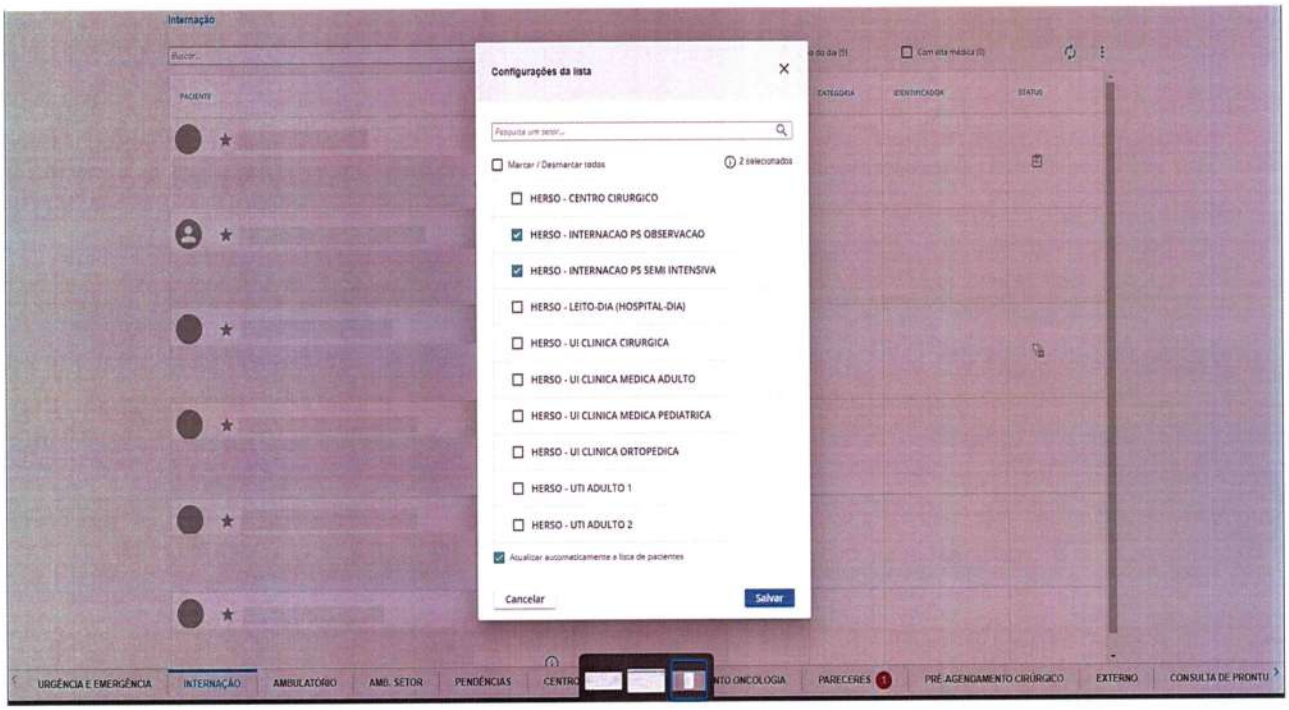


Figura 92 - Tela de Registro do Paciente em Observação ou Sala Vermelha

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

REGISTRO DO PACIENTE:



Figura 93 - Tela de Registro de Informações do Paciente

EMISSÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

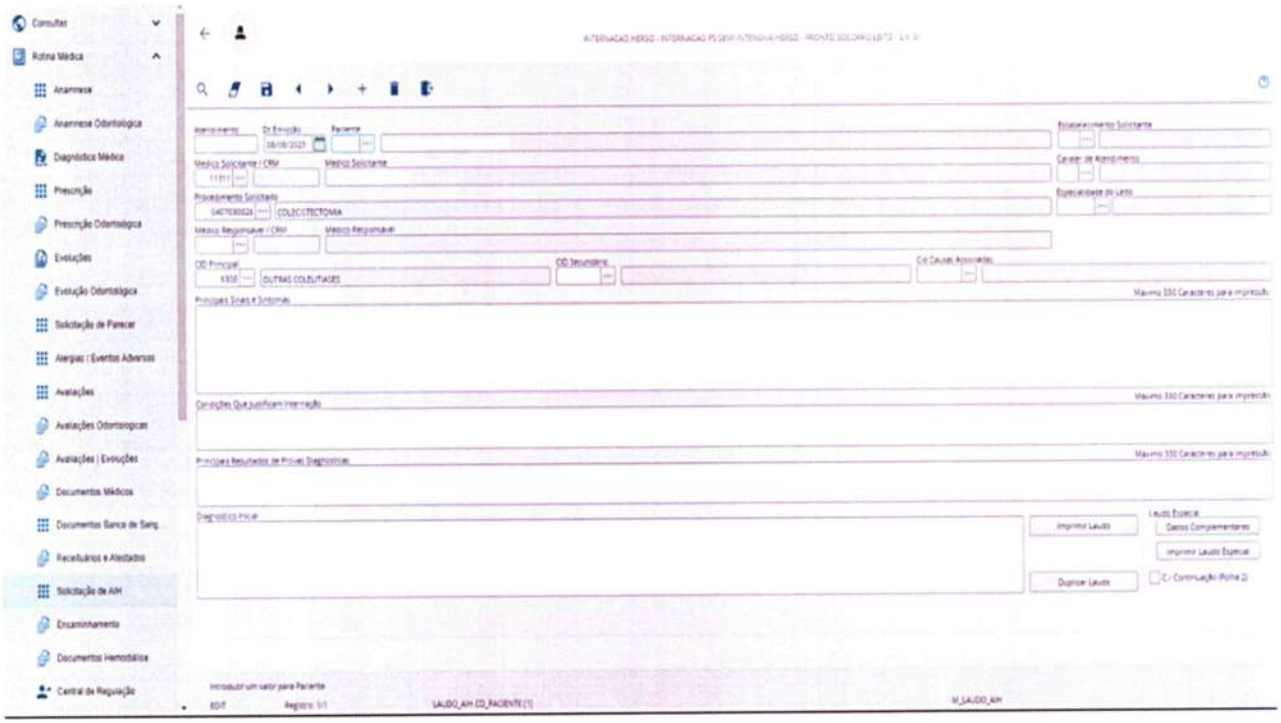


Figura 94 - Tela para Emissão de AIH

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ADMISSÃO DA ENFERMAGEM:

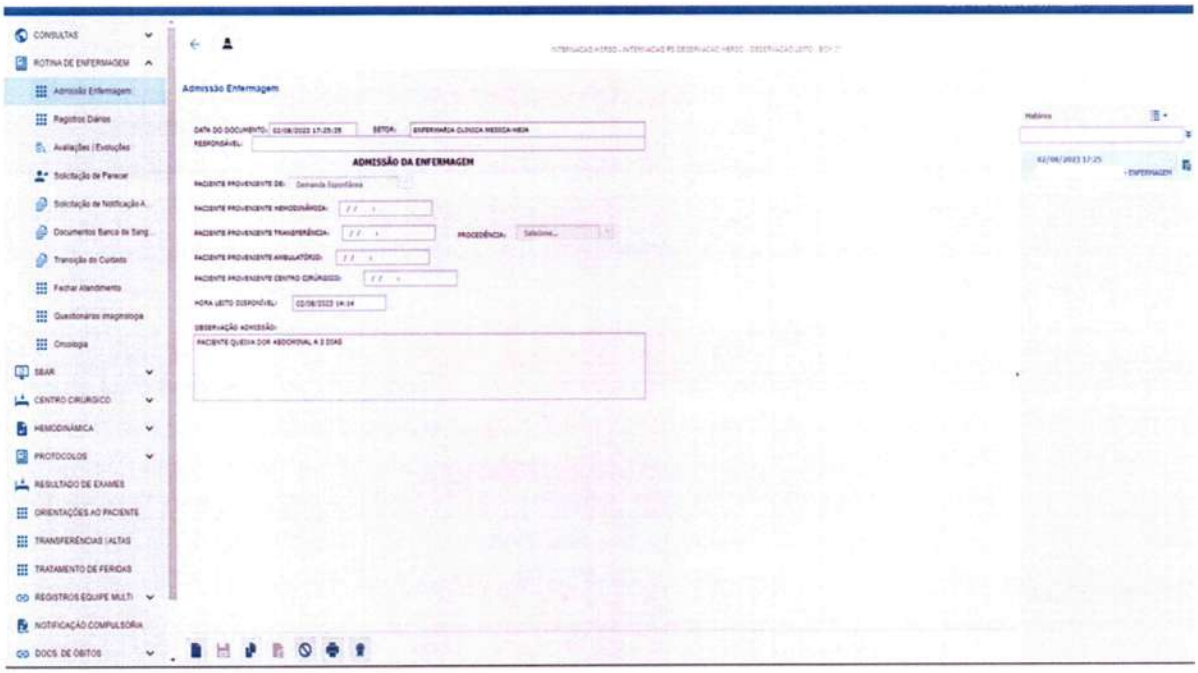


Figura 95 - Tela de Admissão da Enfermagem

REGISTRO DE AFERIÇÃO DOS SINAIS VITAIS:



Figura 96 - Tela para Registro de Aferição e Sinais Vitais

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

REGISTRO DA EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

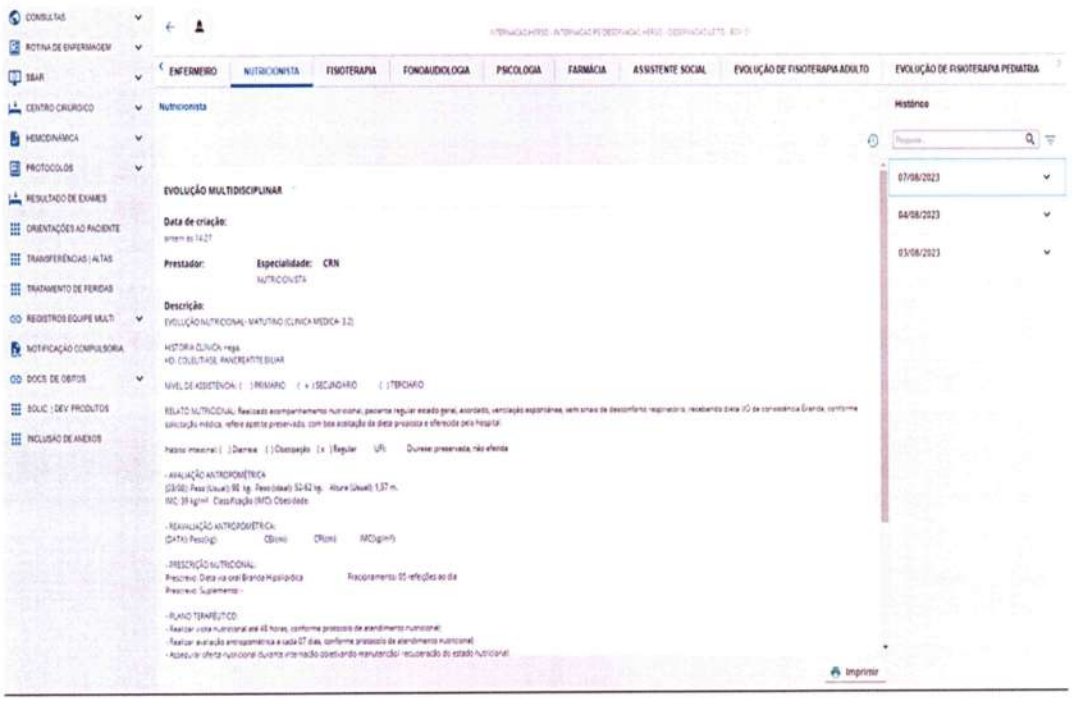


Figura 97 - Tela para Registro de Evolução Multiprofissional

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM:



Figura 98 - Tela de registro da prescrição de Enfermagem

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

REGISTRO DE CHECAGEM DE MEDICAMENTOS:



Figura 99 - Tela de Registro das Checagens de Medicamentos

REGISTRO DE TRABALHO DE PARTO:



Figura 100 - Tela de Registro de Trabalho de parto

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

REGISTRO DE PÓS PARTO:

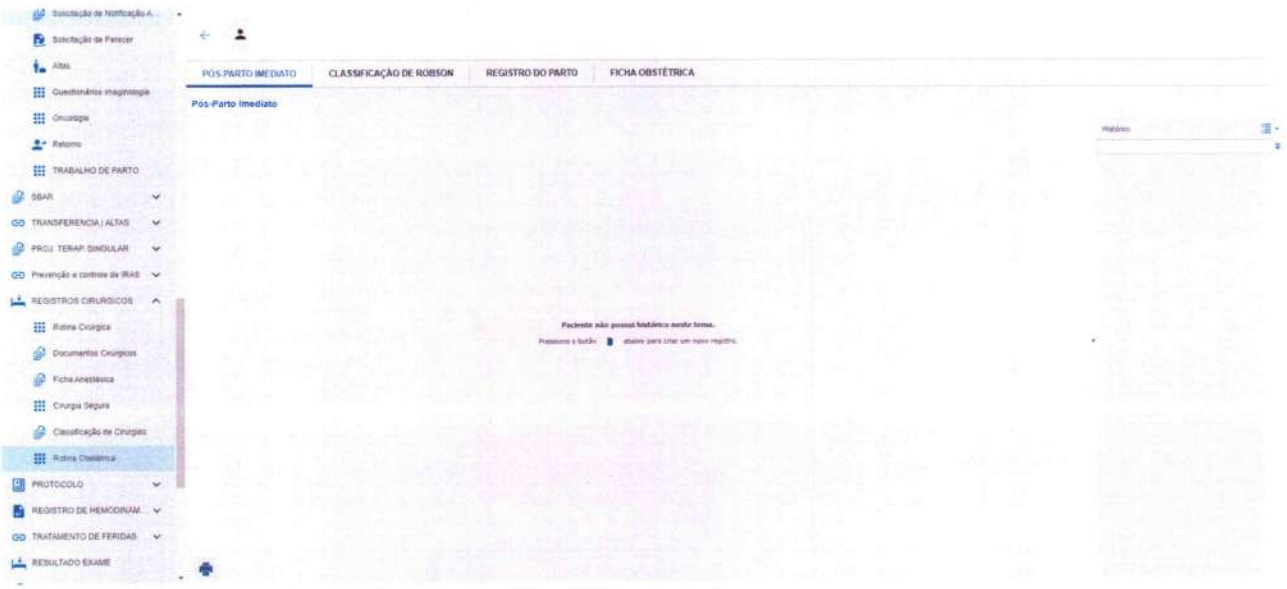


Figura 101 - Tela de Registro de pós parto

CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON:



Figura 102 - Tela de Registro da Classificação de Robson

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FICHA OBSTÉTRICA:

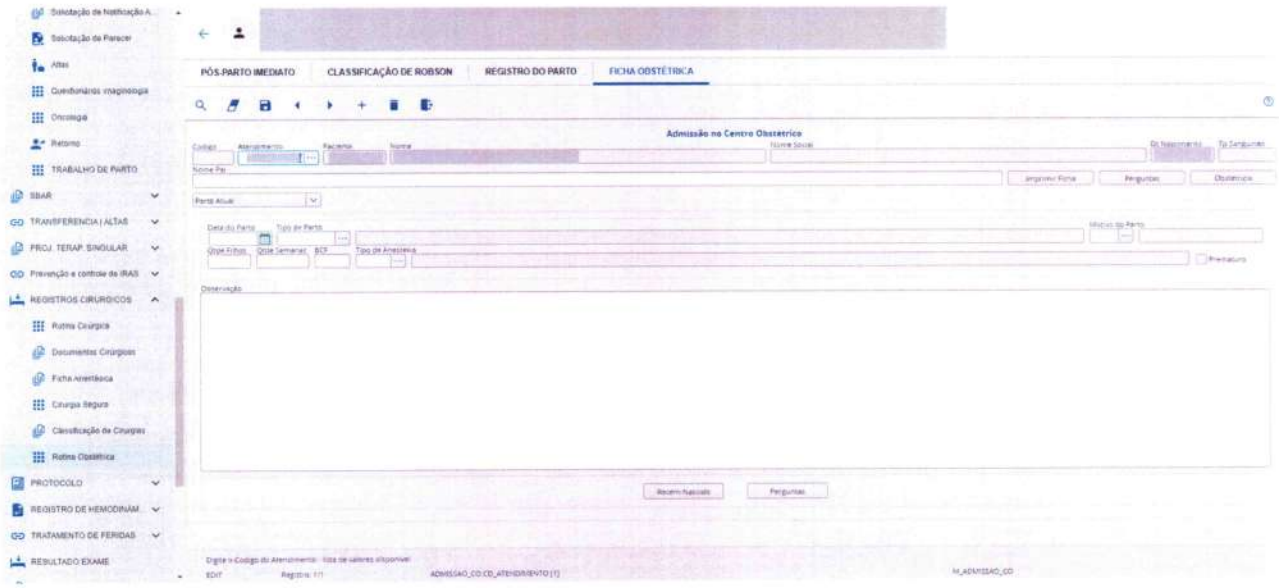


Figura 103 - Tela de Registro da Ficha Obstétrica

ABERTURA DE SAE DE GESTANTES:

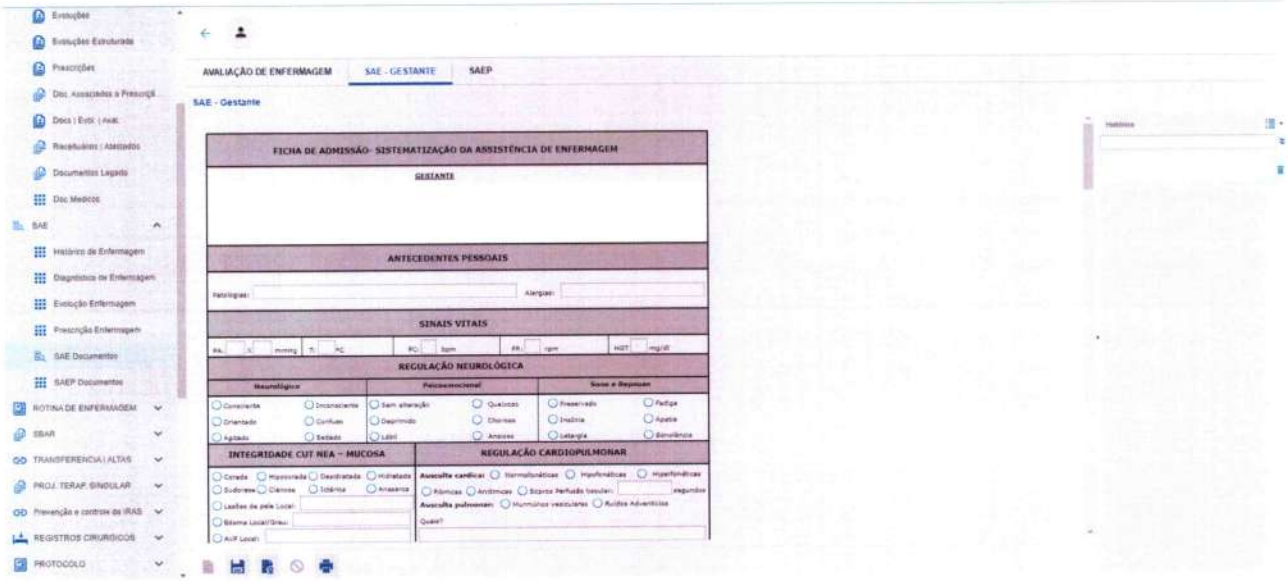


Figura 104 - Tela de Registro de SAE para gestantes

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ABERTURA DE RISCO DE SUICÍDIO:

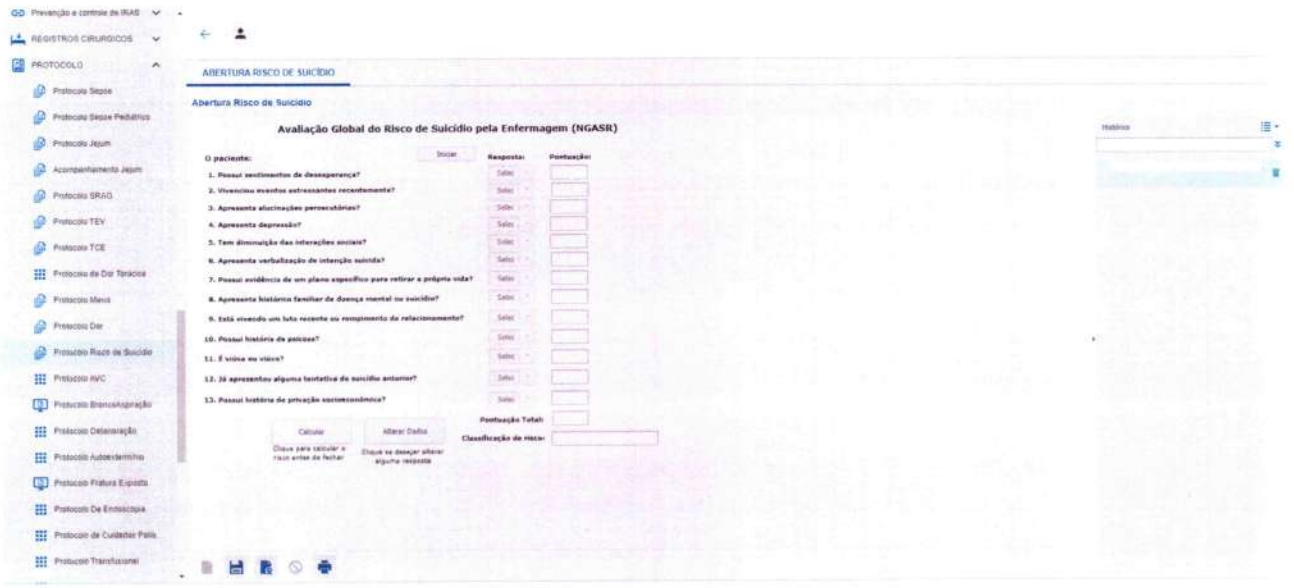


Figura 105 - Tela de Registro para abertura de risco de suicídio

ABERTURA DE RISCO DE AUTOEXTERMÍNIO:

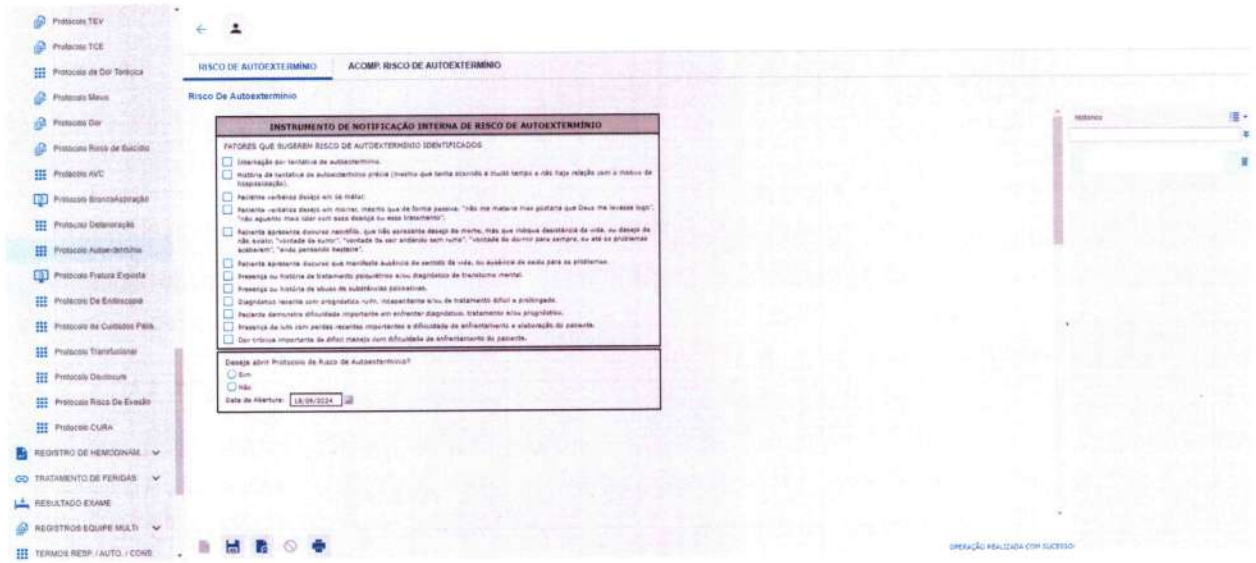


Figura 106 - Tela de Registro para abertura de risco de autoextermínio

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ACOMPANHAMENTO DE RISCO DE AUTOEXTERMÍNIO:

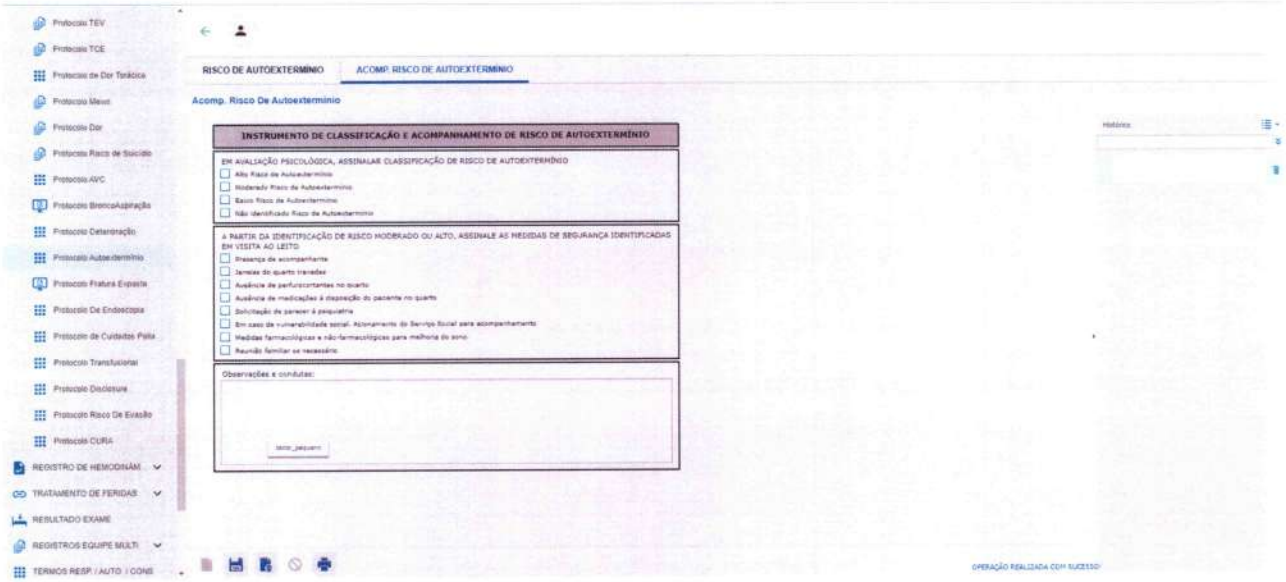


Figura 107 - Tela de Registro para acompanhamento da abertura de risco de autoextermínio

REGISTRO DE ALTA MÉDICA:

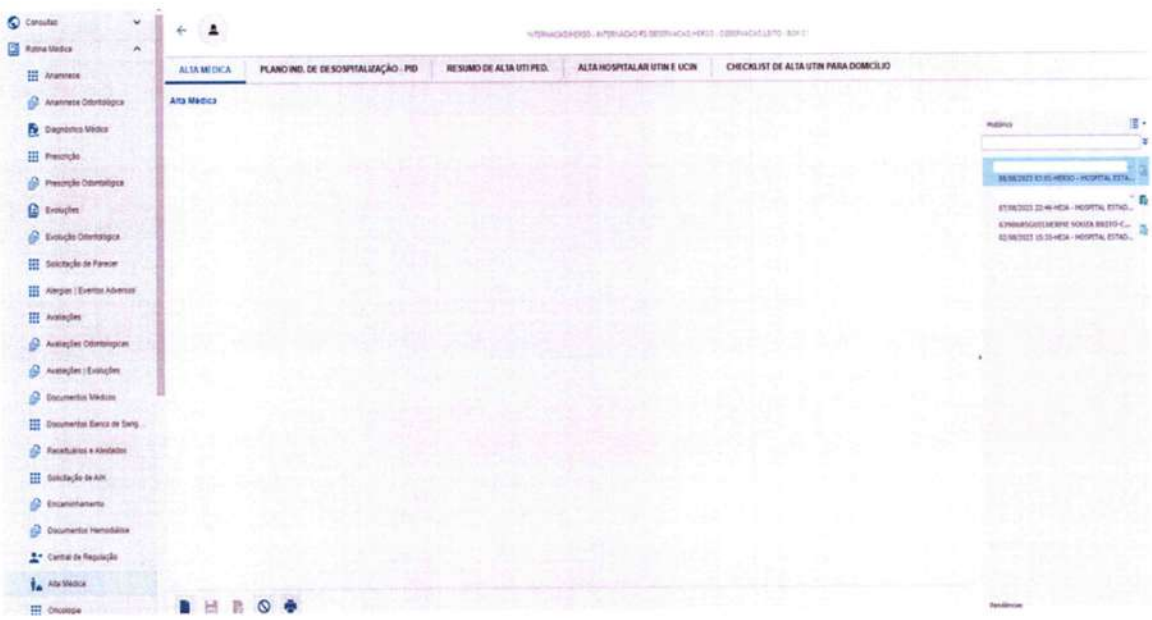


Figura 108 - Tela de registro de alta médica

REGISTRO DE ALTA HOSPITALAR:

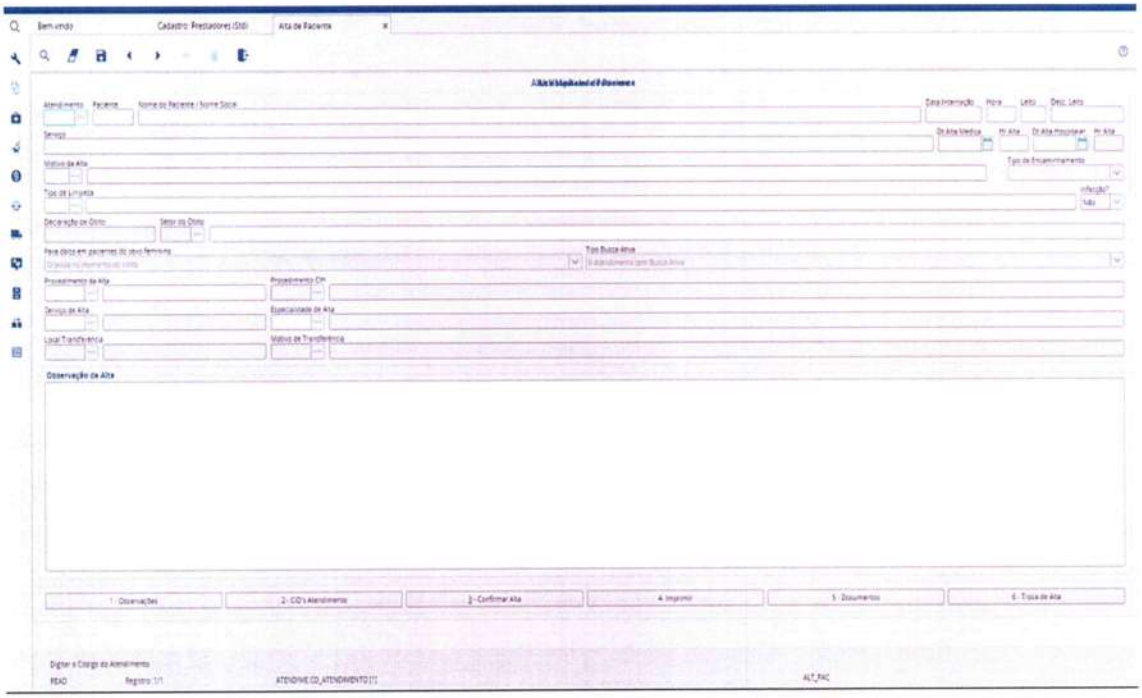


Figura 109 - Tela de registro da alta hospitalar

ENTRADA DE PRODUTOS DO ALMOXARIFADO:

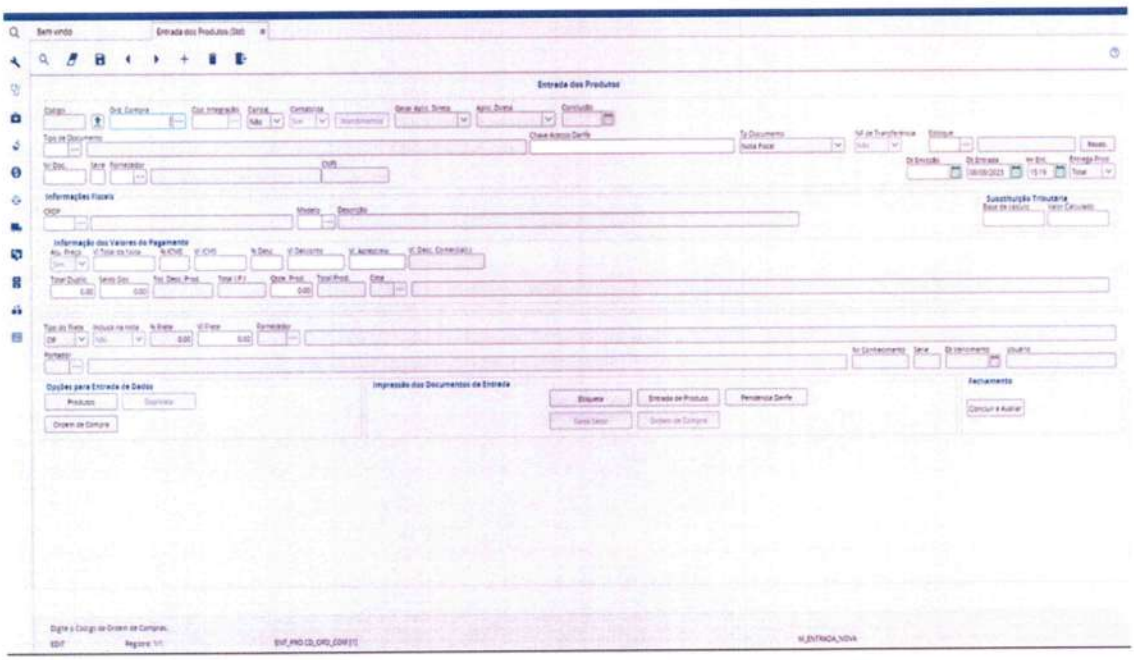


Figura 110 - Tela de entrada de produtos no Almoxarifado

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SAÍDA DE PRODUTOS DO ALMOXARIFADO POR SETOR:

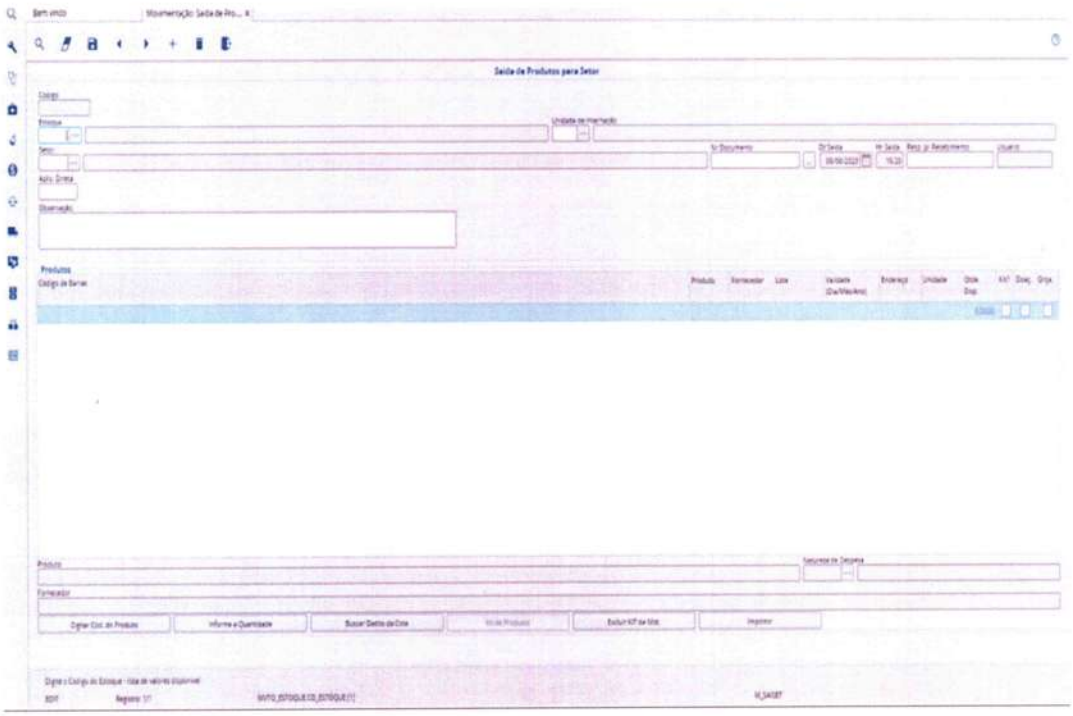


Figura 111 - Tela de saída de produtos do Almoxarifado

SOLICITAÇÕES DE PRODUTO – ALMOXARIFADO E FARMÁCIA:

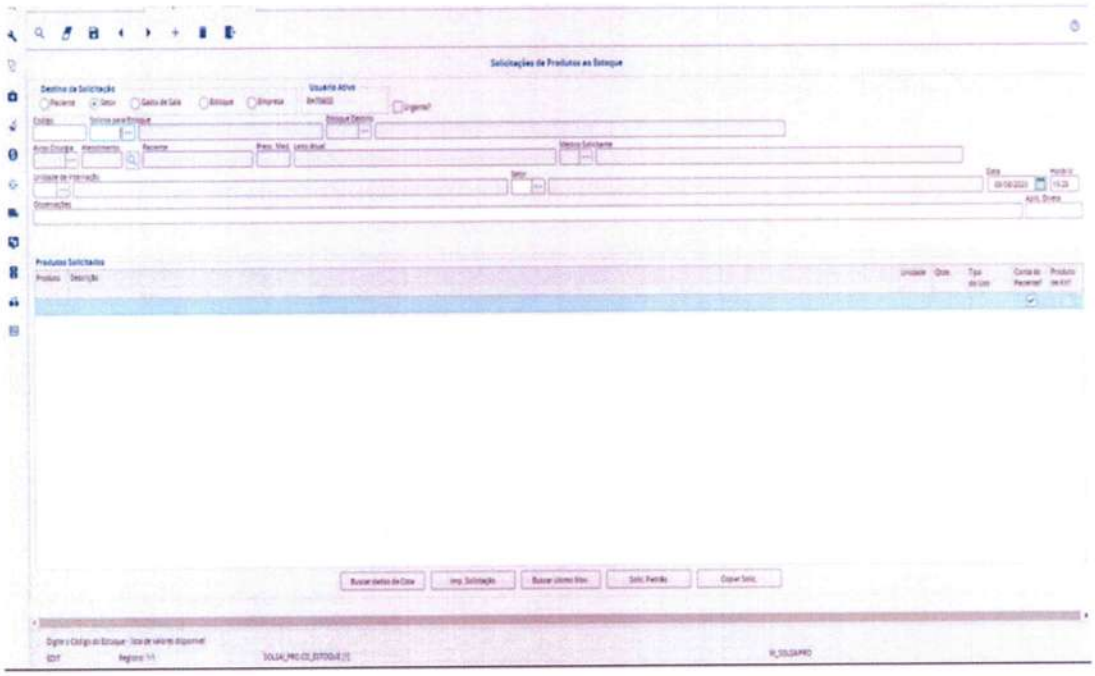


Figura 112 - Tela de solicitação de produtos do Almoxarifado e Farmácia

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SELEÇÃO DE ESTOQUES – EX.: CAF, NUTRIÇÃO E ALMOXARIFADO:

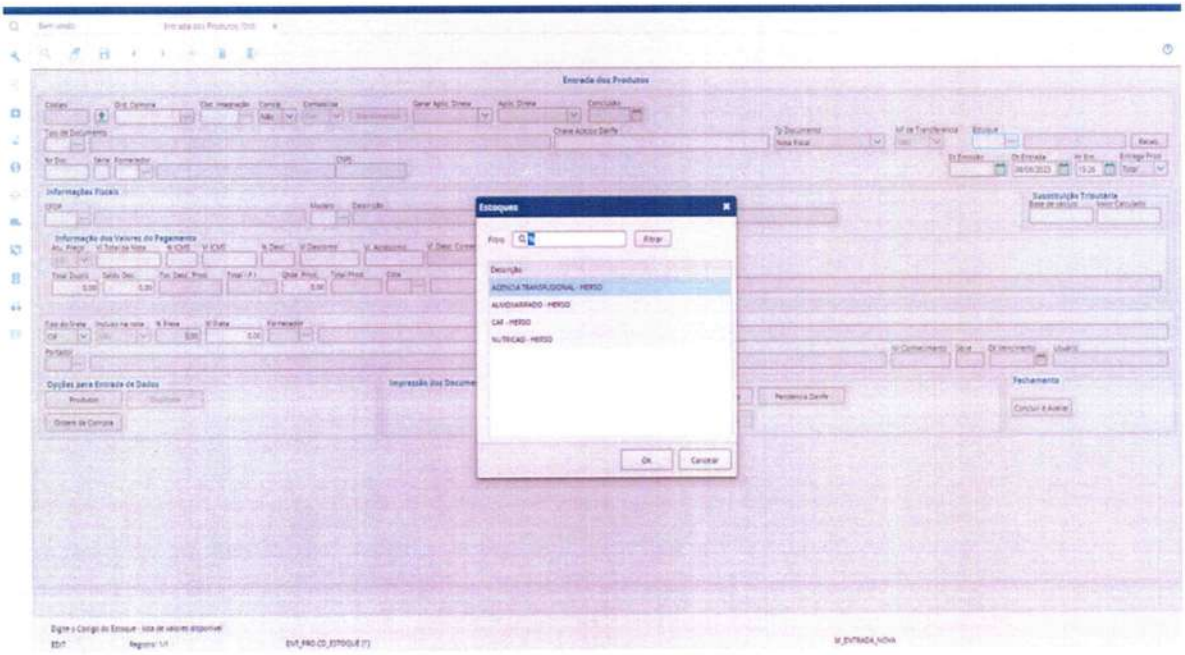


Figura 113 - Tela de seleção de estoques

O Software proposto, com os módulos descritos acima, permite a integração com outras Unidades da Rede de Saúde, pois permite integrar o layout já existente com o exigido pelo Ministério da Saúde, criando um sistema híbrido e que atende todas as necessidades dos hospitais e órgãos fiscalizadores.

CFTV - CIRCUITO FECHADO DE TV

Será implantado o Software de Monitoramento, com rede de transmissão de dados e câmeras IP de alta resolução para captação de imagens, nos locais definidos pela Diretoria Técnica da Unidades de Saúde e pela Segurança Patrimonial, com servidor NVR, No Break, Caixa de Bateria, Rack Torre 20U, Servidor de Visualização e Switch na quantidade das necessidades dos pontos. O Circuito Fechado de TV é um sistema de segurança com monitoramento permanente, onde é possível acompanhar, visualmente, o que ocorre em vários locais ao mesmo tempo. É um importante recurso utilizado na segurança Patrimonial, Pessoal e Eletrônica, atento dia e noite para qualquer emergência.

Com todos os recursos de monitoramento, gravação e imagens disponíveis simultaneamente através do computador. Vários recursos, como detecção de movimento, impressão de imagens, gravação por alarme e/ou agenda, Zip Disk, CD e outros, além do

importante recurso de acesso remoto em tempo real, protegido por senha, via modem, rede local ou internet.

Serão executados os serviços de instalação, configuração, treinamento, manutenção e locação dos equipamentos que compõem o sistema de visualização e gerenciamento de imagens internas de segurança.

SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA DE DADOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

Em cumprimento ao Edital de Chamamento Público no 09/2024 — SES/GO, o IPGSE apresenta a proposta de implantação do Sistema de Transferência de Dados, (API - APPLICATION PROGRAMMING INTERFACE) denominado SIPEF. Em face à necessidade de modernização e padronização dos sistemas de monitoramento financeiro e fiscal da aplicação dos recursos públicos nas unidades de Saúde gerenciadas por Organizações Sociais, através de Contrato de Gestão, de forma a manter eficiente a assistência à saúde e prestação de contas junto aos órgãos da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás — SES/GO, Controladoria Geral do Estado — CGE e Tribunal de Contas do Estado de Goiás — TCE, e em cumprimento às normas editadas pela Controladoria Geral do Estado de Goiás CGE/GO e Resolução no 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás — TCE/GO, manterá como recurso de Tecnologia da Informação a mencionada Plataforma.

A implantação e manutenção da plataforma eletrônica objetiva a sistematizar os procedimentos de prestação de contas para aprimoramento do processo de controle, trazendo agilidade e efetividade ao acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades desenvolvidas no âmbito da unidade de Saúde.

A plataforma eletrônica será capaz de transmitir e recepcionar eletronicamente os relatórios estabelecidos para a prestação de contas dos repasses recebidos pelas organizações sociais, bem como os dados que geraram os relatórios com a respectiva documentação comprobatória dos desembolsos realizados, além de conter um conjunto de soluções para fazer o gerenciamento de informações, preparando e armazenando os documentos relativos às prestações de contas.

A plataforma eletrônica deverá dispor de módulo de coleta de dados e tratamento de informações, que contenha software integrador para elaboração dos Demonstrativos e Indicadores Econômico-financeiros, evidenciando as movimentações contábeis e financeiras referentes aos contratos de gestão. A plataforma eletrônica deverá conter módulo para certificação digital dos documentos eletrônicos que serão transmitidos através da autoridade certificadora, no âmbito da Organização Social, vinculando a entidade a uma chave pública, com padrão ABNT de modalidade de assinatura eletrônica.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A certificação digital será realizada na hora da transmissão dos registros da prestação de contas e obrigatoriamente aceitará os certificados de tipo AI e A3. Os arquivos transmitidos e assinados digitalmente deverão ser criptografados pelo emitente contador legalmente habilitado e descriptografados no recebimento das prestações com o objetivo de dar segurança à transmissão de dados.

O sistema deverá realizar transmissões diárias, um dia após os pagamentos, devidamente acompanhadas da respectiva documentação comprobatória, assim como transmissões mensais, até o último dia do mês subsequente ao das ocorrências. A plataforma eletrônica deverá conter módulo de acompanhamento e fiscalização, que possibilite aos setores técnicos da Secretaria Estadual da Saúde analisar e classificar os registros, e notificar a organização social de eventuais inconsistências, devendo ser as diligências ocorridas durante o mês analisado atendidas até o 10° (décimo) dia do mês subsequente, por meio da plataforma eletrônica.

O não atendimento a solicitação, ou a permanência da irregularidade ou das restrições encontradas na prestação de contas, será comunicado de imediato à Gerência de Avaliação da Organizações Sociais — GAOS — Coordenação de Avaliação Contábil - CAC para as providências cabíveis, nos termos do contrato de gestão. Em caso de ocorrer alguma alteração nos saldos contábeis, após o envio mensal do Balancete, dos Demonstrativos de despesas e receitas ou dos Relatórios Financeiros, a organização social deverá reenviar, via ofício, o novo demonstrativo, com as respectivas justificativas para cada uma das alterações ocorridas, em observância ao disposto na Resolução CFC n° 596/85 do Conselho Federal de Contabilidade que aprovou a NBC 2.4 — Da Retificação de Lançamentos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria n°200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ILUSTRAÇÕES DE PLATAFORMA DE TRANSFERÊNCIA DE DADOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS.

ÍNICIO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE CONTAS



Figura 114 - Tela de início do Sistema de prestação de contas

DADOS FINANCEIROS MOVIMENTADOS POR PERÍODO GERAL



Figura 115 - Tela de dados movimentos por período selecionado

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DADOS FINANCEIROS MOVIMENTADOS POR PERÍODO COM DADOS BANCÁRIOS

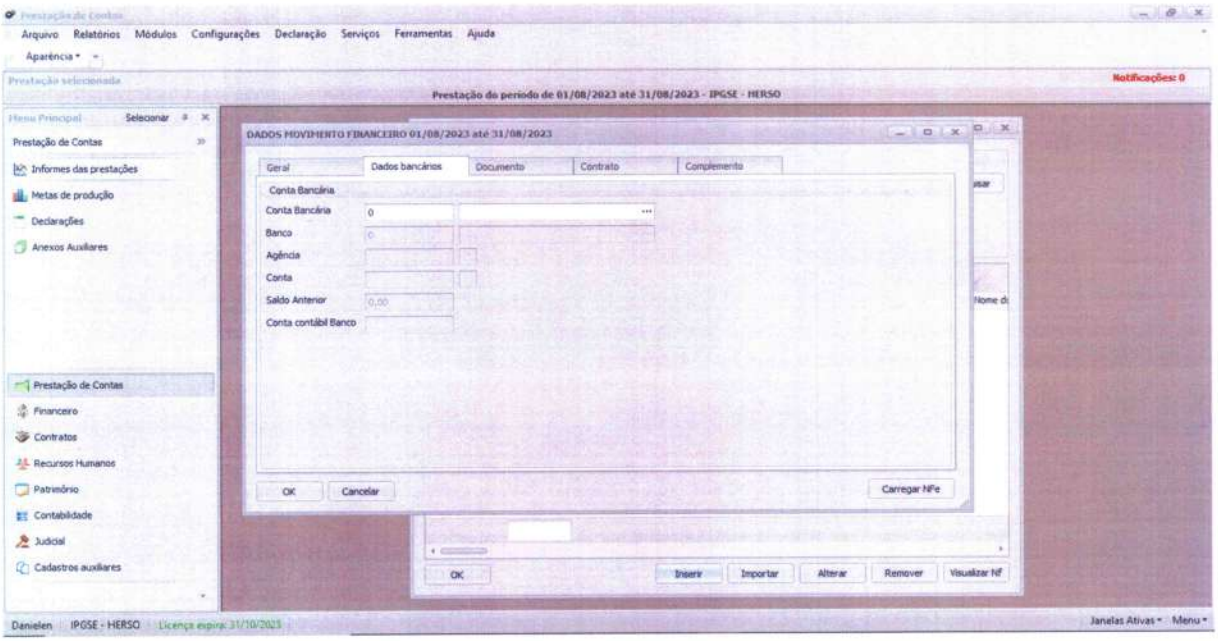


Figura 116 - Tela de dados movimentados por período - dados bancários

DADOS FINANCEIROS MOVIMENTADOS POR PERÍODO DOCUMENTO

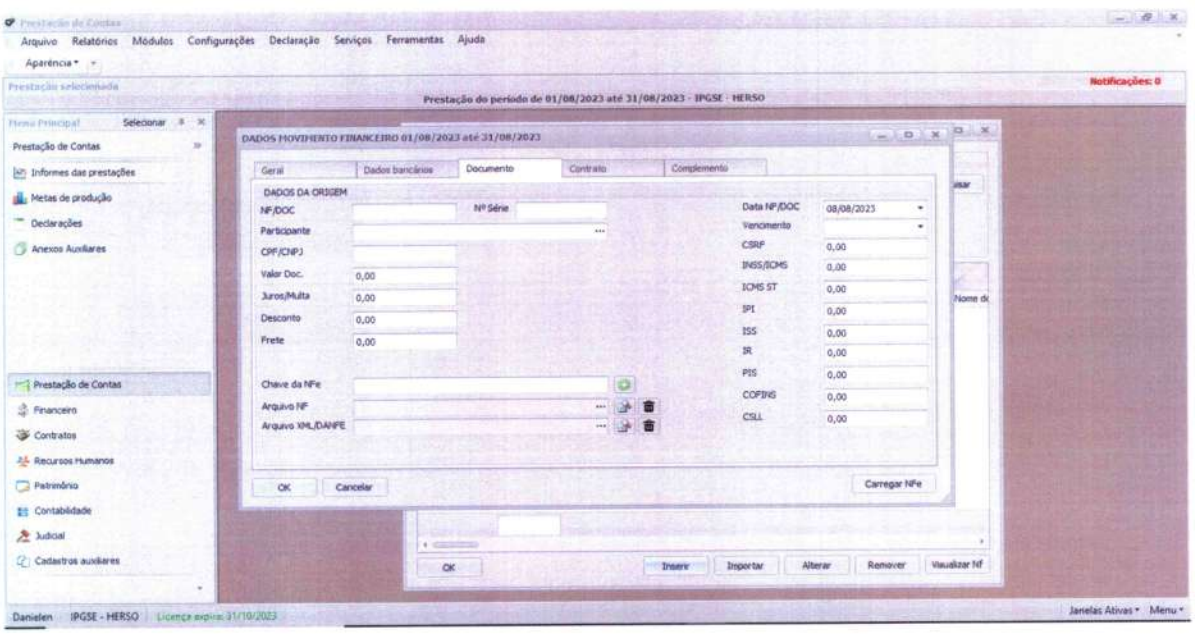


Figura 117 - Tela de dados movimentados por período – documentos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DADOS FINANCEIROS MOVIMENTADOS POR PERÍODO CONTRATO

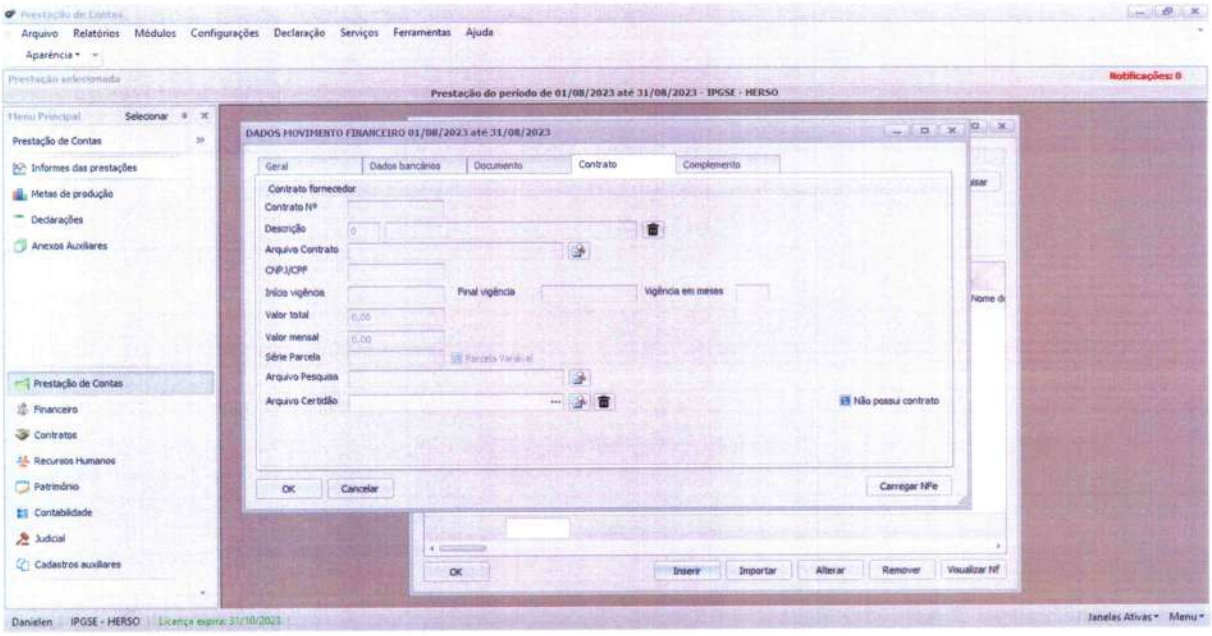


Figura 118 - Tela de dados movimentados por período – contrato

PLATAFORMA DE COTAÇÕES E COMPRAS

Cumprindo com os princípios da boa gestão, da economicidade, da transparência, da publicidade, da eficiência e da legalidade, o IPGSE implantará como recurso de Tecnologia da Informação — TI, o Software: Plataforma de Cotações e Compras para a execução das compras, visando o suprimento de materiais da unidade gestora e unidade gerida. O Sistema é uma solução digital que permite às instituições de saúde comprar e gerir, insumos diversos com uma comunidade ampla de fornecedores, em todo território nacional, oferecendo, além da legalidade, os benefícios:

Reduzindo custos e otimizando rotinas operacionais;

A solução oferece acesso a toda indústria e seus principais distribuidores para a compra de materiais médicos, medicamentos e de outras categorias de produtos para o segmento da saúde;

A plataforma deverá estar em constante aprimoramento e permitindo aumentar as possibilidades de negociação com redução de preços, gerando resultados rápidos e totalmente mensuráveis;

Através da digitalização dos processos será possível contar com uma solução que rastreia e disponibiliza em tempo real tudo o que foi realizado.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DADOS FINANCEIROS MOVIMENTADOS POR PERÍODO CONTRATO

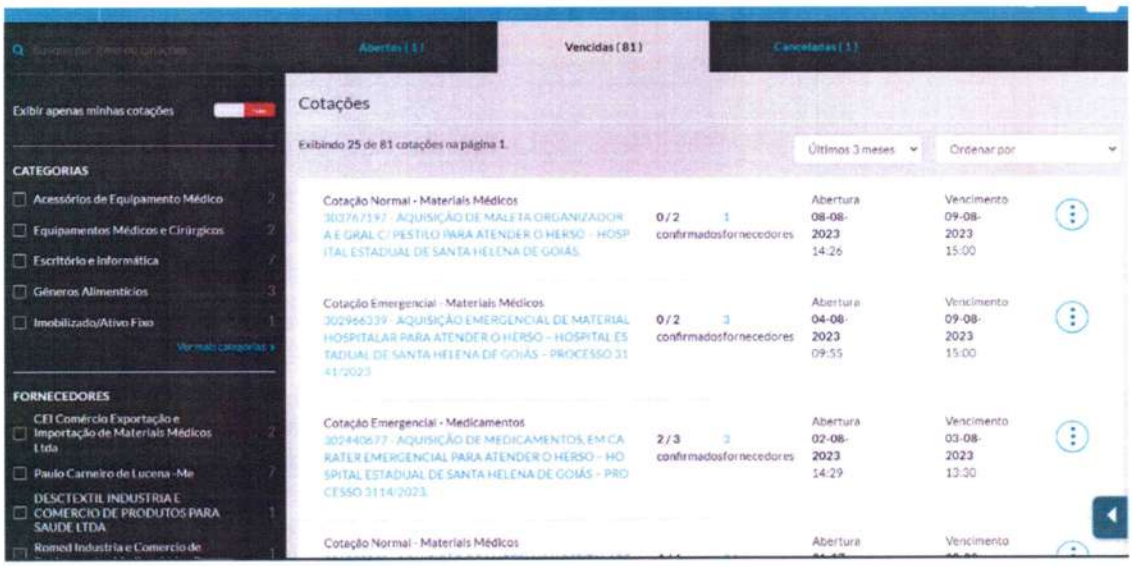


Figura 119 - Tela de Cotações abertas e vencidas

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DO SISTEMA

Ampla base de fornecedores no mercado hospitalar no país, com capacidade de entrantes diariamente;

Ampla base de cadastro normalizado de material médico e medicamentos;

Equipe exclusiva de Gestão de Clientes de suporte consultivo especializado; Relatórios inteligentes para fácil gestão dos processos que envolvem os suprimentos;

Gestão fácil e dinâmica dos processos de suprimentos da saúde;

Equipe de atendimento exclusivo;

Credenciamento de distribuidores online por parte da indústria;

Gestão da documentação sanitária legal de fornecedores;

Segurança e sigilo de todas as informações transacionadas;

Auditoria dinâmica e transparente;

Resposta padronizada de produtos;

Renegociação da cotação por itens;

Apoio nos processos de acreditação das instituições;

Qualificação de fornecedores através de registro de ocorrências;

Compras por contrato.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

AQUISIÇÕES

Com o objetivo de assegurar o bom desempenho dos serviços prestados pelo IPGSE, serão realizadas a substituição de equipamentos obsoletos e a aquisição de novos itens, como servidores, estações de trabalho, impressoras, scanners e outros periféricos, componentes e softwares necessários para a atualização e eficiência da infraestrutura tecnológica. Essas aquisições poderão ocorrer por meio de investimento direto junto à SES-GO, ou, conforme a viabilidade, por meio de contratos de comodato com empresas especializadas, que fornecerão suporte técnico contínuo e manutenção preventiva dos equipamentos. Além disso, está prevista a terceirização da aquisição e suporte a impressoras, scanners e fornecimento de insumos periféricos e componentes, visando otimizar os custos e garantir agilidade na manutenção e substituição de equipamentos quando necessário. Este processo será regulado após a assinatura do Termo de Colaboração, que definirá claramente as responsabilidades de cada parte envolvida.

Para garantir uma gestão eficaz, cada software a ser implantado será descrito em detalhes, incluindo as exigências técnicas, como o valor de aquisição, os requisitos de hardware, e qualquer outra necessidade específica relacionada ao seu funcionamento e compatibilidade com a infraestrutura da unidade. Essas informações estarão descritas na documentação de cada sistema, permitindo uma visão clara das necessidades operacionais e o planejamento adequado para sua implementação. Com essa abordagem, o IPGSE visa assegurar a modernização contínua de sua estrutura tecnológica, promovendo um ambiente mais eficiente e produtivo, alinhado às demandas crescentes da instituição e dos seus usuários.

EQUIPAMENTOS

Tipo	Descrição	Quant.	Valor Mensal (R$)	Valor Final
Notebook	Core i5 10ª Geração, 8 GB Memória RAM, HD de 250 GB SSD NVME, Monitor de 15 Polegadas (HDMI e VGA) com Windows 11 Pro	5	R$ 2.100,00	R$ 25.200,00
Computador	Core i5 10ª Geração, 8 GB Memória RAM, SSD de 250 GB NVME, Monitor de 19 Polegadas (HDMI e VGA) com Windows 11 Pro	90	R$ 13.000,00	R$ 156.000,00

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

EQUIPAMENTOS				
Impressoras Multiprofissionais	Impressoras Multifuncionais com função copiadora impressora e scanner, laser manocromático, impressão frente e verso, com componentes insumos e fontes	18	R$ 10.000,00	R$ 120.000,00
Impressoras Comuns	Impressoras Comuns, laser digital monocromático, com seus componentes insumos e fontes	19		
Scaners de mesa	Scaners de mesa com CIS duplo, conectividade de rede cabeada e wireless	7		
Sistema de Antivírus para 70 estações	Antivírus é projetado para detectar, prevenir e remover um software malicioso, também conhecido como malware, de um sistema de computador ou dispositivo e tem como objetivo proteger o sistema	70	-	R$ 5.000,00
	Total:		R$ 25.100,00	R$ 306.200,00

Tabela 16 - Equipamentos demandados para a Policlínica de Quirinópolis

SISTEMAS DE APOIO

No decorrer da Gestão e Operacionalização das atividades contratadas o IPGSE procederá a implantação de outros sistemas, visando atender às demandas justificadas, dentro das condições de economicidade e de resultados, respeitando as viabilidades orçamentárias e financeiras dos recursos disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás — SES/GO. Diversos sistemas de pequeno porte que se apresentam como ferramentas de suportes para a gestão administrativa e de controles para a unidade, de baixo custo e de boa otimização, serão implantados pela Equipe da TI, ou por pessoas jurídicas terceirizadas, que permanecerão sob a supervisão da área de Tecnologia da Informação, como exemplo, apresentamos o Sistema de Controle de Frequência (controle de ponto).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

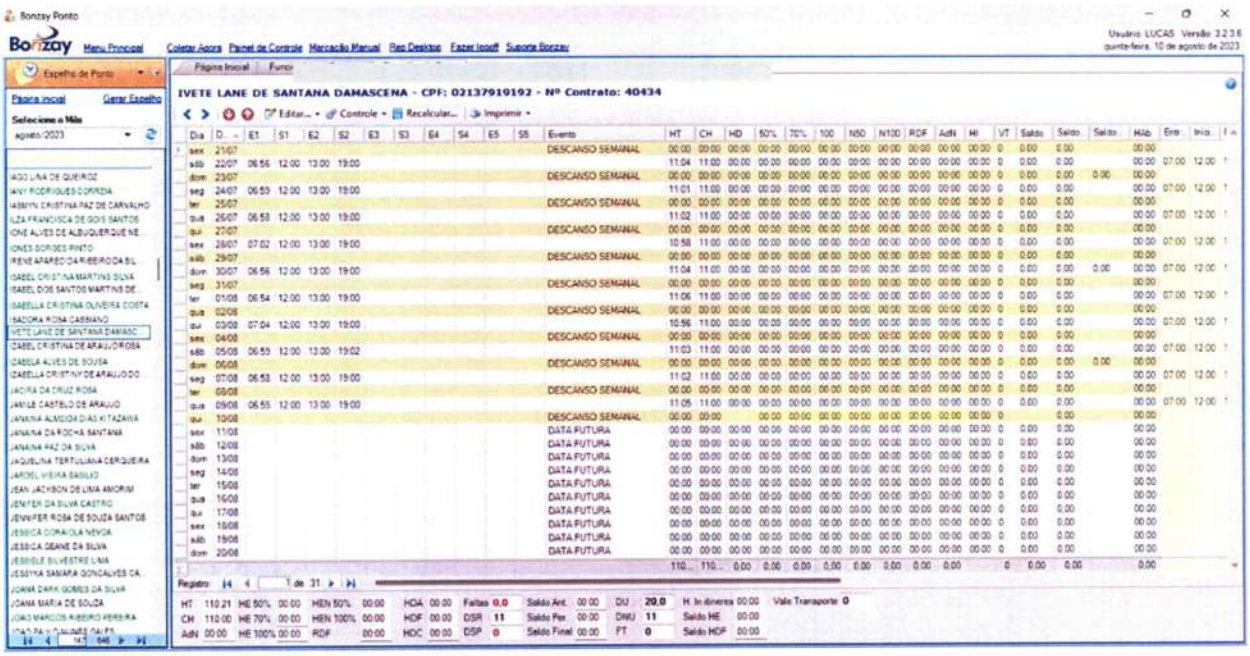


Figura 120 - Tela do Sistema de Registro de Ponto

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Implantação de Sistema de Pontos em uma máquina com Windows	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Configurar conexão dos relógios de ponto com o Servidor do Sistema	Equipe de T.I da unidade	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Cadastrar usuários, departamentos e a digital dos colaboradores	Equipe de T.I e RH da unidade	4 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Parametrização de Horários de Entrada, saída e intervalos	Equipe de T.I e RH da unidade	4 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Treinamento e Documentação	Empresa de Software	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	

Tabela 17 - Implantação de Sistema de Ponto

SISTEMA DE CONTROLE DE ENTRADA:

Com foco na otimização do controle de entrada e saída de pessoas nas dependências da policlínica. O Sistema de controle de entrada e saída de pessoas possibilita a separação pelo tipo de entrada, podendo ser de colaborador, visitante, ou acompanhante de paciente. Assim também identificando o colaborador pelo setor, e cargo exercido dentro da policlínica. A

identificação de todos é otimizada e segura visto o uso de dados como: Nome completo, Cadastro de Pessoa Física (CPF), Registro Geral e o nome da mãe. Sendo o registro com data e hora tanto da entrada quanto da saída da unidade hospitalar.

CADASTRO DE ENTRADA



Figura 121 - Cadastro de Entrada

REGISTRO DE SAÍDAS

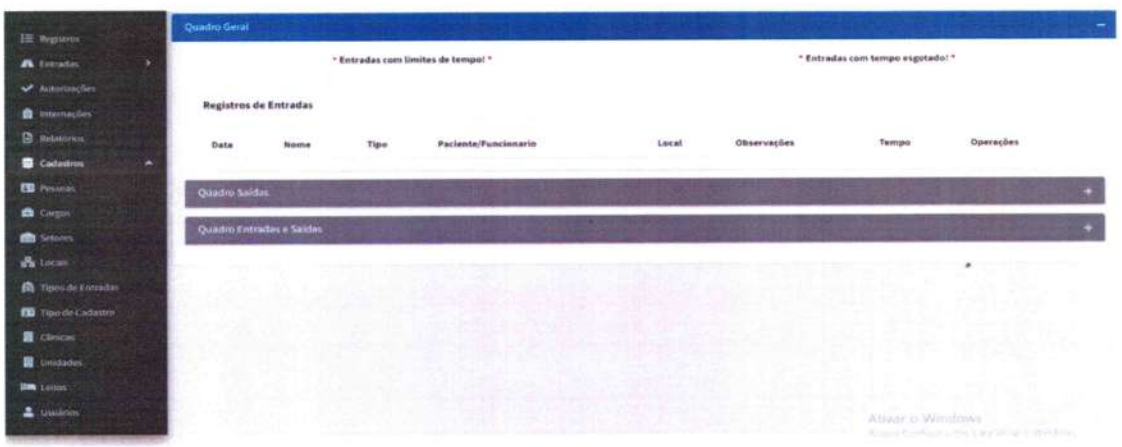


Figura 122 – Registro de Saídas

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

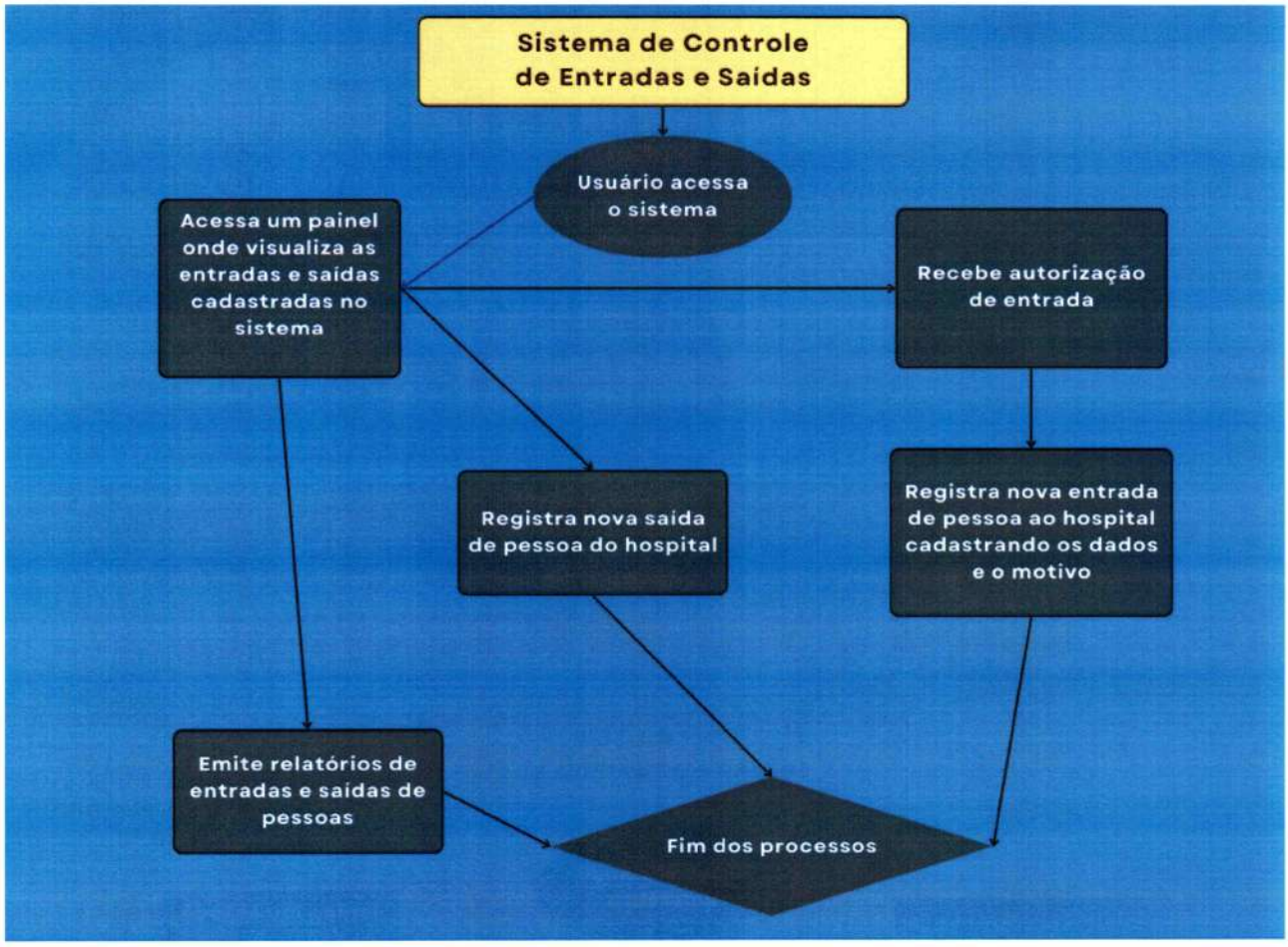


Figura 123 – Fluxograma do sistema de controle de entrada e saída

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Instalação de sistema Web Apache, PHP 7 ou 8, banco de dados Mysql. Em ambiente Linux ou Windows. Pode ser em servidor compartilhado	Equipe de T.I da unidade	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Implantação das páginas web e banco de dados. Configuração de host no apache.	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Cadastrar usuários, departamentos, tipos de documentos, fornecedores, entre outros	Equipe de T.I da unidade	Conforme demanda	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Parametrizações do sistema	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Treinamento	Equipe de T.I da unidade	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Atualizações de segurança e melhorias serão realizadas em um prazo máximo de 15 dias após lançamento	Empresa de Software	12 meses	Janeiro/25	Dez/25
Visitas in-loco uma vez ao mês para conferências sobre segurança da informação	Empresa de Software	12 meses	Janeiro/25	Dez/25

Tabela 18 - Implantação de Sistema de Entrada

SISTEMA DE MOVIMENTAÇÃO DE PRONTUÁRIOS

Com foco na otimização da movimentação de prontuários físicos pela policlínica e SES de maneira que todos os envolvidos no processo consigam ter uma visão adequada de todas as remessas de prontuários, enviadas e entregues. Mostrar resultados através de relatórios e gráficos. O Sistema de Movimentação de prontuários, onde é carregado os dados dos pacientes que receberam alta. Com esses dados e com o Prontuário físico disponível, o usuário inicia a movimentação de um ou mais prontuários, através da criação de remessas, com informações de data, destino e observação. Após o envio, é disponibilizado a todos os usuários pertencentes ao setor destino da remessa, os prontuários nela anexadas, ficando a cargo de algum destes usuários do departamento, aceitar a remessa para futuras operações destes prontuários até seu arquivamento.

REMESSAS RECEBIDAS E CRIADAS

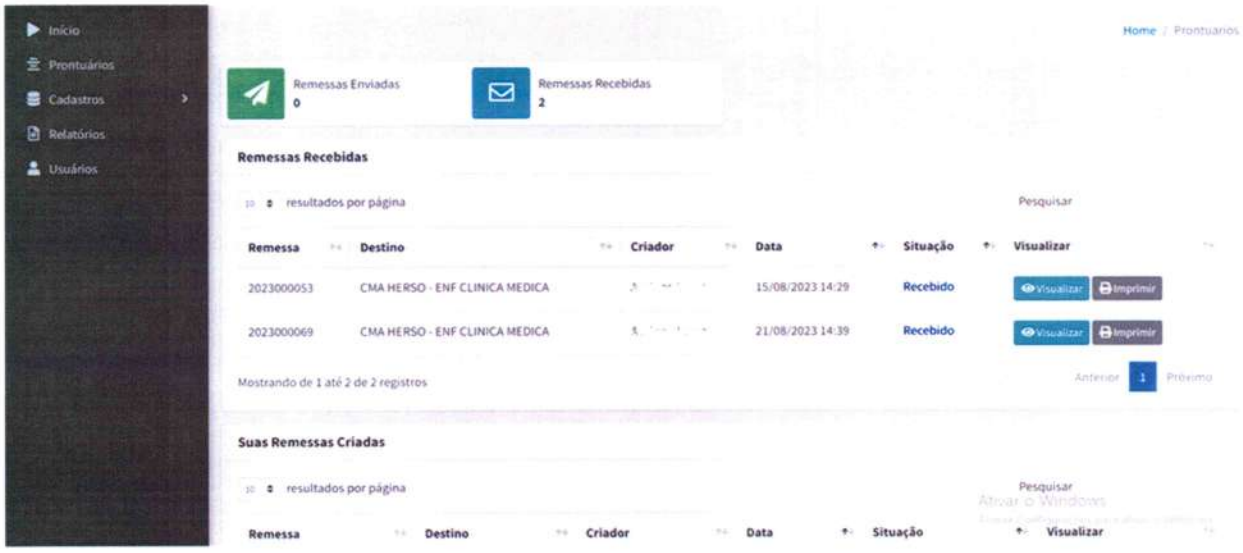


Figura 124 - Tela de início do Sistema de Movimentação de Prontuário

HISTÓRICO DE REMESSAS



Figura 125 - Tela de Histórico do Sistema de Movimentação de Prontuário

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

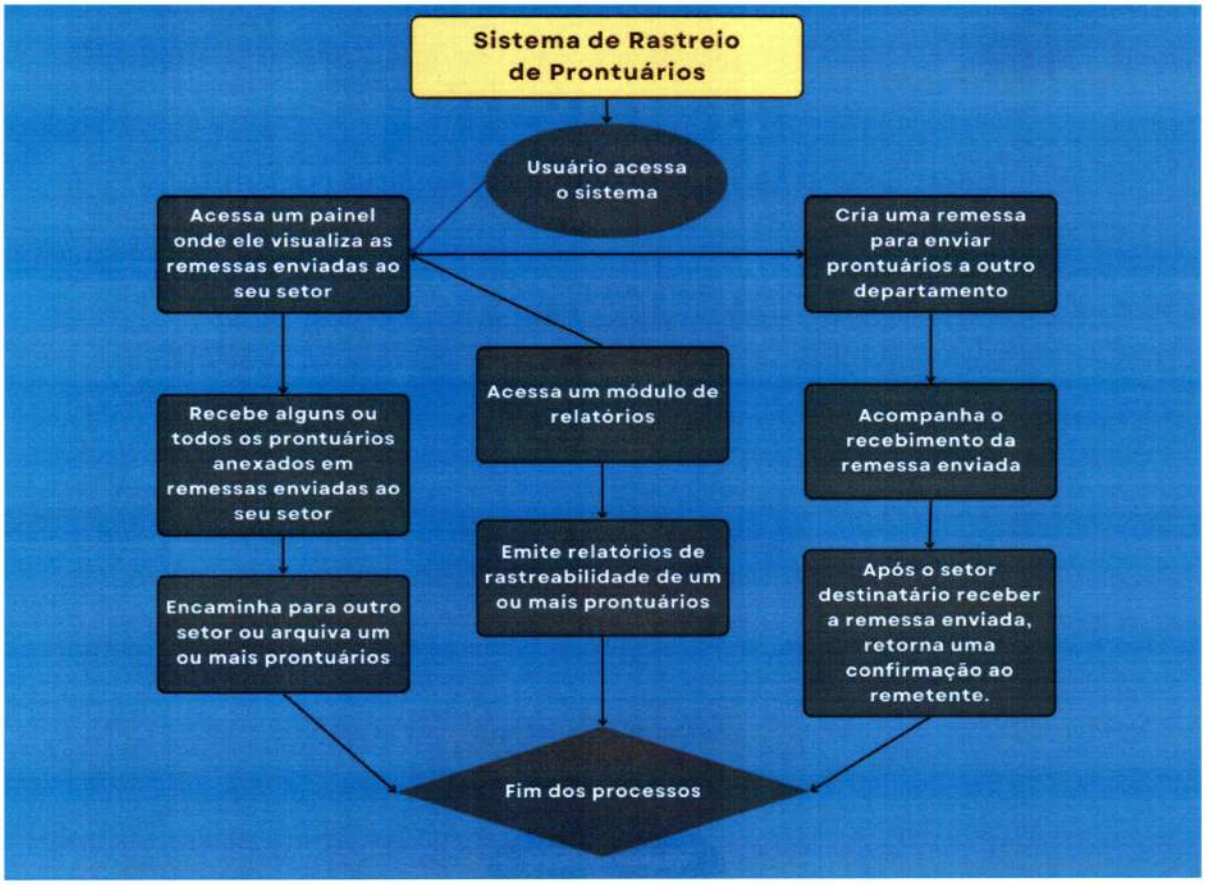


Figura 126 – Fluxograma do sistema de rastreamento de prontuários

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Instalação de sistema Web Apache, PHP 7 ou 8, banco de dados Mysql. Em ambiente Linux ou Windows. Pode ser em servidor compartilhado	Equipe de T.I da unidade	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Implantação das páginas web e banco de dados. Configuração de host no apache.	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Cadastrar usuários, departamentos, tipos de documentos, fornecedores, entre outros	Equipe de T.I da unidade	Conforme demanda	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Parametrizações do sistema	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Treinamento	Equipe de T.I da unidade	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Atualizações de segurança e melhorias serão realizadas em um prazo máximo de 15 dias após lançamento	Empresa de Software	12 meses	Janeiro/25	Dez/25

Tabela 19 - Implantação de Sistema de Movimentação de Prontuário

SISTEMA DE PROTOCOLOS E CONTRATOS (Gestão de Processos).

Otimizar a transferência de documentos e Notas Fiscais entre a Policlínica e a OSS. Gerenciar os contratos com fornecedores da OSS. Neste sistema será cadastrado protocolos de documentos, de diversos departamentos, para o envio a outros departamentos, através de remessas. O destinatário receberá a remessa com os documentos e informações anexadas. O protocolo pode conter um protocolo de referência, chamado de protocolo pai, ou um contrato.

INÍCIO DO SISTEMA DE PROTOCOLOS E CONTRATOS

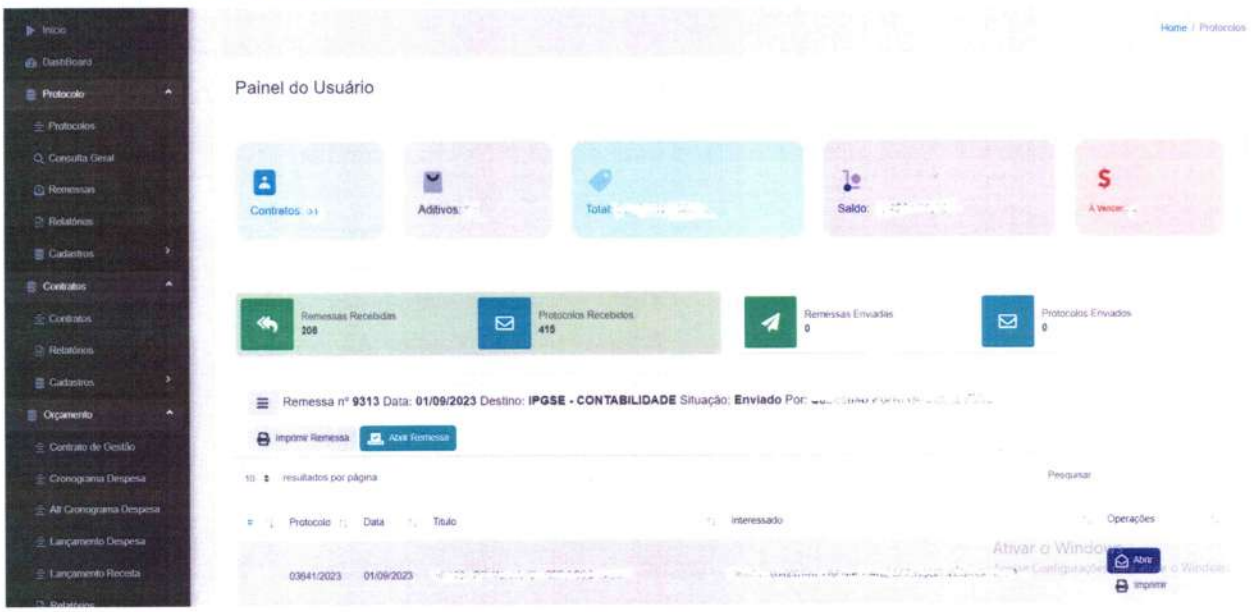


Figura 127 - Tela de início do Sistema de Protocolos e Contratos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CADASTRO DE PROTOCOLOS



Figura 128 - Tela de cadastro de protocolos

CADASTRO DE CONTRATOS

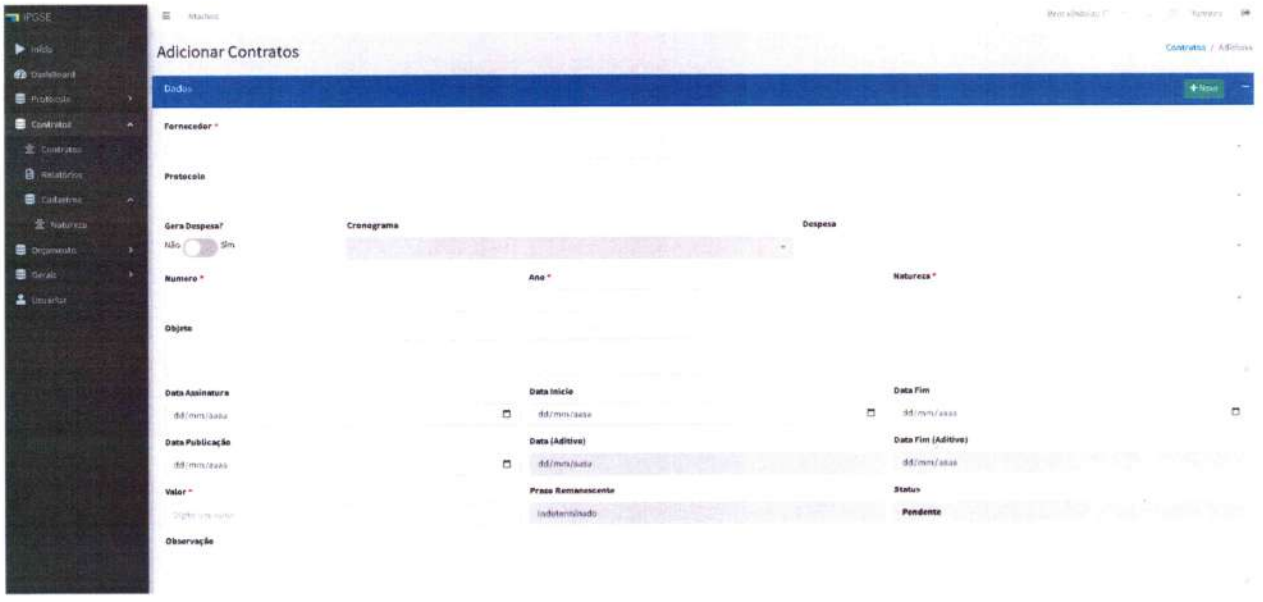


Figura 129 - Tela de cadastro de contratos

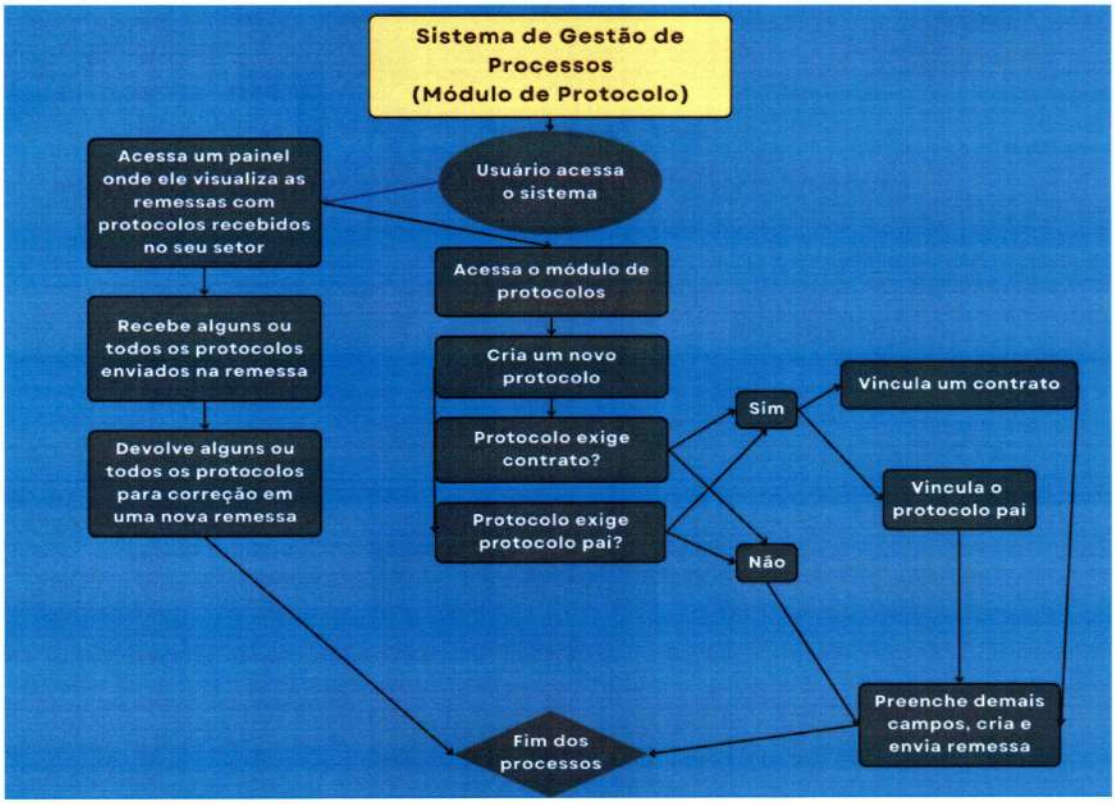


Figura 130 – Fluxograma de criação envio e recebimento de protocolos

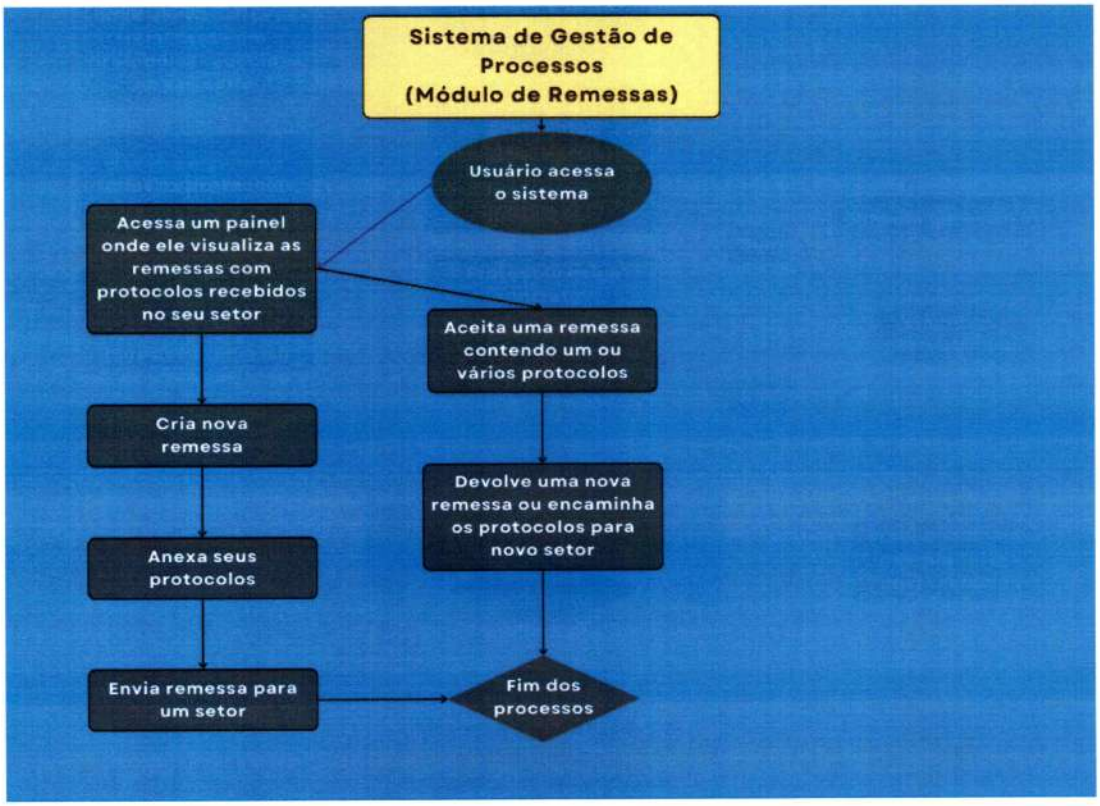


Figura 131 – Fluxograma de criação, devolução e recebimento de remessas

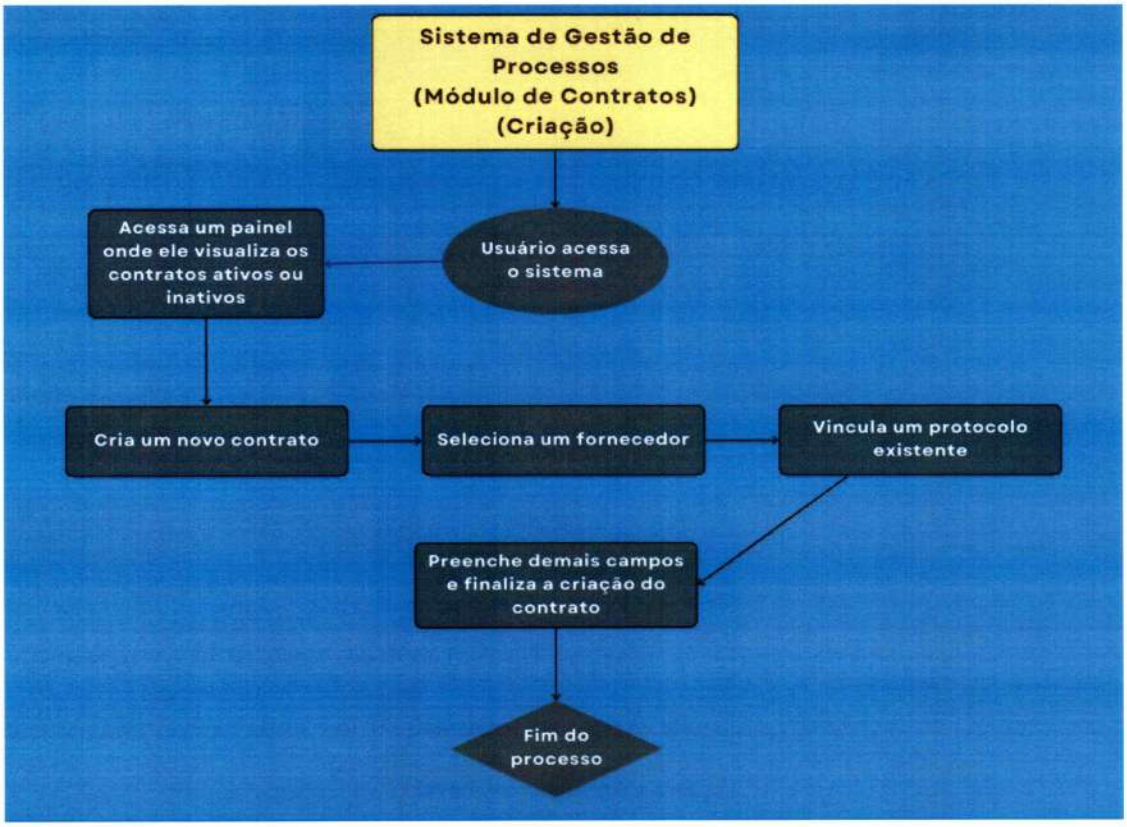


Figura 132 – Fluxograma de criação de contratos

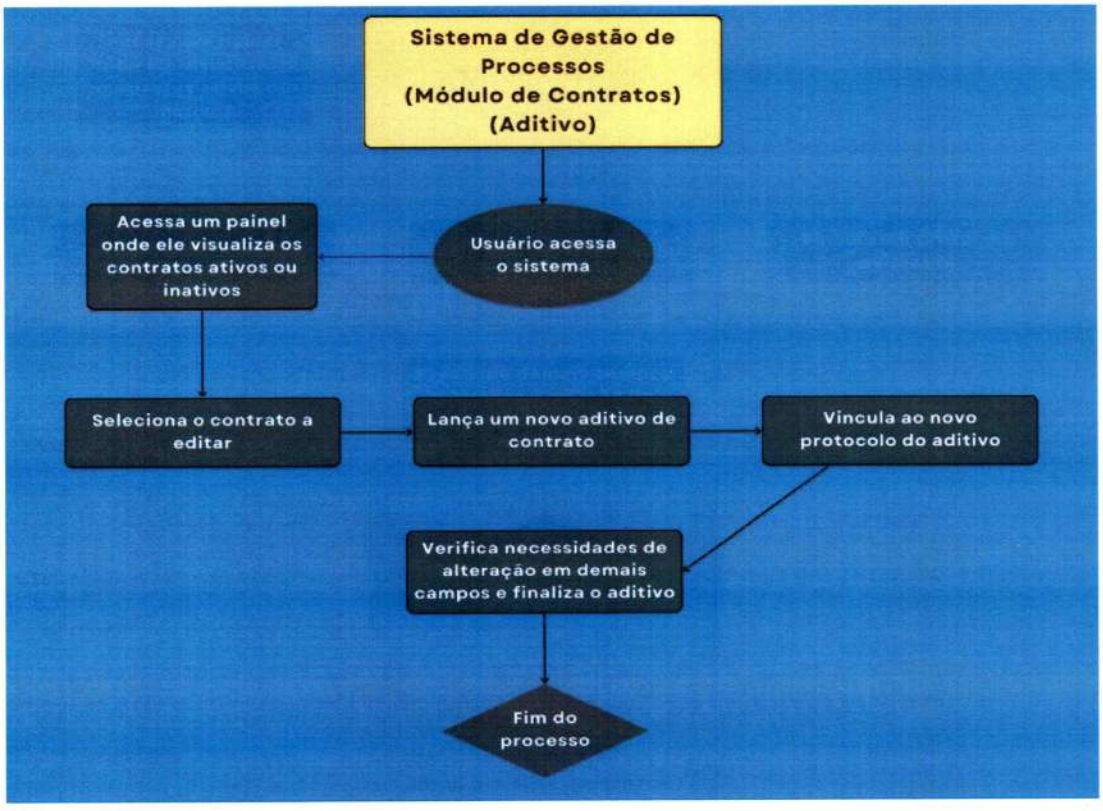


Figura 133 – Fluxograma de aditivos de contratos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

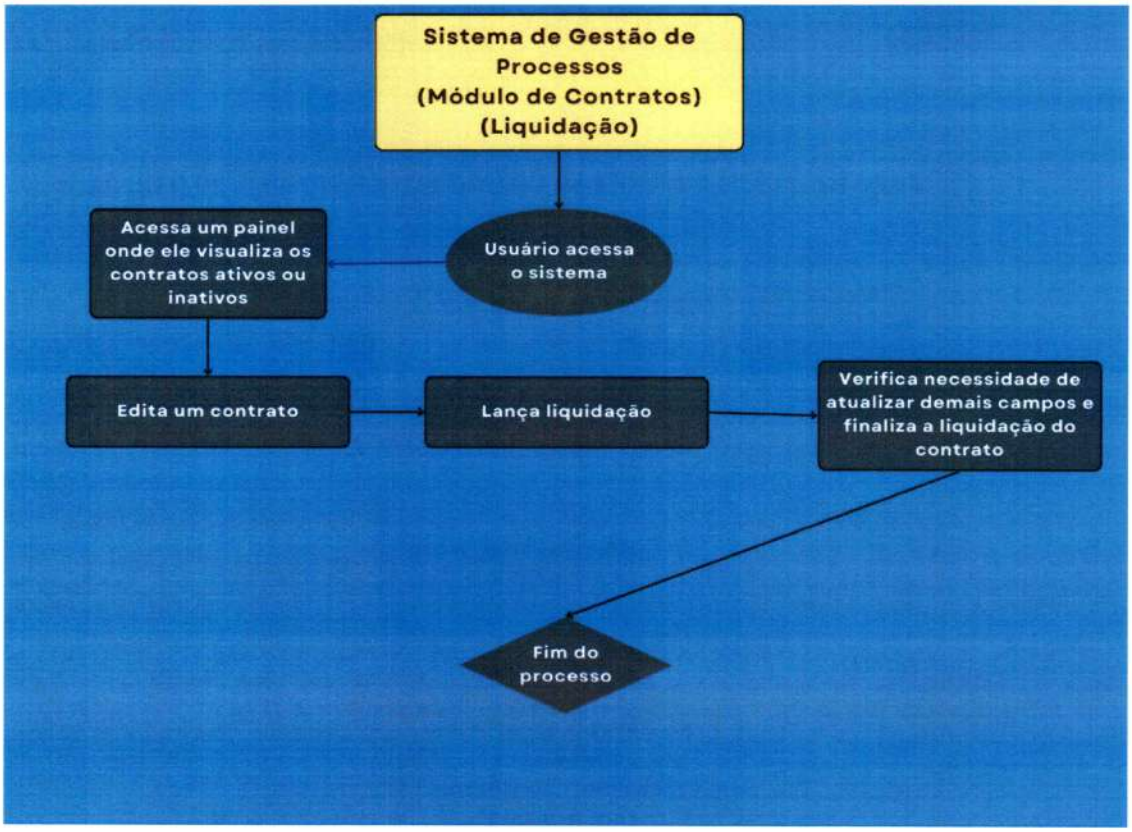


Figura 134 – Fluxograma de liquidação de contratos

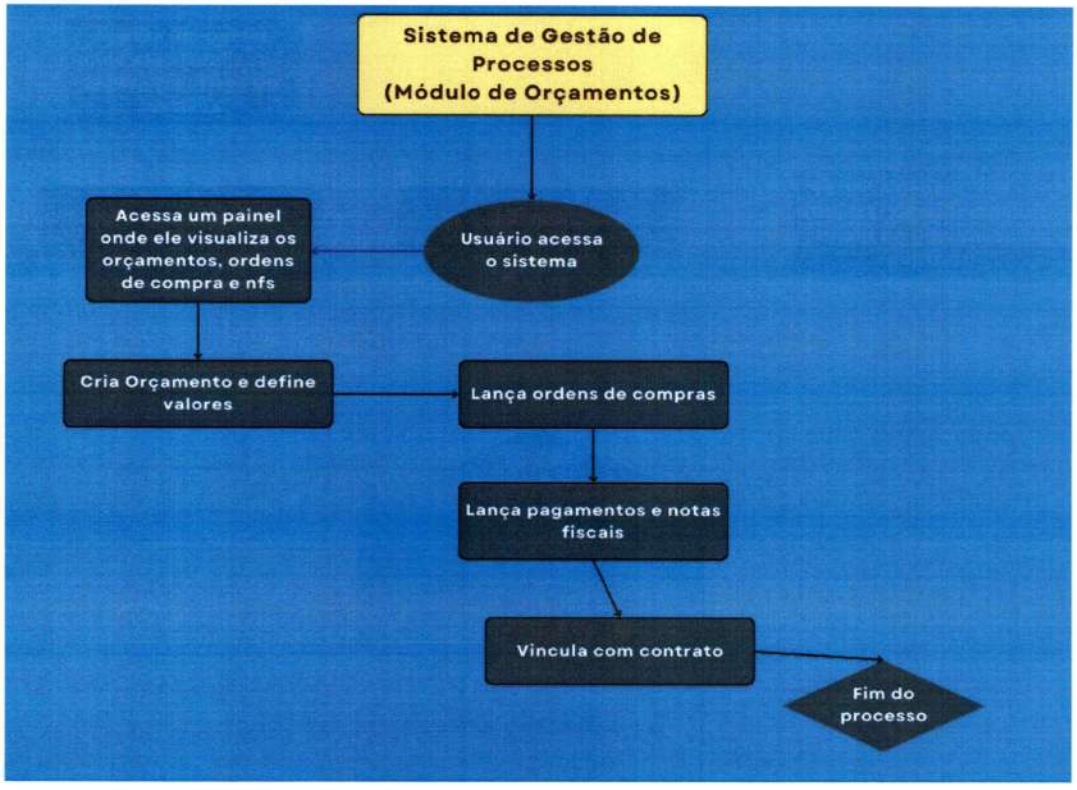


Figura 135 – Fluxograma de criação de orçamentos, lançamento de nfs e ordens de compra

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Instalação de sistema Web Apache, PHP 7 ou 8, banco de dados Mysql. Em ambiente Linux ou Windows. Pode ser em servidor compartilhado	Equipe de T.I da unidade	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Implantação das páginas web e banco de dados. Configuração de host no apache	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Cadastrar usuários, departamentos, tipos de documentos, fornecedores, entre outros	Equipe de T.I da unidade	Conforme demanda	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Parametrizações do sistema	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Treinamento	Equipe de T.I da unidade	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	

Tabela 20 - Implantação de Sistema de Protocolos

SISTEMA PACS

Sistema de armazenamento e comunicação de imagens médicas que permite o compartilhamento de arquivos entre clínicas e hospitais. O PACS é uma ferramenta que:

Simplifica o compartilhamento de arquivos de pacientes

Arquiva os conteúdos de maneira segura e padronizada na nuvem

Otimiza o fluxo de trabalho nas unidades de saúde

Permite o acesso de exames de imagem de maneira organizada, segura e remota

Elimina a necessidade de arquivar, recuperar ou transportar manualmente filmes radiológicos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br



Figura 136 - Tela Epacs

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Instalação de Sistema Operacional Windows (Comum ou Server)	Equipe de T.I da unidade	10 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Configuração de IP Manualmente	Empresa de Software	10 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Instalar programa do EPACS e seus plugins como o Worklist	Empresa de Software	Conforme demanda	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Importar exames do sistema legado	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Configurar Epacs em cloud onde receberá os exames e serão feitos os laudos.	Equipe de T.I da unidade	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Criar usuários	Equipe de T.I da unidade	10 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Treinamento	Equipe de T.I da unidade	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	

Tabela 21 - Implantação de Sistema de Epacs

Automatiza tarefas de chamados de transportes com maqueiros, para garantir que pacientes sejam movidos entre os quartos e departamentos clínicos em tempo hábil.

Garante que pacientes sejam movidos entre os quartos e departamentos clínicos em tempo hábil.

Evita conflitos de transportes entre maqueiros.

Coordena múltiplos transportes minimizando o tempo de transporte de pacientes, materiais, documentos entre outros.

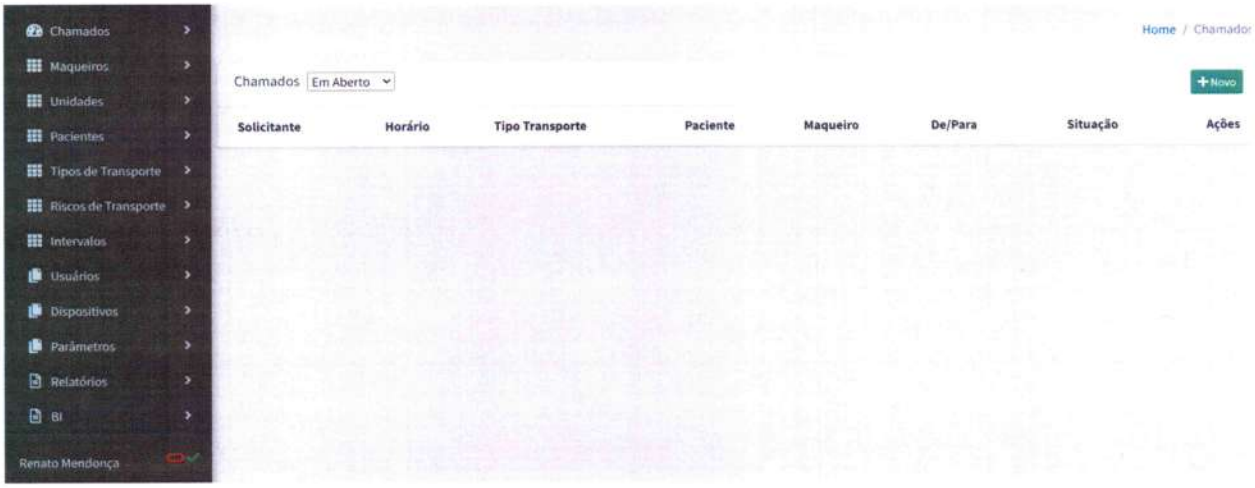


Figura 137 - Tela Sistema de Maqueiros



Figura 138 - Tela Sistema de Maqueiros – Cadastros

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

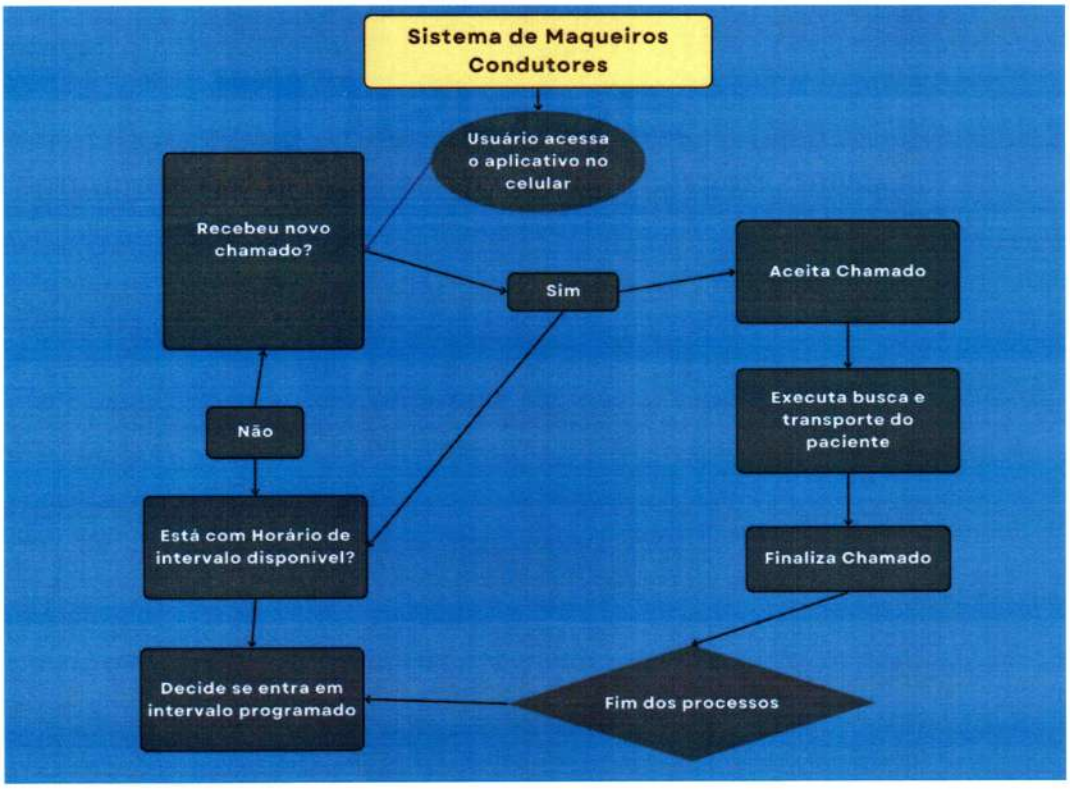


Figura 139 – Fluxograma do sistema de maqueiros (Condutores)

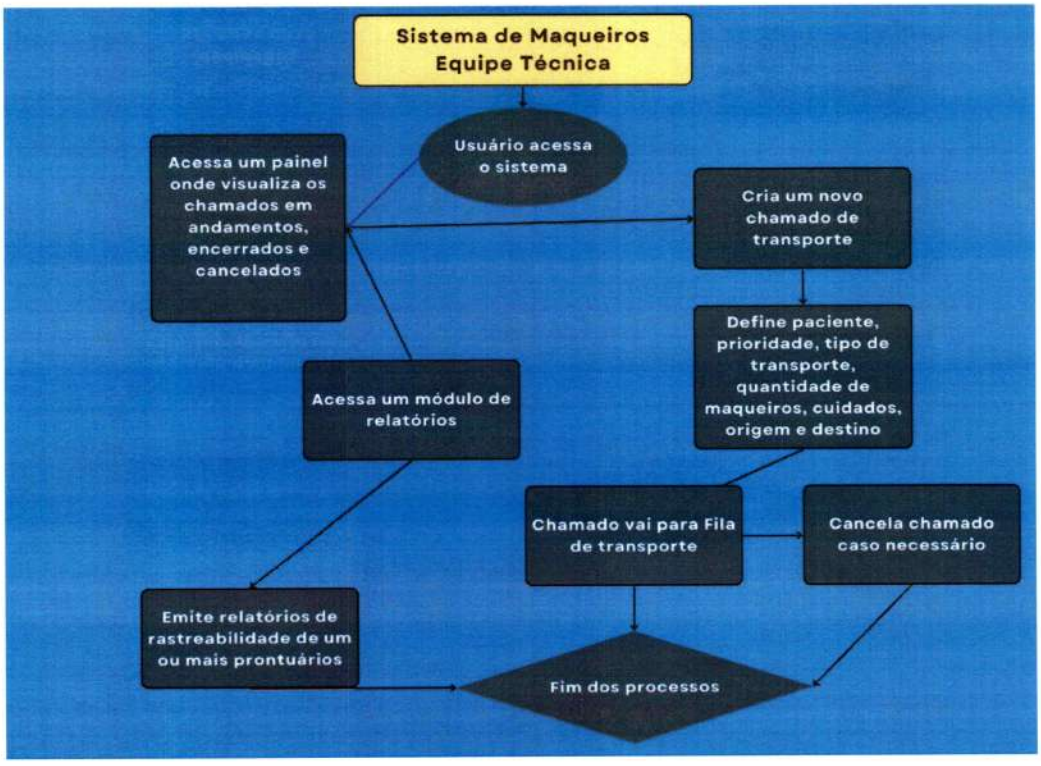


Figura 140 – Fluxograma do sistema de maqueiros (Equipe Técnica)

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Instalação de sistema Web Apache, PHP 7 ou 8, banco de dados Mysql. Em ambiente Linux ou Windows. Pode ser em servidor compartilhado	Equipe de T.I da unidade	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Implantação das páginas web e banco de dados. Configuração de host no apache. Configurações extras dependendo se os celulares dos maqueiros usarão Wi-fi da instituição, ou 4G	Empresa de Software	10 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Criar usuários para gerenciadores e maqueiros	Equipe de T.I da unidade	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Parametrizações do sistema	Empresa de Software	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Instalar aplicativos nos celulares disponibilizados pela instituição para os maqueiros.	Empresa de Software	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Imprimir e colocar os QR-Codes de cada quarto e departamento, para acompanhar o trajeto dos maqueiros, com a leitura dos QR-Codes na origem e destino do transporte (Opcional).	Equipe de T.I da unidade	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Treinamento	Equipe de T.I da unidade	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	

Tabela 22 - Implantação de Sistema de Maqueiros

SISTEMA INTRANET

O Sistema Intranet do IPGSE foi projetado para promover maior integração e acesso às informações pelos colaboradores. A seguir, são descritos tecnicamente os componentes e funcionalidades que integrarão o sistema.

Centralização de informações. Todos os documentos, guias e outros arquivos importantes da empresa ficam reunidos em um único lugar, facilitando o acesso e reduzindo o tempo gasto em buscas.

Colaboração em tempo real. Ferramentas de edição colaborativa e chat permitem que equipes atuem juntas em projetos, agilizando a tomada de decisões.

Comunicação eficiente. Notícias, anúncios e fóruns internos garantem que todos os colaboradores estejam sempre informados sobre as novidades da empresa, criando um senso de comunidade.

Aumento da produtividade. A automatização de processos e o fácil acesso a informações permite que os funcionários se concentrem em tarefas mais estratégicas.

Personalização. A Intranet pode ser personalizada para atender às necessidades específicas de cada departamento, oferecendo uma experiência mais completa aos usuários



Figura 141 – Imagem da página inicial do sistema intranet

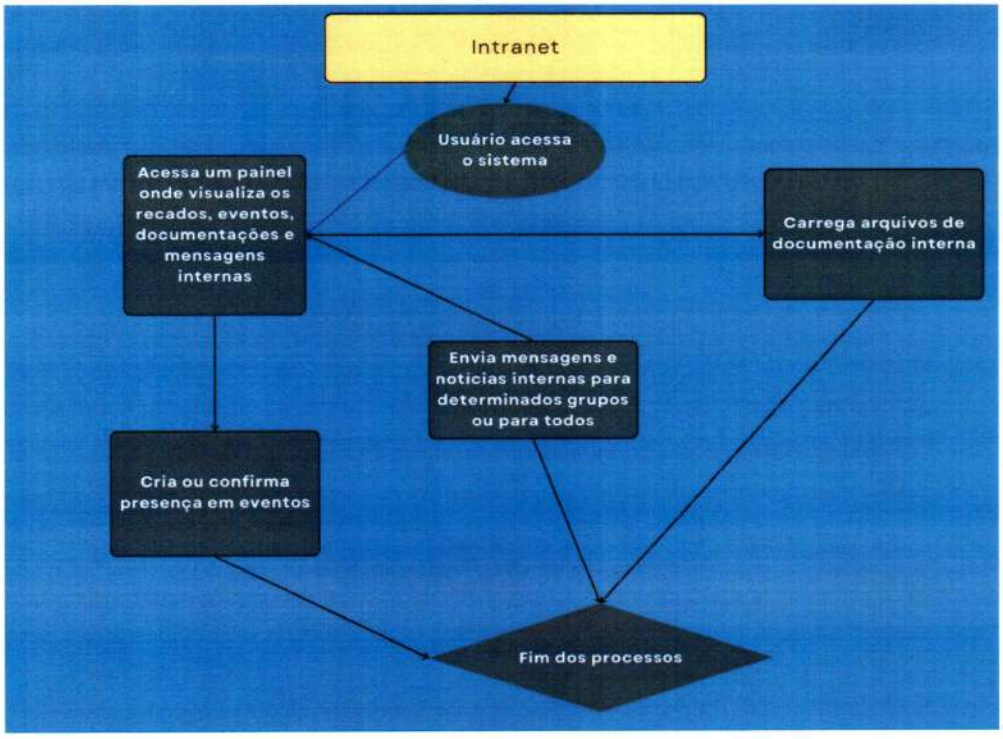


Figura 142 – Fluxograma do sistema intranet

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Instalação de sistema Web Apache, PHP 7 ou 8, banco de dados Mysql. Em ambiente Linux ou Windows. Pode ser em servidor compartilhado	Equipe de T.I da unidade	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Implantação das páginas web e banco de dados. Configuração de host no apache.	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Criar usuários	Equipe de T.I da unidade	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Parametrizações do sistema	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Configurar a intranet como página inicial nos computadores clientes	Equipe de T.I da unidade	5 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Treinamento	Equipe de T.I da unidade	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	

Tabela 23 - Implantação de Sistema Intranet

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

SISTEMA PAPERLESS IPGSE (SPI)

O Projeto Paperless do IPGSE visa digitalizar todos os processos administrativos que atualmente são realizados de forma manual ou impressa. Utilizando a plataforma easydoc e interfaceamento com o banco de dados da Empresa de certificação eletrônica Mundo Digital, todos os formulários institucionais serão preenchidos, assinados eletronicamente e gerenciados de maneira eficiente e segura. A integração com o Sistema Interact permitirá uma interface contínua para a gestão de documentos e processos administrativos.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Implantação de Sistema	Equipe de T.I da unidade	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Parametrizações do sistema	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Criar usuários	Equipe de T.I da unidade	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Instalar aparelhos para assinatura de modo digital	Equipe de T.I da unidade	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Treinamento	Empresa de Software	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Atualizações de segurança e melhorias serão realizadas em um prazo máximo de 60 dias após lançamento.	Empresa de Software	12 meses	Após assinatura do Termo de Colaboração	

Tabela 24 - Implantação de Sistema Paperless IPGSE

SERVIÇO EMAIL ZIMBRA COLLABORATION OPEN SOURCE

Um serviço de e-mail é um servidor de hospedagem que armazena e direciona as mensagens de um remetente para o destinatário.

RECURSOS DO ZIMBRA:

EMAIL: Método de comunicação digital que usa dispositivos eletrônicos para entrega de mensagens.

CALENDÁRIO E TAREFAS: Agendar reuniões e compromissos com sua equipe de maneira prática e intuitiva.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PORTA ARQUIVOS: Compartilhe arquivos com outros usuários através de links de acesso controlado

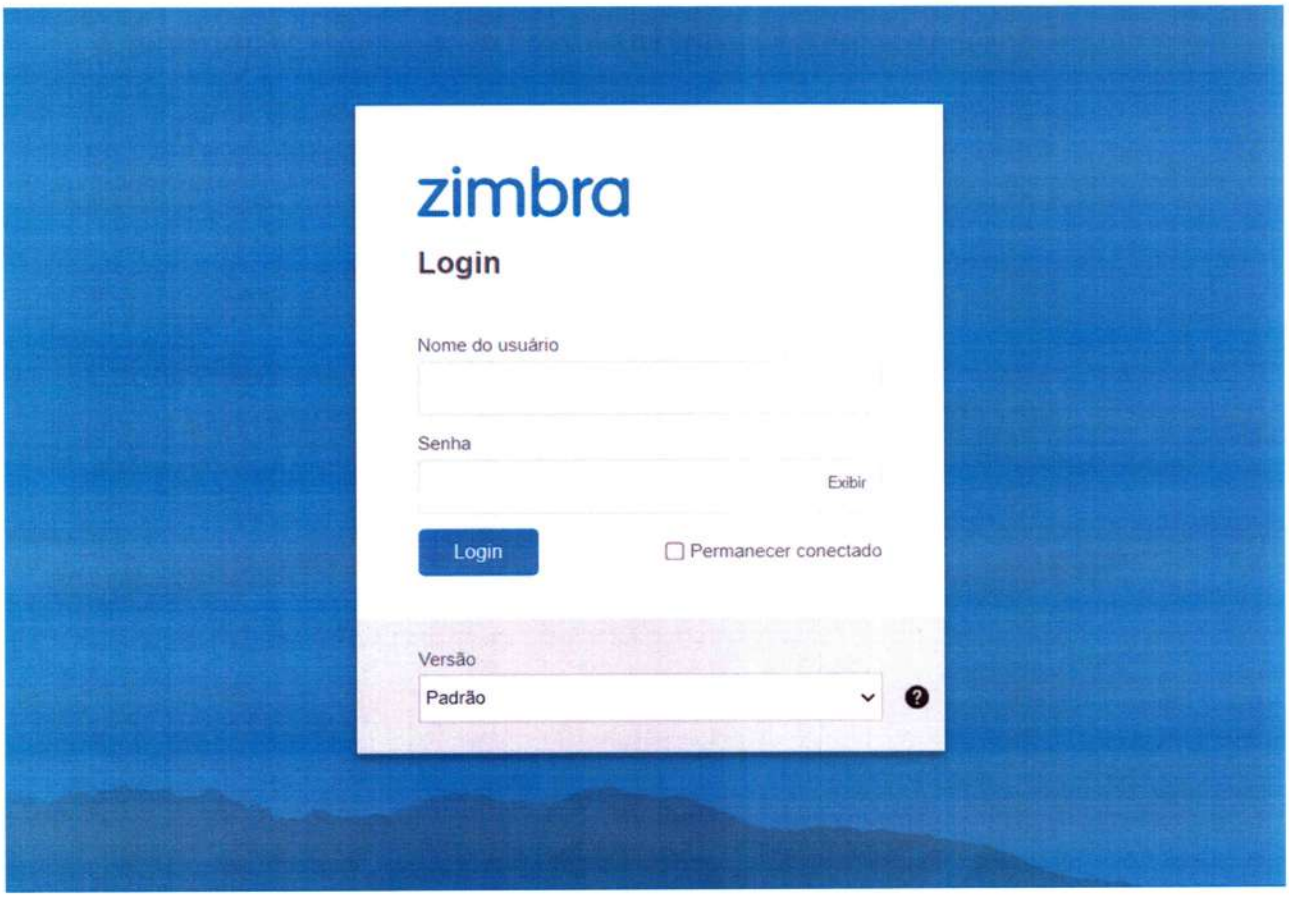


Figura 143 - Tela de Login da Suite do Zimbra

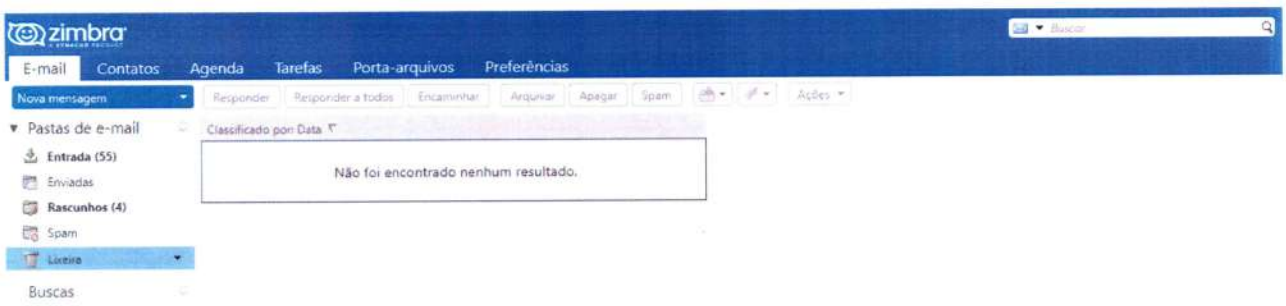


Figura 144 - Tela de início da Suite do Zimbra

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Instalar Sistema Operacional Linux Ubuntu Server 20.04	Prestadora de Serviços	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Instalar DNS e Zimbra 10 Open Source	Prestadora de Serviços	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Configurações de DNS, SPF, DMARC, DKIM, no domínio da Policlínica	Prestadora de Serviços	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Parametrizar configurações e domínios no Zimbra	Prestadora de Serviços	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Criar e-mails, apelidos e listas de distribuição	Equipe de T.I da unidade	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Importar mensagens e senhas caso a instituição tenha um e-mail legado	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Configurar políticas de anti-spam	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Treinamento	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Atualizações de segurança e melhorias serão realizadas em um prazo máximo de 60 dias após lançamento	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Visitas in-loco 3 vezes ao mês para conferências sobre segurança em acessos com suporte remoto.	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	

Tabela 25 - Implantação de Sistema de E-mails

SERVIÇO FIREWALL PFSENSE OPEN SOURCE

Um firewall é um sistema de segurança que monitora e controla o tráfego de uma rede, permitindo ou bloqueando o acesso a ela de acordo com um conjunto de regras. O objetivo é impedir que atividades mal-intencionadas sejam realizadas, como invasões de rede ou acesso não autorizado a informações privadas, abaixo os recursos disponíveis:

DHCP, DNS, NAT, IPv4 e IPv6

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Proxy de acesso web com antivírus

Autenticação Multifator

IPS e IDS

Captive Portal

Interface de gerenciamento Web e Dashboard

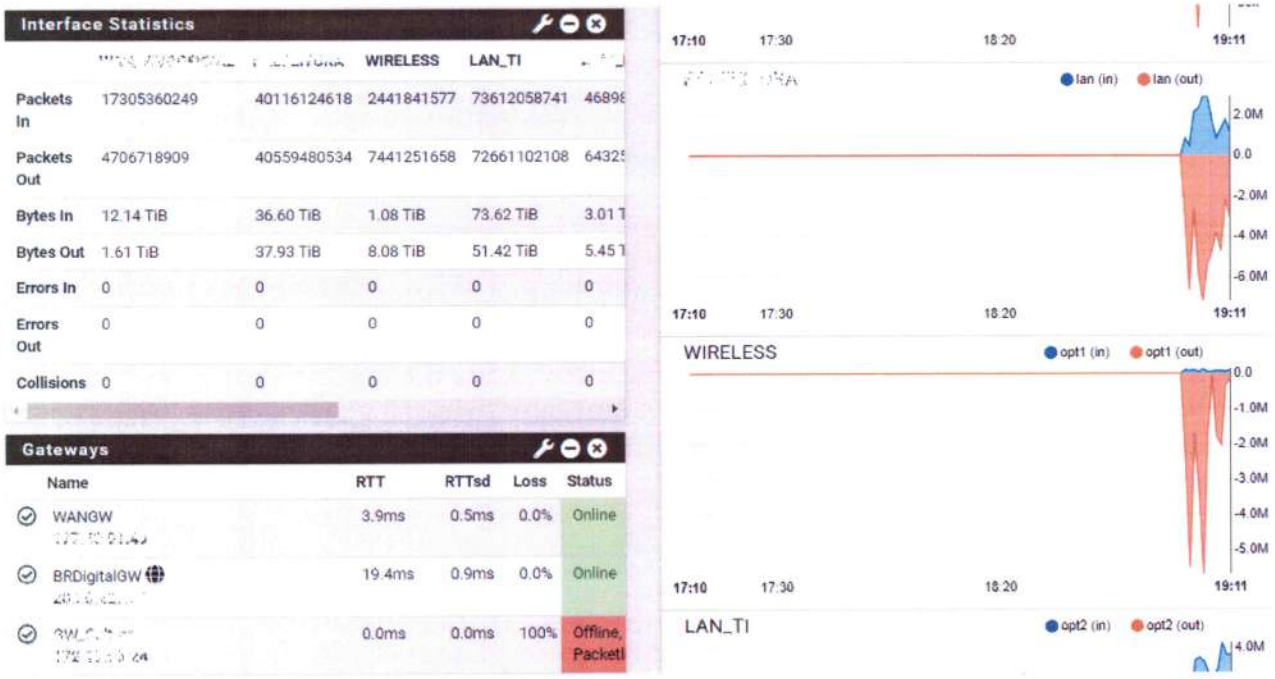


Figura 145 – Interface Sistema de Firewall

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

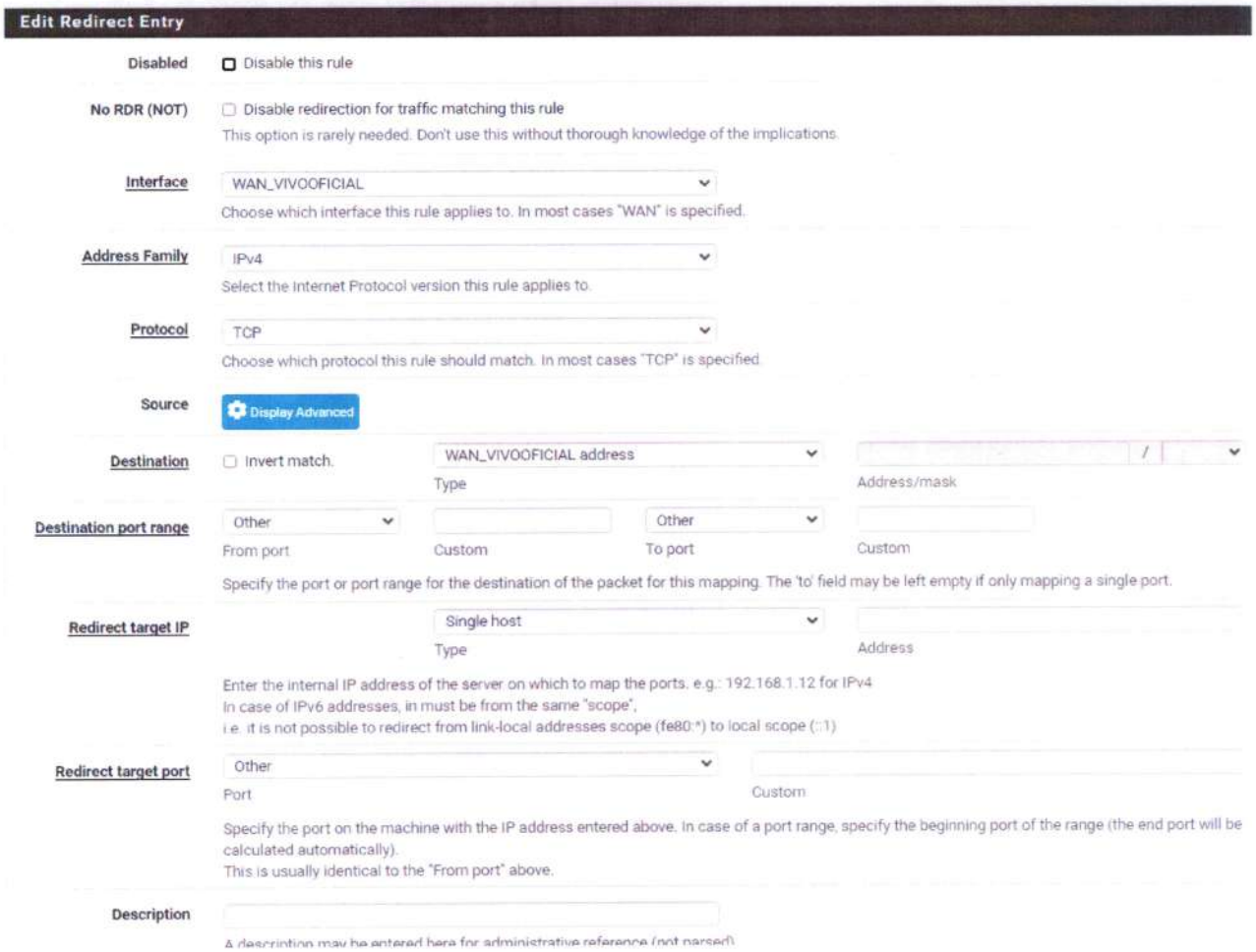


Figura 146 – Interface de Configuração do Sistema de Firewall

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Instalar Sistema Operacional PFSense	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Configurar placas de rede e seus Ips, ou PPOE, de acordo com a rede e necessidade da policlínica	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Configurar regras de saída, redirecionamentos, regras de acesso à web, DHCP	Empresa de Software	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Configurações de segurança como IDS, Captive Portal, Antivírus de acesso web	Empresa de Software	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Fail-over entre os links, para garantir redundância de conexão	Equipe de T.I da unidade	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Cadastrar usuários de acesso web, integrando com o servidor de e-mail ou de domínio.	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Configurar alertas de conexão e segurança	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Treinamento	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Atualizações de segurança e melhorias serão realizadas em um prazo máximo de 60 dias após lançamento	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Visitas in-loco 1 vez ao mês para conferências sobre segurança em acessos com suporte remoto	Empresa de Software	12 meses	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Atualizações de segurança e melhorias serão realizadas em um prazo máximo de 15 dias após lançamento	Empresa de Software	12 meses	Após assinatura do Termo de Colaboração	

Tabela 26 - Implantação de Sistema de Firewall

SERVIÇO NAC PACKETFENCE OPEN SOURCE

O controle de acesso à rede (NAC), também conhecido como controle de admissão de rede, é o processo de restringir usuários e dispositivos não autorizados de obter acesso a uma rede corporativa ou privada. O NAC garante que apenas usuários autenticados e dispositivos autorizados e em conformidade com as políticas de segurança possam entrar na rede.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

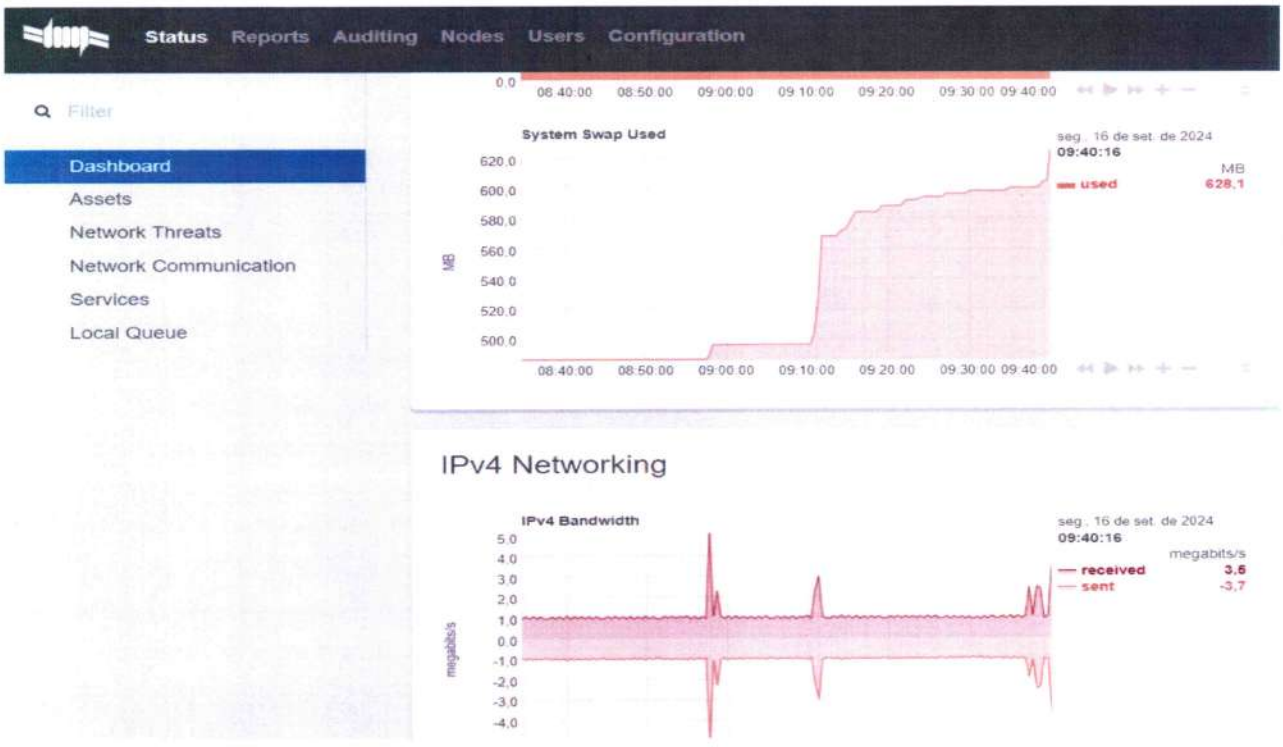


Figura 147 – Interface Sistema de Acesso a rede

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Instalar Sistema Operacional Debian com PacketFence	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Configurar DHCP, DNS, regras de rede e modos de autenticação	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Configurar alertas de segurança	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Treinamento e Documentação	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Atualizações de segurança e melhorias serão realizadas em um prazo máximo de 30 dias após lançamento	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Visitas in-loco 1 vez ao mês para conferências sobre segurança em acessos	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	

Tabela 27 - Implantação de Sistema de Controle de Acesso à Rede

SISTEMA DE MONITORAMENTO ZABBIX

Monitorar e alertar redes, equipamentos e serviços visando diminuir ao máximo qualquer paralisação de serviços tecnológicos da policlínica.

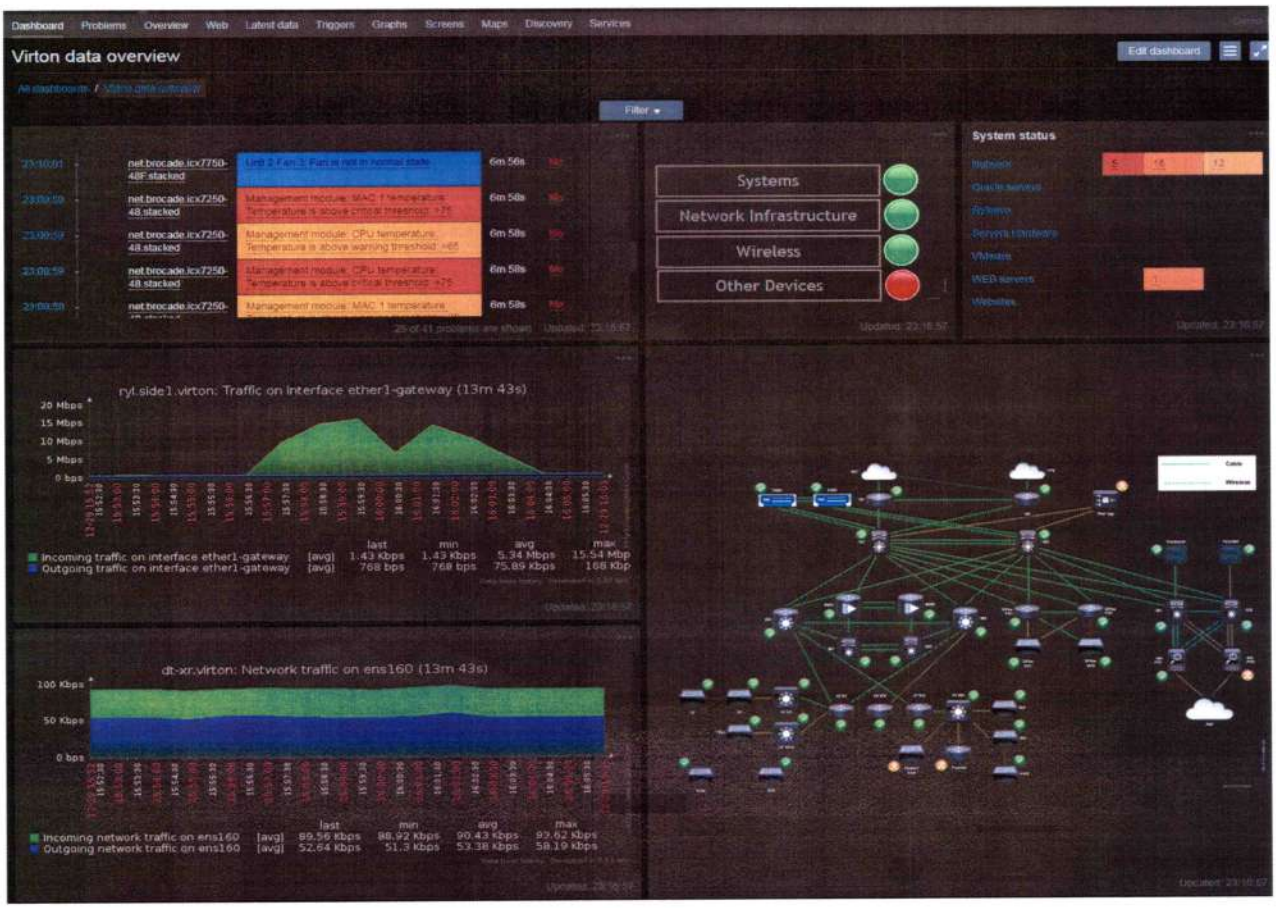


Figura 148 – Interface Sistema de Alerta de Possíveis Paralisações do Sistema

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Instalar Sistema Operacional Linux Debian 12	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Instalar Apache, PHP8 e banco de dados Mysql	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Configurações de proxy do Apache, pacotes extras necessários do PHP e do banco	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Instalar Zabbix 6 e configurar parâmetros e hosts	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Configurar alertas com envio pelo Telegram a e-mail	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Treinamento e Documentação	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Atualizações de segurança e melhorias serão realizadas em um prazo máximo de 60 dias após lançamento	Empresa de Software	12 meses	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Visitas in-loco 3 vezes ao mês para conferências sobre segurança em acessos com suporte remoto	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	

Tabela 28 - Implantação de Sistema de Controle de alerta de Redes

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

O Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) desempenha um papel crucial no gerenciamento de organizações de saúde, como a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, gerida pelo Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE). A implementação de um SGQ em hospitais visa garantir que os processos clínicos e administrativos sejam organizados de maneira eficiente, com foco na segurança do paciente, na qualidade do atendimento e na melhoria contínua dos serviços prestados.

No contexto da Policlínica, o Sistema de Gestão da Qualidade ajuda a assegurar que os serviços de saúde oferecidos atendam aos mais altos padrões de excelência, conforme as necessidades dos pacientes e das normas do setor. A gestão pelo IPGSE reforça a importância

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

de implementar um SGQ para otimizar os processos hospitalares, reduzir erros, garantir o uso eficiente de recursos e promover uma cultura de melhoria contínua e transparência no atendimento.

Os benefícios do SGQ para a Policlínica incluem:

MELHORIA NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO AO PACIENTE: Com processos padronizados e monitorados, a policlínica consegue oferecer um serviço de saúde mais seguro e eficaz, resultando em maior satisfação dos pacientes.

EFICIÊNCIA NA GESTÃO DE RECURSOS: Ao aplicar práticas de gestão da qualidade, a policlínica pode otimizar o uso de insumos, tempo e pessoal, garantindo que os recursos sejam utilizados de maneira mais eficiente.

REDUÇÃO DE ERROS E RISCOS: A padronização dos processos e o controle rigoroso da qualidade reduzem a incidência de falhas e riscos associados ao cuidado médico.

SUSTENTABILIDADE E INOVAÇÃO: O enfoque na melhoria contínua permite que a policlínica se adapte rapidamente às novas tecnologias e exigências do setor de saúde, mantendo-se competitiva e sustentável a longo prazo.

Assim, o SGQ, aliado à gestão especializada do IPGSE, contribui para que a policlínica alcance excelência no atendimento hospitalar, promovendo benefícios tanto para a instituição quanto para a comunidade atendida.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO				
Descrição	Responsável	Duração	Início	Término
Instalação de sistema em TomCat 7, e banco de dados Mysql. Em ambiente Windows	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Importar dados padrões para o banco	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Parametrizações do sistema	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Criar usuários e departamentos	Empresa de Software	1 dia	Após assinatura do Termo de Colaboração	
Treinamento e Documentação	Empresa de Software	2 dias	Após assinatura do Termo de Colaboração	

Tabela 29 - Implantação de Sistema de Gestão da Qualidade

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DESCRITIVO GERAL DE CUSTEIO E INVESTIMENTOS PARA SISTEMAS DE APOIO – TI POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS

Descrição	Modo de Acesso	Hardware Requerido	Valor (R$) de Implantação	Valor (R$) de Manutenção
SISTEMA DE CONTROLE DE ENTRADA	Navegador Web	Máquina física ou virtual | Processador Intel de 8ª geração ou processador AMD equivalente, com 4 núcleos ou mais | 4 GB de memória ram ou mais | 50 GB de espaço em disco ou mais	R$ 5.000,00	R$ 1.000,00
SISTEMA DE MOVIMENTAÇÃO DE PRONTUÁRIOS	Navegador Web	Máquina física ou virtual | Processador Intel de 8ª geração ou processador AMD equivalente, com 4 núcleos ou mais | 8 GB de memória ram ou mais | 500 GB de espaço em disco ou mais	R$ 3.000,00	R$ 1.200,00
SISTEMA DE PROTOCOLOS E CONTRATOS	Navegador Web	Máquina física ou virtual | Processador Intel de 8ª geração ou processador AMD equivalente, com 4 núcleos ou mais | 8 GB de memória ram ou mais | 500 GB de espaço em disco ou mais	R$ 3.000,00	R$ 1.500,00
SISTEMA EPACS	Navegador Web	Máquina física ou virtual (Servidor	-	R$ 90.000,00

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DESCRITIVO GERAL DE CUSTEIO E INVESTIMENTOS PARA SISTEMAS DE APOIO – TI POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS

Descrição	Modo de Acesso	Hardware Requerido	Valor (R$) de Implantação	Valor (R$) de Manutenção
		Dedicado) | Processador Intel de 8ª geração ou processador AMD equivalente, com 4 núcleos ou mais | 8 GB de memória ram ou mais | 1TB de espaço em disco ou mais		
SISTEMA DE MAQUEIROS	Navegador Web para gerenciamento e abertura de chamados. Aplicativo mobile para maqueiros	Máquina física ou virtual (Servidor Compartilhado) | Processador Intel de 8ª geração ou processador AMD equivalente, com 4 núcleos ou mais | 6 GB de memória ram ou mais | 100 GB de espaço em disco ou mais	R$ 6.000,00	R$ 500,00
SISTEMA DE MAQUEIROS	Software via App	4 Smartphones com Sistema Operacional Android 14 | Memória interna: 32 GB ou acima | Câmera traseira simples para leitura de QRCode Rede móvel: 4G/LTE Wi-fi: 802.11 a/b/g/n/ac | 2,4 GHz	Será requisitado Investimento junto a SES-GO	

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DESCRITIVO GERAL DE CUSTEIO E INVESTIMENTOS PARA SISTEMAS DE APOIO – TI POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS

Descrição	Modo de Acesso	Hardware Requerido	Valor (R$) de Implantação	Valor (R$) de Manutenção
		e 5 GHz | Alto-falantes Conector USB | Com GPS | Tensão/Voltagem: bivolt | Homologado na Anatel		
SISTEMA INTRANET	Navegador Web	Máquina física ou virtual (Servidor Compartilhado) | Processador Intel 8ª geração ou processador AMD equivalente, com 4 núcleos ou mais | 8 GB de memória ram ou mais | 100 GB de espaço em disco ou mais	R$ 2.000,00	R$ 500,00
SISTEMA PAPERLESS IPGSE (SPI)	Navegador Web e Aplicativo com autenticação de usuário e senha	Máquina física ou virtual (Servidor Compartilhado) | Processador Intel 8ª geração ou processador AMD equivalente, com 4 núcleos ou mais | 16 GB de memória ram ou mais | 200 GB de espaço em disco ou mais e aquisição de Equipamentos de	R$ 47.260,00	R$ 4.238,00

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DESCRITIVO GERAL DE CUSTEIO E INVESTIMENTOS PARA SISTEMAS DE APOIO – TI POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS

Descrição	Modo de Acesso	Hardware Requerido	Valor (R$) de Implantação	Valor (R$) de Manutenção
		Mesa Digitalizadora para os computadores do atendimento		
E-MAIL ZIMBRA	Navegador Web e SSH com autenticação	Máquina física ou virtual (Servidor Compartilhado) | Processador Intel 8ª geração ou processador AMD equivalente, com 4 núcleos ou mais | 8 GB de memória ram ou mais | 100 GB de espaço em disco ou mais	R$ 3.000,00	R$ 300,00
SISTEMA DE REGISTRO DE PONTOS	Software instalado	Máquina física ou virtual (Servidor Compartilhado) | Processador Intel 8ª geração ou processador AMD equivalente, com 4 núcleos ou mais | 8 GB de memória ram ou mais | 300 GB de espaço em disco ou mais	-	R$ 625,00
	Equipamento de Ponto	Locação de 4 Relógios de Ponto para a policlínica	-	R$ 1.200,00

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DESCRITIVO GERAL DE CUSTEIO E INVESTIMENTOS PARA SISTEMAS DE APOIO – TI POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS

Descrição	Modo de Acesso	Hardware Requerido	Valor (R$) de Implantação	Valor (R$) de Manutenção
SISTEMA DE FIREWALL	Navegador Web e SSH com autenticação	2 unidades (Ativo e Passivo) | Máquina física ou virtual (Servidor Dedicado) | Processador Intel 8ª geração ou processador AMD equivalente | 8 GB de memória ram ou mais 100 GB de espaço em disco ou mais | 3 placas de rede ou mais, 1 Gb/s	R$ 6.000,00	R$ 500,00
SISTEMA DE CONTROLE DE ACESSO À REDE	Navegador Web e SSH com autenticação	2 unidades (Ativo e Passivo) | Máquina física ou virtual (Servidor Dedicado) | Processador Intel 8ª geração ou processador AMD equivalente | 8 GB de memória ram ou mais 100 GB de espaço em disco ou mais | 3 placas de rede ou mais, 1 Gb/s	R$ 3.000,00	R$ 500,00
SISTEMA DE MONITORAMENTO E ALERTAS	Navegador Web	Máquina física ou virtual (Servidor Compartilhado) | Processador Intel 8ª geração ou processador AMD	R$ 2.000,00	-

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DESCRITIVO GERAL DE CUSTEIO E INVESTIMENTOS PARA SISTEMAS DE APOIO – TI POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS				
Descrição	Modo de Acesso	Hardware Requerido	Valor (R$) de Implantação	Valor (R$) de Manutenção
		equivalente, com 4 núcleos ou mais | 4 GB de memória ram ou mais | 100 GB de espaço em disco ou mais		
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	Navegador Web	Máquina física ou virtual (Servidor Compartilhado) | Processador Intel 8ª geração ou processador AMD equivalente, com 4 núcleos ou mais | 4 GB de memória ram ou mais | 500 GB de espaço em disco ou mais	R$ 20.250,00	R$ 4.790,00
Total:			R$ 100.510,00	R$ 106.853,00

Tabela 30 - Custeios e Investimentos para Sistemas de Apoio

Tanto os custos relacionados à aquisição de equipamentos quanto os investimentos em Sistemas de Apoio na Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis, poderão ser financiados por meio de aportes junto à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), além de recursos provenientes de repasses de custeio. A implantação dessas tecnologias será realizada de forma gradual, conforme a necessidade identificada durante a operação da unidade, assegurando que as soluções implementadas correspondam às demandas específicas da operação e ao crescimento contínuo da policlínica. Esse processo terá como prioridade garantir a eficiência e segurança no gerenciamento de dados, essenciais para um atendimento de qualidade.

Além disso, o Sistema de Gestão Hospitalar (SGH), fundamental para a modernização e o controle das operações hospitalares, será implantado por meio de investimentos a serem

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

definidos em conjunto com a SES-GO, visando atender as necessidades estratégicas da unidade. O foco será integrar ferramentas que otimizem os processos administrativos e clínicos, com o objetivo de proporcionar um ambiente de saúde mais eficiente, seguro e centrado no paciente.

1.1.2.5 Proposta para Regimento do Corpo Clínico.

Regimento do Corpo Clínico

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO
POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS

CAPÍTULO I
DAS FINALIDADES E DIRETRIZES

Art. 1º - A fim de atender a RESOLUÇÃO CFM nº 1.481/1997 que dispõe sobre o Regimento Interno do Corpo Clínico das Entidades Prestadoras de Assistência Médica, o Regimento interno do Corpo Clínico da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS, visa assegurar condições de relacionamento harmonioso entre a Instituição e profissionais, objetivando a melhoria da assistência prestada à saúde da população. Os membros deverão estar devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás e credenciados nesta Instituição na incumbência de prestar assistência aos pacientes, gozando de autonomia profissional, técnica, científica e cultural respeitadas as disposições do presente documento.

Art. 2º - Estabelecer normas para o Corpo Clínico da Unidade devendo ser seguido por todo e qualquer Médico que utilize as instalações da Policlínica.

Art. 3º - Aplica-se a todo o Corpo Clínico da Policlínica.

CAPÍTULO II
DOS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 4º - O Regimento do Corpo Clínico da Policlínica tem por objetivo contribuir para o bom desempenho profissional dos Médicos, assegurar a melhor assistência aos pacientes atendidos na Policlínica, colaborar para o aperfeiçoamento dos Médicos e do pessoal técnico, estimular a pesquisa médica, cooperar com a administração visando a melhoria da assistência prestada e estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Art. 5º - A Policlínica é uma Unidade pertencente à Rede Estadual de Saúde de Goiás, de natureza pública e gerida pelo Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE em contrato firmado com a Secretaria do Estado da Saúde de Goiás.

Art. 6º - A Policlínica tem como princípio a prestação de assistência à saúde pública, estando sua estrutura disponibilizada para o exercício da atividade médica assistencial.

Art. 7º - Os Médicos pertencentes ao Corpo Clínico da Policlínica têm o dever de prestar assistência ao seu paciente sem distinção de qualquer natureza, agindo com o máximo de zelo e capacidade profissional, em concordância com o Código de Ética Médica.

CAPÍTULO III
DO CORPO CLÍNICO

Art. 8º - O Corpo Clínico da Policlínica é composto por todos os Médicos que nele trabalham, segundo as normas estabelecidas neste Regimento Interno.

Art. 9º - Os Médicos do Corpo Clínico da Policlínica serão contratados via Contrato de Prestação de Serviço.

Art. 10º - A admissão de novos membros para o Corpo Clínico da Policlínica constitui prerrogativa da administração e/ou da Diretoria Técnica da Instituição, através de critérios previamente estabelecidos pela Diretoria do IPGSE e Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES-GO.

CAPÍTULO IV
DA ORGANIZAÇÃO DO CORPO CLÍNICO

Art. 11º - Os Médicos que compõem o Corpo Clínico da Policlínica se organizam nas seguintes Especialidades para atendimento ambulatorial dispostas abaixo:

I. Atendimento Ambulatorial:
   a) Anestesiologia;
   b) Angiologia/Cirurgia Vascular
   c) Cardiologia;
   d) Coloproctologia;
   e) Clínico Geral – linha do cuidado;
   f) Dermatologia;
   g) Endocrinologia;
   h) Gastroenterologia;
   i) Ginecologia;
   j) Hematologia;
   k) Infectologia;
   l) Mastologia;
   m) Nefrologia;
   n) Neurologia;
   o) Obstetrícia (pré-natal de alto risco);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

p) Oftalmologia;
q) Ortopedia/Traumatologia;
r) Otorrinolaringologia;
s) Pediatria;
t) Pneumologia;
u) Psiquiatria;
v) Reumatologia;
w) Urologia.

Art. 12º - O Corpo Clínico da Policlínica será coordenado pelo Coordenador de Especialidades da Unidade, trabalhando em parceria com o Diretor Técnico.

Art. 13º - O Diretor Técnico e o Coordenador de Especialidades serão escolhidos livremente pela administração da Policlínica, preferencialmente, entre os Membros do Corpo Clínico.

Parágrafo Único - O Coordenador de Especialidades reportará à Diretoria Técnica para assuntos assistenciais.

CAPÍTULO V
DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DA DIRETORIA TÉCNICA E COORDENAÇÃO DE ESPECIALIDADES

SEÇÃO I
DAS COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA TÉCNICA E COORDENAÇÃO DE ESPECIALIDADES

Art. 14º - Compete a Diretoria Técnica e Coordenação de Especialidades:

I - Representar o Corpo Clínico em todos os assuntos que sejam julgados de interesse dos membros do Corpo Clínico, comparecendo às reuniões da Diretoria Administrativa sempre que for convocado.

II - Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Policlínica estimulando em cada um de seus membros o espírito de trabalho em equipe, o respeito ao paciente, os princípios que norteiam a moral e a ética médica e o espírito científico, observando as orientações emanadas dos órgãos fiscalizadores da prática médica e em harmonia com as determinações da Diretoria Executiva.

III - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina ao assumir e deixar o cargo em caráter definitivo.

IV - Enviar ao Conselho Regional de Medicina, após sua nomeação a cópia da ata de eleição da Comissão de Ética Médica.

V - Convocar e presidir as Assembleias Gerais do Corpo Clínico com a devida antecedência, definindo a pauta sobre a qual se deliberará.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

VI - Convocar as eleições para Comissão de Ética Médica ao final de seu mandato, obedecendo aos prazos legais.

VII - Zelar pelo fiel cumprimento deste Regimento, bem como por fazê-lo conhecer a todos os Médicos do Corpo Clínico, preservando o bom conceito da Instituição.

VIII - supervisionar a execução das atividades médicas, acompanhando os trabalhos de cada Especialidade, com vistas à prestação da melhor assistência aos pacientes.

IX - Assessorar o Diretor Administrativo em assuntos relacionados ao Corpo Clínico

X - Zelar pelo Corpo Clínico, garantindo sua autonomia profissional, promovendo o sentimento de responsabilidade e solidariedade entre seus membros.

XI - Assessorar o Diretor Administrativo no planejamento, organização e direção dos atendimentos ambulatoriais, de diagnóstico e tratamento existentes ou que porventura sejam criadas.

XII - Desenvolver, estimular e preservar, dentro dos preceitos éticos e de respeito pessoal e profissional o relacionamento entre os Médicos, entre Médicos e outros profissionais e destes com a Diretoria do Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE.

XIII - Estimular a participação de todos os membros nos eventos científicos e de cunho administrativo organizados pela Policlínica, com vistas ao aperfeiçoamento técnico e administrativo.

XIV - Exercer a função de mediador em eventuais conflitos de posição entre membros do Corpo Clínico ou outros profissionais da área assistencial, buscando preservar a harmonia entre os profissionais que prestam assistência aos pacientes e entre estes e a estrutura técnico-administrativa, preservando postulados éticos, Médicos e morais.

XV - Desenvolver entre os Médicos membros do Corpo Clínico o espírito de crítica, estimulando estudo, participação em atividades didáticas e de pesquisa, devidamente conduzidas dentro dos preceitos morais, éticos e legais, apoiando e colaborando com as iniciativas do centro de estudos.

XVI - Apresentar ao Corpo Clínico em Assembleia Geral ou votação plebiscitária, opções definidas para assuntos polêmicos e de interesse geral.

XVII - Tomar as providências cabíveis para que todo paciente tenha seu Médico assistente e por ele seja efetivamente acompanhado em todo período de acompanhamento na Policlínica.

SEÇÃO II
DAS ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR MÉDICO DE ESPECIALIDADES

Art. 15º - São atribuições do Coordenador Médico de Especialidades:

I. Coordenar e gerenciar as atividades do Corpo Clínico;

II. Organizar as escalas de plantão, as escalas de férias e promover as substituições em sua área de responsabilidade, dando ciência ao Diretor Técnico;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

III. Estabelecer as escalas de atendimento aos pacientes agendados entre os membros de cada Especialidade;

IV. Gerenciar a elaboração das rotinas e dos protocolos de atendimento Médico;

V. Promover reuniões administrativas, assistenciais e científicas de forma regular e periódica com o objetivo de melhor organizar os trabalhos e estimular o conhecimento científico.

Art. 16º - O Médico, quando investido em função de Diretor, Coordenador, ou outro cargo de chefia, deve pautar-se pelos princípios éticos de respeito, consideração e solidariedade para com os colegas, sempre buscando o interesse e bem-estar do paciente, sem, contudo, deixar de denunciar ao CRM atos que contrariem os postulados éticos.

Parágrafo Único - É dever do Diretor Técnico e Coordenador assegurar os direitos dos Médicos e condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

CAPÍTULO VI
DOS DEVERES E DIREITOS DOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO

Art. 17º - São deveres dos membros do Corpo Clínico:

I. Prestar atendimento Médico aos pacientes assistidos na Policlínica com ética, respeito e consideração, utilizando-se do melhor de seus conhecimentos, sempre pautado pelos princípios morais e da ética médica e pelos preceitos técnico-científicos em vigor;

II. Elaborar adequadamente os prontuários Médicos ou fichas de atendimento de todos os pacientes sob seus cuidados, realizando as evoluções e as prescrições dentro do sistema fornecido pela Policlínica, assinando e identificando-se como responsável pelo atendimento, tudo isso visando à elucidação do caso, a possibilidade de acompanhamento por outro Médico e o entendimento por parte dos demais profissionais de saúde da Instituição quando da participação destes no atendimento ao paciente, conforme estabelecido em resolução específica do CFM;

III. Assumir a responsabilidade pelos atos praticados quando do exercício da atividade médica na Instituição;

IV. Orientar sua atividade profissional de acordo com o estabelecido pelo Código de Ética Médica, pelas resoluções do CFM e do CRM, por este Regimento Interno e pelas normas internas institucionais;

V. Aprimorar continuamente seus conhecimentos éticos e técnico-científicos com vistas ao benefício do paciente e ao seu crescimento profissional;

VI. Colaborar com os demais Médicos no atendimento ao paciente, no desenvolvimento das atividades e no aprimoramento ético e técnico-científico destes;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

VII. Respeitar e colaborar com os demais profissionais da Instituição, visando o aperfeiçoamento do atendimento ao paciente e a melhoria das condições de trabalho;

VIII. Acatar as orientações da Comissão de Revisão de Prontuário, conforme resolução do CFM;

IX. Acatar as determinações das demais Comissões em funcionamento na Policlínica;

X. Observar os horários estabelecidos para a realização dos atendimentos, conforme os regulamentos dos setores da Policlínica;

XI. Reassumir a responsabilidade pelo paciente para o qual solicitou avaliação de outro colega;

XII. Resguardar para si ou para o Diretor Técnico os comentários sobre condutas médicas dos membros do Corpo Clínico.

Art. 18º - São direitos dos membros do Corpo Clínico:

I. Frequentar as instalações da Policlínica e utilizar todos os recursos técnicos e os meios de diagnóstico e de tratamento disponíveis em benefício dos pacientes assistidos. O uso dos equipamentos e instrumentos destinados ao atendimento Médico e a prescrição de medicamentos poderão ter restrições de acordo com normas relativas à qualificação e treinamento dos membros do Corpo Clínico e ser limitados pela normatização dos Protocolos Assistenciais de cada Especialidade e pelos Protocolos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

II. Exercer sua atividade profissional com autonomia, isenta de interferência, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e normas existentes na Unidade e os protocolos clínicos implantados;

III. Participar das Assembleias Gerais do Corpo Clínico, votar e, conforme sua categoria, ser votado nas eleições;

IV. Comunicar aos órgãos diretivos, à Comissão de Ética Médica e, em última instância ao CRM, falhas na organização, nos meios, na execução e na normatização das atividades da assistência prestada aos pacientes na Instituição;

V. Participar das comissões permanentes e temporárias da Unidade;

VI. Recomendar à Direção Técnica e à Assembleia do Corpo Clínico a admissão de novos membros;

VII. Suspender as atividades médicas, individual ou coletivamente, quando a Instituição não oferecer condições adequadas para o exercício profissional, ressalvadas situações de Urgência e Emergência, devendo comunicar imediatamente ao Diretor Técnico e ao CRM;

VIII. Recorrer ao CRM quando se julgar prejudicado em decisões de qualquer natureza, internas ou externas a Policlínica;

IX. Ser suspenso ou excluído da Instituição somente após cumpridas as normas estabelecidas no capítulo VIII deste Regimento.

CAPÍTULO VII
DAS PENALIDADES

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 19º - O membro do Corpo Clínico que comete um ilícito no desempenho de suas atividades médicas poderá responder pelo ato nas instâncias civil, penal e administrativa. Essas responsabilidades possuem características próprias, sofrendo gradações de acordo com as situações que podem se apresentar, como condutas irregulares ou ilícitas no exercício das atividades funcionais. Dessa forma, havendo transgressão estabelecidas neste Regimento interno, serão aplicadas as penalidades previstas legalmente.

SEÇÃO I
DA RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA

Art. 20º - O processo das infrações obedecerá ao disposto neste Regimento Interno e no disposto pelo CFM, no que lhe for aplicável. Nesse sentido, o cometimento de infrações funcionais do membro do Corpo Clínico, por ação ou omissão praticada no desempenho do cargo ou função, gera a responsabilidade administrativa no âmbito desta Instituição.

Art. 21º - Será passível de punição o membro do Corpo Clínico que:

I. Descumprir as disposições do Código de Ética Médica;
II. Desrespeitar o presente Regimento;
III. Desrespeitar as Normas Técnicas da Unidade especialmente, as Diretrizes e Protocolos Clínicos;
IV. Desrespeitar qualquer colaborador, contratado terceirizado, paciente ou acompanhante nas dependências da Unidade. Violar o sigilo Médico trazendo danos, de qualquer natureza, a Unidade ou a paciente, salvo por disposição legal;
V. Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro Médico encarregado do atendimento de seus pacientes. (DO CAPÍTULO III DO ART. 8 0 CFM);
VI. Praticar atos que violem a imagem da Unidade;
VII. Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento (DO CAPÍTULO III DO ART 9 CFM);
VIII. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de Direção, os direitos dos Médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina (DO CAPÍTULO 111 ART. 19 CFM).

Art. 22º - Ao tomar conhecimento de falta praticada pelo membro do Corpo Clínico, cabe ao Diretor Técnico apurar o fato, aplicando a penalidade cabível por meio da assinatura de um termo de responsabilidade de conduta.

Art. 23º - As penas disciplinares aplicáveis pela Instituição aos membros do Corpo Clínico serão com base na Lei 3268/57, bem como o presente Regimento Interno, conforme dispõem:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

I. Advertência verbal ou escrita;
II. Suspensão temporária das atividades por até 30 (dias);
III. Exclusão do Corpo Clínico.

§ 1º. A imposição das penas dependerá da gravidade da infração.

§ 2º. A aplicação da pena de Advertência por três vezes sujeitará o Membro do Corpo Clínico à Suspensão.

§ 3º. Diante da gravidade dos fatos, a Administração da Policlínica deverá aplicar imediatamente a pena de suspensão, impossibilitando que o Membro do Corpo Clínico continue atuando na Unidade até o término da apuração dos fatos.

§ 4º. A depender da gravidade dos fatos, a Administração da Policlínica poderá aplicar a pena de Exclusão do Corpo Clínico.

Art. 24º - Casos omissos, não previstos no presente Regimento, relacionados às Normas Administrativas da Unidade serão dirimidos pela Diretoria Técnica e Administrativa.

Parágrafo único - Casos omissos, não previstos no presente Regimento, relacionados a aspectos éticos serão dirimidos pela Comissão de Ética Médica.

SEÇÃO II
DA RESPONSABILIDADE CIVIL

Art. 25º - Responde civilmente o membro do Corpo Clínico que causar danos ao paciente ou a Unidade decorrente da sua atividade profissional, regulamentado no Regimento interno e no Código Civil.

Art. 26º - A Responsabilidade Civil do Médico consiste no ressarcimento dos prejuízos causados ao paciente através de indenização pelo ato praticado. Dentre eles:

I. Causar dano ao paciente ou a Unidade, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência (DO CAPÍTULO 111 ART. 1 DO CFM).

Parágrafo único - A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida. O Código Civil ao tratar do assunto alude "Art. 951. O disposto nos Art. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho".

SEÇÃO I
DA RESPONSABILIDADE PENAL

Art. 27º - A responsabilidade penal do membro do Corpo Clínico decorre da prática de infrações penais e sujeita o Médico a responder a processo. A responsabilidade penal é decorrente das áreas do Direito Penal e Processual Penal, cuja aplicação da penalidade deve ser definida pelo

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Poder Judiciário nos casos de conduta dolosa ou culposa, sem possibilidade de haver hipóteses de responsabilidade objetiva.

Art. 28º - Cometerá crime o membro do Corpo Clínico que:

I. Apresentar informações falsas no ato do credenciamento (CRIME DE FALSIDADE IDEOLÓGICA ART. 299 CPB);

II. Violar o sigilo Médico trazendo danos, de qualquer natureza, a Policlínica ou ao paciente, salvo por disposição legal (CRIME DE VIOLAÇÃO DO SEGREDO PROFISSIONAL ART. 154 CPB);

III. Deixar o Médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória (CRIME DE OMISSÃO DE NOTIFICAÇÃO DE DOENÇA CONTAGIOSA ART. 269 CPB);

IV. Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de Médico, Dentista ou Farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites (CRIME DE EXERCICIO ILEGAL DA MEDICINA ART. 282 CPB);

V. Dar o Médico, no exercício da sua profissão, atestado falso (CRIME DE FALSIDADE DE ATESTADO MÉDICO DO ART. 302 DO CPB).

CAPÍTULO VIII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 29º - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo Diretor Técnico.

Art. 30º - Este Regimento passa a vigorar a partir de sua publicação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3.4 Implementação e Funcionamento de outros Serviços.

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

ESTRUTURA DO SERVIÇO

O Serviço Social da Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis, terá como principais atribuições atender, fazer a intermediação e orientar os pacientes, familiares e acompanhantes nas problemáticas sociais apresentadas e/ou identificadas.

Tem por finalidade o enfrentamento das expressões da questão social, com atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais, mediante estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços que efetivem o direito social à saúde.

O serviço será estruturado de modo a garantir a execução das suas atribuições e cumprimento das normas e rotinas estabelecidas para o serviço.

NORMAS E ROTINAS

DAS NORMAS

I. Em caso de ausência ao serviço, o colaborador deverá comunicar antecipadamente aos responsáveis pelo serviço o motivo impeditivo do seu não comparecimento ao trabalho, na falta da comunicação, pode ser penalizado com advertência e se reincidente com suspensão;
II. Em caso de doença e a consequente licença do empregado, esse será obrigado a entregar o atestado médico no prazo de 72 horas a partir da ausência, pessoalmente ou por meio eletrônico.
III. Os profissionais devem utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em cumprimento a NR-32, além de atender as orientações quanto a proibição do uso de adornos, sapatos fechados, unhas curtas e limpas, cabelos presos e demais normas estabelecidas pelo Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT; e /ou Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência á Saúde- SCIRAS.
IV. É vedado o recebimento de pagamentos de pacientes ou familiares, referente aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

V. É proibido o uso de qualquer informação relativa à Instituição em benefício próprio ou de terceiros.

VI. É vedada a violação do sigilo profissional e a exposição de imagens de pacientes e profissionais sem expressa autorização por escrito.

VII. É obrigatório o registro de "ponto".

VIII. Proteger informações confidenciais sobre os pacientes, incluindo diagnósticos, tratamentos, histórico médico, entre outros, devendo essas informações serem compartilhadas apenas entre os profissionais envolvidos diretamente no cuidado do paciente e somente quando necessário para a prestação adequada dos serviços de saúde;

IX. Garantir a antes de qualquer intervenção ou tratamento que os pacientes ou seus representantes legais recebam informações claras e compreensíveis sobre os procedimentos, riscos, benefícios e possíveis alternativas, sendo o consentimento informado um princípio ético crucial para garantir que os pacientes tenham autonomia na tomada de decisões relacionadas à sua saúde;

X. Evitar discussões sobre casos de pacientes fora do contexto clínico ou em ambientes inapropriados, sendo essa conduta caracterizada como violação da confidencialidade e prejudicial na relação de confiança entre a equipe e os pacientes;

XI. Garantir comunicação clara e objetiva entre os membros da equipe para evitar erros e garantir a segurança do paciente, mantendo registros precisos e compartilhando informações relevantes de maneira apropriada e segura.

DAS ROTINAS

I. Registrar em prontuário o atendimento social, documento utilizado para identificar e sistematizar informações relativas ao usuário e seu contexto social;

II. Realizar o a colhimento, procedimento inicial de coleta de dados pessoais e familiares realizado com o usuário, familiar e acompanhante, visando subsidiar a construção do estudo social e os encaminhamentos pertinentes a sua realidade. Também subsidia a análise de inserção nas frentes de trabalho, o recebimento de benefícios e o desencadeamento de um posterior acompanhamento social;

III. Acolher e orientar os usuários da unidade;

IV. Identificar a situação sociofamiliar (habitacional, trabalhista e previdenciária) dos usuários (pacientes e famílias) com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;

V. Prestar atendimento aos familiares, compreendendo que a família vivencia juntamente com o paciente seu processo de saúde e doença;

VI. Mediar conflitos, problemas sociais e outros;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

VII. Acionar transporte para usuários contra referenciados;

VIII. Acionar rede de apoio junto aos municípios (CRAS, CREAS, POLICIA, CONSELHO TUTELAR E OUTROS);

IX. Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

O Serviço Social é composto por profissionais que realizam atendimento aos usuários do projeto transexualizador, nos serviços ambulatoriais (pacientes, familiares e acompanhantes) e de Terapia Renal Substitutiva (TRS).

Os Assistentes Sociais participarão de rounds, discussões de casos, grupos e do planejamento de novas ações; possibilitando a construção de um trabalho multiprofissional.

HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

O Serviço Social não possui legislação específica que determina o quantitativo de profissionais atuantes, que é dimensionado conforme a demanda da unidade, respeitando a lei Nº 8.662 de 07 de Junho de 1993, complementada pela Lei Nº 12.317 de 26 de agosto de 2010 que estabelece a carga horária máxima de 30 horas semanais. Contará com colaboradores celetistas na carga horária **6 horas diárias, de segunda a sexta**, conforme tabela abaixo:

ÁREA DE ABRANGÊNCIA	FUNÇÃO	HORÁRIO	EQUIPE MÍNIMA
Conforme demanda	Assistente Social	07h ás 13h	01
	Assistente Social	13h ás 19h	01
TOTAL: 02			

Tabela 98 - Divisão de colaboradores do Serviço Social

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

Uma equipe multiprofissional reúne diferentes especialidades que, juntas, conseguem abordar as múltiplas dimensões da saúde do paciente. Isso permite que as necessidades físicas, emocionais e sociais sejam atendidas de forma mais eficaz.

A colaboração entre profissionais de diversas áreas — como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos — promove uma troca de conhecimentos e experiências que enriquece o atendimento. Isso resulta em diagnósticos mais precisos e planos de tratamento mais completos.

Equipes multiprofissionais desenvolvem programas de saúde e campanhas de prevenção, abordando fatores de risco de forma mais abrangente. A educação em saúde é mais efetiva quando diversos profissionais contribuem para a conscientização dos pacientes.

Além disso, a atuação de equipes multiprofissionais são fundamentais nas linhas do cuidado. Ao realizar uma avaliação holística, considerando aspectos físicos, emocionais e sociais da saúde do paciente, o resultado é um plano de cuidado individualizado que atende às necessidades específicas de cada um.

A equipe multiprofissional da policlínica é essencial para garantir um atendimento completo e eficaz. Essa abordagem não apenas melhora a qualidade do cuidado, mas também promove a saúde e o bem-estar dos pacientes, refletindo em uma comunidade mais saudável.

NORMAS GERAIS DA UNIDADE

De um modo geral, toda a equipe multiprofissional da unidade tem normas e deveres a serem cumpridos, conforme especificado abaixo:

I. A equipe multiprofissional deve apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando o crachá de identificação, a cédula de identidade profissional e carimbo, registrando em ponto eletrônico a entrada e saída da unidade;

II. Em caso de ausência ao serviço, o colaborador deverá comunicar antecipadamente aos responsáveis pelo serviço o motivo impeditivo do seu não comparecimento ao trabalho, na falta da comunicação, poderá ser penalizado com advertência e se reincidente com suspensão;

III. Em caso de doença e a consequente licença do colaborador, esse será obrigado a entregar o atestado médico no prazo de 72 horas a partir da ausência, pessoalmente ou por meio eletrônico;

IV. Os profissionais devem utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em cumprimento a NR-32/2005 do ministério do Trabalho, além de atender as orientações quanto a

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

proibição do uso de adornos, sapatos fechados, unhas curtas e limpas, cabelos presos e demais normas estabelecidas pelo Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (SCIRAS);

V. Participar dos programas de higiene e segurança do trabalho, prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais;

VI. Cumprir e seguir normas, regulamentos e rotinas da instituição;

VII. Atuar na prevenção e controle sistemáticos de infecções em seu local de atuação;

VIII. Atender e fazer valer todos os protocolos de segurança do paciente;

IX. É vedado o recebimento de pagamentos de pacientes ou familiares, referente aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho;

X. É proibido o uso de qualquer informação relativa à Instituição em benefício próprio ou de terceiros;

XI. É vedada a violação do sigilo profissional e a exposição de imagens de pacientes e profissionais sem expressa autorização por escrito;

XII. Proteger informações confidenciais sobre os pacientes, incluindo diagnósticos, tratamentos, histórico médico, entre outros, devendo essas informações serem compartilhadas apenas entre os profissionais envolvidos diretamente no cuidado do paciente e somente quando necessário para a prestação adequada dos serviços de saúde;

XIII. Garantir antes de qualquer intervenção ou tratamento que os pacientes ou seus representantes legais recebam informações claras e compreensíveis sobre os procedimentos, riscos, benefícios e possíveis alternativas, sendo o consentimento informado um princípio ético crucial para garantir que os pacientes tenham autonomia na tomada de decisões relacionadas à sua saúde;

XIV. Evitar discussões sobre casos de pacientes fora do contexto clínico ou em ambientes inapropriados, sendo essa conduta caracterizada como violação da confidencialidade e prejudicial na relação de confiança entre a equipe e os pacientes e garantir comunicação clara e objetiva entre os membros da equipe para evitar erros e assegurar a segurança do paciente, mantendo registros precisos e compartilhando informações relevantes de maneira apropriada e segura.

ENFERMAGEM

A enfermagem desempenha um papel crucial no atendimento ambulatorial, contribuindo significativamente para a saúde e o bem-estar dos pacientes. A equipe de enfermagem são frequentemente os primeiros profissionais de saúde com os quais os pacientes têm contato. Eles realizam avaliações iniciais, monitoram sinais vitais e fornecem cuidados diretos, garantindo que as necessidades imediatas dos pacientes sejam atendidas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A importância da enfermagem no ambulatório vai além do cuidado físico; envolve a educação, o apoio emocional e a coordenação de serviços, contribuindo para um atendimento integral e de qualidade.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) é o órgão responsável por normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. O Decreto nº 94.406/1987 regulamenta a Lei nº 7498/1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem.

NORMAS ESPECÍFICAS:

I. Fazer cumprir a Lei do Exercício Profissional conforme Decreto nº 94.406 de 08/06/1987;

II. Fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem conforme Resolução COFEN nº 311/2007;

III. Realizar o dimensionamento do pessoal de enfermagem conforme demanda, sem sobrecarga aos colaboradores;

IV. Estabelecer políticas da assistência de enfermagem através da Sistematização da Assistência de Enfermagem;

V. Enfermeiros devem possuir graduação em enfermagem;

VI. Técnicos de enfermagem devem possuir curso técnico de técnico de enfermagem;

VII. Todos os profissionais da enfermagem devem possuir registro junto ao COREN e estar em conformidade com as obrigações do seu conselho;

VIII. Garantir o registro das atividades e cuidados prestados ao usuário em prontuário;

IX. Garantir comunicação clara e objetiva entre os membros da equipe para evitar erros e garantir a segurança do paciente, mantendo registros precisos e compartilhando informações relevantes de maneira apropriada e segura.

DAS ROTINAS DO ENFERMEIRO

I. Dirigir/gerenciar a organização dos serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares da instituição;

II. Planejar, organizar, executar e avaliar os serviços da assistência de enfermagem, participando da organização do processo de trabalho da unidade e da escala de trabalho dos serviços de enfermagem, bem como de folgas e férias, anualmente, mensalmente ou semanalmente, mediante a característica do serviço/ações gerenciadas;

III. Realizar consulta de enfermagem;

IV. Realizar o processo de enfermagem aplicando todas as etapas do processo – Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

V. Aplicar todas as escalas de cuidados estabelecidas na unidade;

VI. Realizar procedimentos privativos do enfermeiro quando necessário ;

VII. Supervisionar a realização dos procedimentos técnicos;

VIII. Orientar usuários, visitantes e acompanhantes sobre as normas e rotinas da unidade;

IX. Gerenciar materiais e medicamentos do setor;

X. Promover reuniões periódicas com os colaboradores sob sua responsabilidade;

XI. Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

XII. Prestar cuidados de Enfermagem a usuários;

XIII. Participar dos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;

XIV. Executar as ações de assistência integral: prevenção de agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde aos usuários;

XV. Realizar registro das atividades de enfermagem exercidas, bem como supervisionar os registros realizados pela equipe de enfermagem conforme a rotina administrativa do serviço;

XVI. Acompanhar e analisar a produção dos serviços de enfermagem;

XVII. Participar da elaboração/atualização de manuais, guias, protocolos, notas técnicas para os serviços de enfermagem, quando solicitado;

XVIII. Participar na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, e nos programas de vigilância epidemiológica;

XIX. Realizar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

XX. Manter a equipe treinada para as situações de emergência;

XXI. Exercer suas atividades de acordo com os princípios da Ética e da Bioética;

XXII. Participar na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos usuários e aos profissionais durante a assistência de enfermagem;

XXIII. Realizar atividades de atenção a saúde/educativas, ações, procedimentos, atividades relacionadas à demanda espontânea de enfermagem.

DAS ROTINAS DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

I. Prestar os cuidados de Enfermagem conforme prescrições médicas e de Enfermagem;

II. Exercer atividades técnicas, de nível médio de assistência de enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

III. Prestar cuidados diretos de enfermagem a usuários que estão com a saúde fragilizada;

IV. Assistir ao Enfermeiro nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

V. Executar atividades auxiliares atribuídas à equipe de enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro;

VI. Preparar o usuário para consultas, exames e tratamentos;

VII. Executar procedimentos de rotina;

VIII. Administrar medicamentos mediante prescrições e checar a realização dos mesmos através de assinatura, carimbo e horário realizado;

IX. Verificar os sinais vitais e medidas antropométricas;

X. Realizar curativos de menor complexidade técnica;

XI. Realizar coleta de material para exames laboratoriais;

XII. Executar atividades de desinfecção e esterilização de materiais;

XIII. Proceder a limpeza, empacotamento e esterilização de materiais;

XIV. Administrar medicamentos via oral e parenteral;

XV. Comunicar a (o) Enfermeira (o) anormalidades com o paciente;

XVI. Oferecer alimentação ou auxiliar o usuário na alimentação (quando necessário);

XVII. Registrar as atividades de assistência no prontuário do usuário;

XVIII. Preencher registros de produção de procedimentos de enfermagem;

XIX. Zelar e proceder a higienização de equipamentos e utensílios dos consultórios e setores de atuação da enfermagem;

XX. Prezar pelo trabalho em equipe;

XXI. Manter uma comunicação clara e objetiva;

XXII. Participar de atividades de educação permanente e/ou cursos de capacitação para desenvolvimento profissional;

XXIII. Atuar na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;

XXIV. Atuar na prevenção voltada ao controle sistemático de infecção nas unidades de serviços de saúde (SCIRAS);

XXV. Atuar no serviço de hemodiálise após o devido treinamento.

AREA DE ABRANGÊNCIA

O serviço de enfermagem da unidade, abrange setores como: ambulatório- Consultas, exames e pequenos procedimentos; Terapia Renal Substitutiva – Hemodiálise e diálise

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

peritoneal; SADT- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e CME- Central de Materiais e Esterilização.

Os enfermeiros da unidade participarão de rounds, discussões de casos, grupos e do planejamento de novas ações, possibilitando a construção de um trabalho multiprofissional.

HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

Para o cálculo de dimensionamento do serviço de enfermagem, anteriormente devia-se obrigatoriamente, utilizar como embasamento a resolução do conselho Federal de Enfermagem -COFEN Nº 543/2017, porém a mesma foi revogada pela resolução COFEN 743/2024, ficando a cargo da gestão dimensionar a equipe mínima necessária de trabalho .

Segue tabela com o dimensionamento proposto:

ÁREA DE ABRANGÊNCIA	FUNÇÃO	HORÁRIO	EQUIPE
Geral	Enfermeiro Coordenador RT	07h às 17h (segunda a sexta)	1
Ambulatório Multiprofissional	Enfermeiro Gestor da Linha do Cuidado Multiprofissional	07h às 17h (segunda a sexta)	1
Ambulatório: Consultas, Exames e Pequenos procedimentos	Enfermeiro	07h às 17h (segunda a sexta)	1
	Técnico de enfermagem	07h às 17h (segunda a sexta)	6
Hemodiálise/ Diálise Peritoneal	Enfermeiro Nefrologista RT	08h às 17h (segunda a sábado)	1
	Enfermeiro	06:30 ás 14:20h (segunda a sábado)	1
	Enfermeiro	13 ás 21:20h	1

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

		(segunda a sábado)	
	Técnico de enfermagem	06:30 ás 14:20h (segunda a sábado)	3
	Técnico de enfermagem	10 ás 18:20h (segunda a sábado)	1
	Técnico de enfermagem	13 ás 21:20h (segunda a sábado)	3
SADT	Enfermeiro RT	07h às 17h (segunda a sexta)	1
	Técnico de enfermagem	07h às 17h (segunda a sexta)	5
CME	Enfermeiro RT	07h às 17h (segunda a sexta)	1
	Técnico de enfermagem	07h às 17h (segunda a sexta) Área Suja/Desinfecção	1
	Técnico de enfermagem	07h às 17h (segunda a sexta) Área de Preparo	1
	Técnico de enfermagem	07h às 17h (segunda a sexta) Área de Armazenamento	1

Tabela 99 - Proposta de dimensionamento de enfermagem

PSICOLOGIA

O atendimento do psicólogo em área ambulatorial é voltado para o estágio menos grave de adoecimento, ou para reabilitação psicológica pós traumas, realizando avaliação psicológica completa fora do contexto hospitalar. Atua no tratamento de questões de saúde mental a longo prazo, abordando aspectos mais profundos da psique.

O objetivo fundamental é o restabelecimento do estado de saúde do paciente e seus familiares, ou pelo menos o controle dos sintomas que prejudicam seu bem estar.

NORMAS ESPECÍFICAS

I. Fazer cumprir a Lei do Exercício Profissional Nº 4.119 de 27 de agosto de 1962;

II. Fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Psicologia conforme Resolução CFP Nº 10/2005;

III. Todos os profissionais da psicologia devem possuir registro junto ao CFP e estar em conformidade com as obrigações do seu conselho;

IV. Garantir o registro das atividades e cuidados prestados ao usuário em prontuário;

V. Garantir comunicação clara e objetiva entre os membros da equipe para evitar erros e garantir a segurança do paciente, mantendo registros precisos e compartilhando informações relevantes de maneira apropriada e segura.

ROTINAS

I. Desenvolver planos de intervenção e tratamento psicológico individualizados para ajudar os pacientes a lidar com a doença, a dor, o estresse e outros problemas emocionais associados, principalmente na Terapia Renal Substitutiva;

II. Oferecer suporte emocional, escuta ativa e empatia aos pacientes e familiares, criando um ambiente acolhedor e seguro;

III. Intermediar a relação equipe-paciente-familiar;

IV. Promover a educação em saúde mental, fornecendo informações aos pacientes e familiares sobre questões psicológicas relevantes para sua condição de saúde;

V. Colaborar com a equipe médica e outros profissionais de saúde para fornecer uma abordagem holística ao tratamento do paciente;

VI. Auxiliar os pacientes na adaptação às mudanças físicas e emocionais decorrentes da doença e dos procedimentos médicos;

VII. Desenvolver programas e estratégias para a promoção da saúde mental dentro da unidade;

VIII. Melhorar a qualidade de vida dos pacientes, adaptando as intervenções de acordo com as suas necessidades específicas, considerando fatores físicos, psicológicos e sociais;

IX. Atuar nas práticas integrativas, desde que devidamente qualificado, como: meditação, aromaterapia, etc;

X. Proporcionar uma assistência integrada, considerando as diversas necessidades do paciente.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

O serviço de psicologia é composto por profissionais que realizam atendimento aos usuários (pacientes, familiares e acompanhantes), nos serviços ambulatoriais, incluindo atendimento aos pacientes da SAE (Serviço de Assistência Especializada) , Projeto transexualizador e de Terapia Renal substitutiva.

Os psicólogos da unidade participarão de rounds, discussões de casos, grupos e do planejamento de novas ações, do acompanhamento de pacientes das linhas do cuidado possibilitando a construção de um trabalho multiprofissional.

HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

No serviço da psicologia haverá psicólogos para atender os usuários e/ou familiares identificando as demandas psicológicas apresentadas.

Atendendo a nota técnica do conselho regional de psicologia CRP -09 003/2019, que estabelece os parâmetros de assistência psicológica em contexto de atenção secundária para atendimento ambulatorial, que estabelece jornada de trabalho de seis horas/dia, segue dimensionamento:

ÁREA DE ABRANGÊNCIA	FUNÇÃO	HORÁRIO	EQUIPE MÍNIMA
Ambulatório/SAE/ Projeto Transexualizador/ Hemodiálise	Psicóloga	07h às 13h (segunda a sexta)	2
	Psicóloga	13h às 19h (segunda a sexta)	2

Tabela 100 - Proposta de dimensionamento de profissionais de Psicologia

FISIOTERAPIA

A fisioterapia em ambiente ambulatorial é crucial para a reabilitação e promoção da saúde, abordando uma variedade de condições e necessidades dos pacientes.

O atendimento fisioterapêutico proporciona tratamento para pacientes que não necessitam de internação, tornando a reabilitação mais acessível, ajuda a prevenir complicações

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

em condições crônicas e pós-operatórias, promovendo a recuperação e a qualidade de vida. Promovem uma abordagem individualizada pois os tratamentos são adaptados às necessidades específicas de cada paciente, considerando suas limitações e objetivos.

NORMAS ESPECÍFICAS

I. Fazer cumprir a Lei do Exercício Profissional conforme Decreto Nº 938 de 13/10/1969;

II. Fazer cumprir o Código de Ética conforme Resolução Nº 424, de 08 de julho de 2013;

III. Todos os profissionais da fisioterapia devem possuir registro junto ao COFFITO e estar em conformidade com as obrigações do seu conselho;

IV. Garantir o registro das atividades e cuidados prestados ao usuário em prontuário.

V. Garantir comunicação clara e objetiva entre os membros da equipe para evitar erros e garantir a segurança do paciente, mantendo registros precisos e compartilhando informações relevantes de maneira apropriada e segura.

ROTINAS

Dentre as rotinas estabelecidas para o serviço de fisioterapia encontra-se:

I. Realizar a avaliação física e funcional dos pacientes para identificar suas necessidades, limitações e objetivos de tratamento;

II. Desenvolver planos de tratamento personalizados, que podem incluir exercícios terapêuticos, técnicas de mobilização, eletroterapia, hidroterapia, entre outros;

III. Aplicar técnicas e terapias adequadas para promover a recuperação funcional dos pacientes, alívio da dor e melhoria da qualidade de vida;

IV. Recomendar e ensinar exercícios terapêuticos específicos para fortalecer músculos, melhorar a flexibilidade e restaurar a função;

V. Fazer registro diário dos serviços prestados;

VI. Prestar cuidados fisioterapêuticos a pacientes que passaram por cirurgias, auxiliando na recuperação e na retomada das atividades diárias;

VII. Realizar intervenções para melhorar a função pulmonar e respiratória em pacientes com problemas respiratórios, como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e pneumonia;

VIII. Orientar os pacientes e seus familiares sobre os cuidados e exercícios que devem ser realizados em casa, além de fornecer informações sobre a prevenção de lesões;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

IX. No serviço de Terapia Renal Substitutiva, avalia o estado físico do paciente, identificando limitações e necessidades específicas antes e após as sessões de diálise, ajuda na recuperação da força e resistência muscular, que podem ser comprometidas devido à condição renal e ao tratamento, desenvolve programas de exercícios personalizados que podem ser realizados durante ou após as sessões de diálise, como exercícios de resistência, alongamentos e atividades aeróbicas leves trabalhando na mobilidade geral dos pacientes, ajudando a prevenir complicações como rigidez articular e fraqueza muscular, etc;

X. Atuar através das práticas integrativas em fisioterapia, desde que devidamente qualificado, com: meditação, acupuntura, musicoterapia, etc.

XI. Acompanhar a evolução dos pacientes ao longo do tratamento, realizando avaliações periódicas e ajustando o plano de tratamento conforme necessário.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

O serviço de fisioterapia é composto por profissionais que realizam atendimento aos pacientes do ambulatório e Terapia Renal Substitutiva.

Os fisioterapeutas participarão de rounds, discussões de casos, grupos e do planejamento de novas ações; das reuniões das linhas do cuidado, possibilitando a construção de um trabalho multiprofissional.

HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

O atendimento fisioterapêutico do paciente será realizado de segunda à sexta, das 07 às 19h.

O dimensionamento da fisioterapia é baseado na resolução Nº 444 de 26 de abril de 2014- altera a resolução COFFITO Nº 387/2011, que fixa e estabelece os parâmetros assistenciais fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta. Segue proposta:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ÁREA DE ABRANGÊNCIA	FUNÇÃO	HORÁRIO	EQUIPE MÍNIMA
GERAL	Fisioterapeuta RT geral	08:00 às 14:00 (segunda a sexta)	1
Ambulatório/ Hemodiálise	Fisioterapeuta	07h às 13h (segunda a sexta)	2
	Fisioterapeuta	13h às 19h (segunda a sexta)	2

Tabela 101- Proposta de dimensionamento de Fisioterapeuta

NUTRICIONISTA

A atuação do nutricionista em ambulatório é essencial para ajudar os pacientes a alcançar uma melhor qualidade de vida por meio de escolhas alimentares saudáveis e estratégias de manejo nutricional.

Além disso, a nutrição desempenha um papel fundamental na gestão de pacientes em hemodiálise, uma vez que esses pacientes enfrentam desafios nutricionais específicos devido à insuficiência renal e ao tratamento dialítico.

NORMAS ESPECÍFICAS

I. Fazer cumprir a Lei do Exercício Profissional Nº 8.234, de 17 de setembro de 1991;

II. Fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Nutrição conforme Resolução CFN Nº 599/2018;

III. Todos os profissionais devem possuir registro junto ao CFN e estar em conformidade com as obrigações do seu conselho;

IV. Garantir o registro das atividades e cuidados prestados ao usuário em prontuário.

V. Garantir comunicação clara e objetiva entre os membros da equipe para evitar erros e garantir a segurança do paciente, mantendo registros precisos e compartilhando informações relevantes de maneira apropriada e segura.

ROTINAS

Dentre as rotinas estabelecidas para o serviço de nutrição encontra-se:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

I. Realizar a avaliação do estado nutricional dos pacientes, analisando a composição corporal, o consumo alimentar, os hábitos alimentares, as necessidades nutricionais e a presença de carências ou excessos de nutrientes;

II. Desenvolver planos alimentares personalizados, adaptados às necessidades individuais de cada paciente;

III. Monitorar a evolução dos pacientes ao longo do tratamento, realizando ajustes nos planos alimentares conforme necessário e oferecendo suporte contínuo para alcançar os objetivos nutricionais e de saúde;

IV. Promover a educação alimentar, fornecendo informações sobre escolhas alimentares saudáveis, orientando sobre a leitura de rótulos, ensinando técnicas culinárias adequadas e incentivando mudanças positivas nos hábitos alimentares;

V. Atuar no tratamento nutricional de diversas condições de saúde, como diabetes, hipertensão, obesidade, doenças cardiovasculares, alergias alimentares, distúrbios gastrointestinais, entre outras;

VI. Estar atento às interações entre medicamentos e nutrientes, bem como à necessidade de suplementação nutricional em determinadas situações clínicas;

VII. Trabalhar em equipe com outros profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos, para oferecer uma abordagem holística ao tratamento dos pacientes;

VIII. Atuar no serviço de Terapia Renal Substitutiva através do acompanhamento e controle do lanche oferecido, além do acompanhamento nutricional , pois a hemodiálise remove resíduos e excesso de fluidos do sangue, mas também pode afetar o equilíbrio de nutrientes e a saúde geral do paciente;

IX. Atuar na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

O serviço de nutrição é composto por profissionais que realizam atendimento aos usuários (pacientes e acompanhantes), no ambulatório, projeto transexualizador, e no Serviço de Terapia Renal Substitutiva.

HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

O dimensionamento da nutrição clínica é baseado na resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018, que dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, respeitando a carga horária técnica de 30 horas semanais. Segue escala dimensionada:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ÁREA DE ABRANGÊNCIA	FUNÇÃO	HORÁRIO	EQUIPE MÍNIMA
Geral	Nutricionista	08h às 14h (Segunda á Sexta)	1
Ambulatório/ Hemodiálise	Nutricionista	07h às 13h (Segunda á Sexta)	1
	Nutricionista	13h às 19h (Segunda á Sexta)	1

Tabela 101 - Proposta de dimensionamento de Nutrição

FONOAUDIÓLOGO

O fonoaudiólogo integra a equipe multiprofissional, atuando de forma interdisciplinar, para a promoção, proteção e recuperação da saúde com o objetivo de minimizar complicações e sequelas, a partir do gerenciamento da alimentação e da comunicação, de maneira segura e eficaz, através da realização de triagem, avaliação, habilitação e reabilitação das funções orofaciais e da comunicação humana.

Além disso, a atuação do fonoaudiólogo em um projeto transexualizador é crucial para promover a saúde vocal e a comunicação das pessoas trans. Esse trabalho envolve diversas abordagens e técnicas que visam atender às necessidades específicas dessa população.

NORMAS ESPECÍFICAS

I. Fazer cumprir a Lei do Exercício Profissional Nº 6.965 de 09 de dezembro de 1981;

II. Fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais conforme Resolução CFFa nº 640/2021;

III. Todos os profissionais devem possuir registro junto ao CFFa e estar em conformidade com as obrigações do seu conselho;

IV. Garantir o registro das atividades e cuidados prestados ao usuário em prontuário;

V. Garantir comunicação clara e objetiva entre os membros da equipe para evitar erros e garantir a segurança do paciente, mantendo registros precisos e compartilhando informações relevantes de maneira apropriada e segura.

ROTINA

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

I. Realizar testes para identificar problemas de fala, linguagem, audição, voz e deglutição. Incluindo anamnese detalhada e utilização de instrumentos específicos;

II. Desenvolver e implementar planos de intervenção personalizados, utilizando técnicas que visam melhorar a comunicação e a deglutição dos pacientes;

III. Fornecer orientações a pacientes e familiares sobre como lidar com as dificuldades de comunicação e como estimular o desenvolvimento da linguagem;

IV. Conduzir atividades educativas para prevenir distúrbios de comunicação, especialmente em populações de risco, como crianças com dificuldades de linguagem;

V. Conduzir sessões de terapia focadas em habilidades específicas, como articulação, fluência ou voz;

VI. Utilizar métodos como terapia de linguagem, exercícios de articulação e técnicas de modulação da voz.

VII. Sugerir atividades e exercícios que podem ser feitos em casa para reforçar o aprendizado e a prática;

VIII. Ensinar técnicas para alterar a frequência e a qualidade da voz, ajudando os pacientes a alcançar uma sonoridade que reflita sua identidade de gênero;

IX. Trabalhar habilidades de comunicação que ajudem o paciente a se expressar com mais confiança, considerando aspectos como linguagem corporal e entonação;

X. Atuar na reabilitação pós acidentes vasculares cerebrais (AVCs) ou traumas, onde a fala e a deglutição são afetadas.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

O serviço de fonoaudiologia é composto por profissionais que realizam atendimento aos usuários no setor ambulatorial da unidade, e para acompanhamento dos pacientes do projeto transexualizador.

HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

O dimensionamento da fonoaudiologia é baseado na resolução do Conselho Federal de Fonoaudiologia- CFFa nº 663, de 30 de março de 2022.

Segue proposta e dimensionamento:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ÁREA DE ABRANGÊNCIA	FUNÇÃO	HORÁRIO	EQUIPE MÍNIMA
Ambulatório	Fonoaudiólogo	07h às 13h (Segunda à Sexta)	1
	Fonoaudiólogo	13h às 19h (Segunda à Sexta)	1

Tabela 102 – Proposta para dimensionamento de Fonoaudiologia

FARMÁCIA

A atuação do farmacêutico em atendimentos ambulatoriais que incluem farmácias de alto custo é de suma importância, refletindo não apenas no bem-estar dos pacientes, mas também na eficiência do sistema de saúde como um todo.

Uma das principais funções do farmacêutico é o acompanhamento terapêutico dos pacientes. Isso envolve a avaliação minuciosa das prescrições, assegurando que cada paciente receba os medicamentos apropriados. O farmacêutico está atento a potenciais interações medicamentosas, contraindicações e à dosagem correta.

Os farmacêuticos são responsáveis por fornecer informações detalhadas sobre os hormônios utilizados na terapia hormonal do projeto transexualizador, incluindo dosagem, administração e potenciais efeitos colaterais. Além disso, eles ajudam a monitorar interações medicamentosas, assegurando que os pacientes estejam cientes de como diferentes medicamentos podem afetar sua saúde.

O monitoramento dos efeitos colaterais é fundamental para garantir a adesão ao tratamento. Ao identificar rapidamente qualquer reação adversa, o farmacêutico pode intervir e colaborar com a equipe médica para ajustar a terapia, garantindo a segurança do paciente.

NORMAS ESPECÍFICAS

I. Fazer cumprir a Lei do Exercício Profissional Nº 13.021 de 08 de agosto de 2014;

II. Fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais conforme Resolução CFF nº 596/2014;

III. Todos os profissionais devem possuir registro junto ao CFF e estar em conformidade com as obrigações do seu conselho;

IV. Garantir o registro das atividades e cuidados prestados ao usuário em prontuário;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

V. Garantir comunicação clara e objetiva entre os membros da equipe para evitar erros e garantir a segurança do paciente, mantendo registros precisos e compartilhando informações relevantes de maneira apropriada e segura.

ROTINAS

I. Receber os pacientes e fornecer informações sobre os medicamentos, esclarecendo dúvidas e orientando sobre o uso adequado;

II. Realizar entrevistas com os pacientes para coletar informações sobre a história médica, medicamentos em uso e possíveis reações adversas;

III. Analisar prescrições médicas para verificar interações medicamentosas, contraindicações e adequação das dosagens;

IV. Garantir que os medicamentos prescritos sejam apropriados para as condições do paciente e estejam dentro das diretrizes de tratamento;

V. Preparar e dispensar medicamentos, incluindo os de alto custo, assegurando a correta identificação e rotulagem dos produtos;

VI. Conferir a documentação necessária para a entrega de medicamentos, especialmente em casos de medicamentos controlados;

VII. Acompanhar os pacientes quanto à eficácia dos medicamentos e ao surgimento de efeitos colaterais, fazendo ajustes conforme necessário;

VIII. Identificar barreiras à adesão e desenvolver estratégias para promover o uso regular dos medicamentos;

IX. Registrar informações sobre as dispensas, acompanhamento dos pacientes e resultados das intervenções;

X. Elaborar relatórios periódicos sobre as atividades desenvolvidas e os resultados alcançados, para análise da gestão da unidade;

XI. Realizar triagens em pacientes de risco para identificar problemas de saúde que possam ser tratados com intervenções farmacêuticas;

XII. Promover campanhas sobre a importância da prevenção e do uso responsável de medicamentos.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

O serviço de farmácia é composto por profissionais que atuarão nos atendimentos as solicitações do ambulatório no Centro de abastecimento farmacêutico – CAF; na dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF- alto custo

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

– Juarez Barbosa), no acompanhamento ao paciente do projeto transexualizador, e monitoramento do uso dos medicamentos complementares às terapias renais.

HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

O dimensionamento da farmácia é baseado nos padrões mínimos de recursos humanos, definido pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, o qual é embasado na Lei Nº 13021/2014.

Segue proposta:

ÁREA DE ABRANGÊNCIA	FUNÇÃO	HORÁRIO	EQUIPE MÍNIMA
GERAL	Farmacêutico RT	07:00 às 17:00 (segunda a sexta)	1
Farmácia ambulatorial	Farmacêutico	07:00 às 17:00 (segunda a sexta)	1
Atenção farmacêutica no CEAF (Dispensação)	Farmacêutico	07:00 às 17:00 (segunda a sexta)	2
Consulta farmacêutica no CEAF	Farmacêutico	07:00 às 17:00 (segunda a sexta)	1

Tabela 103 - Proposta de dimensionamento Farmacêutico

ODONTÓLOGO

O odontólogo desempenha um papel fundamental na **prevenção de doenças bucais.** Através da educação em saúde, ele informa os pacientes sobre a importância da higiene bucal, prevenção de cáries e doenças gengivais. Além disso, realiza triagens e diagnósticos precoces, permitindo a identificação de problemas bucais, o que aumenta as chances de tratamento eficaz.

Outro aspecto crucial é a realização de **tratamentos restauradores e estéticos.** O odontólogo executa procedimentos como restaurações e tratamentos endodônticos, garantindo

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

tanto a funcionalidade quanto a estética dos dentes. Os tratamentos ortodônticos e estéticos também são importantes, pois melhoram a aparência do sorriso e a autoestima dos pacientes.

O serviço de odontologia da Policlínica, proporcionará **acesso a tratamentos especiais**, adaptando suas abordagens para atender populações vulneráveis, como crianças, idosos e pacientes com necessidades especiais.

Além disso, a **atenção integral ao paciente** é uma característica marcante do trabalho do odontólogo. Ele adota uma abordagem holística, considerando a saúde bucal como parte integrante da saúde geral. Isso envolve a elaboração de planos de tratamento personalizados, levando em conta as necessidades específicas de cada paciente.

NORMAS E ROTINAS

I. Fazer cumprir a Lei do Exercício Profissional Nº 5.081 de 24 de agosto de 1966;

II. Fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais conforme Resolução CFO nº 71/2006;

III. Todos os profissionais devem possuir registro junto ao CFO e estar em conformidade com as obrigações do seu conselho;

IV. Garantir o registro das atividades e cuidados prestados ao usuário em prontuário;

V. Garantir comunicação clara e objetiva entre os membros da equipe para evitar erros e garantir a segurança do paciente, mantendo registros precisos e compartilhando informações relevantes de maneira apropriada e segura.

ROTINAS

Dentre as rotinas estabelecidas para o odontólogo encontra-se:

I. Receber os pacientes com cordialidade, coletando informações adicionais e confirmando dados cadastrais;

II. Coletar informações sobre a saúde geral do paciente, histórico médico, hábitos de higiene bucal e fatores de risco (como tabagismo e diabetes);

III. Realizar um exame minucioso da cavidade bucal, avaliando a gengiva, presença de placa bacteriana, cálculo dental e mobilidade dos dentes;

IV. Solicitar e analisar radiografias para avaliar a perda óssea e a condição das raízes dos dentes;

V. Determinar o tipo e a gravidade da doença periodontal, como gengivite ou periodontite, classificando o estágio de acordo com as diretrizes clínicas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

VI. Realizar procedimentos para remover placa e tártaro das superfícies dentárias e alisar as raízes expostas, ajudando a reduzir a inflamação.;

VII. Programar consultas de acompanhamento para monitorar a evolução do tratamento e a saúde periodontal do paciente;

VIII. Realizar a profilaxia, incluindo a remoção de placa bacteriana e cálculo dental, e aplicar flúor quando necessário;

IX. Educar os pacientes sobre técnicas de escovação e cuidados preventivos;

X. Preparar e executar restaurações dentárias, garantindo que todas as etapas do processo sejam seguidas com precisão;

XI. Realizar controle de qualidade nas restaurações, verificando a oclusão e a estética;

XII. Avaliar a necessidade de extração e discutir o procedimento com o paciente;

XIII. Realizar o procedimento com cautela, garantindo o controle da dor e a recuperação do paciente;

XIV. Avaliar e planejar tratamentos ortodônticos, realizando ajustes e manutenções em aparelhos ortodônticos;

XV. Fornecer orientações sobre cuidados e higiene oral durante o tratamento ortodôntico;

XVI. Promover campanhas de conscientização sobre a prevenção de doenças bucais, como cáries e doenças periodontais;

XVII. Manter contato regular com pacientes em tratamento prolongado (como ortodontia) para garantir a adesão e resolver dúvidas;

XVIII. Manter um kit de emergência odontológica sempre acessível e revisar os protocolos regularmente;

XIX. Treinar a equipe para lidar com situações de emergência, como síncopes, reações alérgicas ou hemorragias;

XX. Documentar qualquer incidente ocorrido durante o atendimento, analisando as causas e implementando medidas corretivas;

XXI. Monitorar o estoque de materiais e insumos, realizando pedidos de reposição conforme necessário;

XXII. Seguir as diretrizes para o descarte de materiais odontológicos, especialmente aqueles considerados resíduos perigosos.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

O serviço odontológico da Policlínica de Quirinópolis, será realizado ambulatorialmente, no Centro Especializado em Odontologia – CEO I).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

O dimensionamento do serviço de odontologia será realizado levando em consideração o quantitativo de consultórios odontológicos mencionados no edital 09/2024/SES.

Segue proposta:

ÁREA DE ABRANGÊNCIA	FUNÇÃO	HORÁRIO	EQUIPE MÍNIMA
Ambulatório	Odontólogo	07:00 às 17:00 (segunda a sexta)	3

Tabela 104 – Proposta de distribuição odontológica do CEO I

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

A Unidade Administrativa da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, tem como finalidade básica a competência de planejamento, fiscalização, controle, coordenação, organização de variados setores de modo a permitir uma administração transparente e eficiente. Deve desenvolver todas as atividades relacionadas com recursos humanos e materiais da Instituição, resultando na obtenção dos objetivos estipulados para a Policlínica, considerando a interdependência da Administração do IPGSE, dentro do escopo do Contrato de Gestão.

Destaca-se a elevada importância da administração desta unidade, visto a mesma estar diretamente relacionada com os recursos humanos e materiais da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, e que bem gerenciados resultam na otimização da qualidade dos serviços prestados e satisfação pessoal dos envolvidos na Unidade.

ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

A Unidade Administrativa da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis encontra-se subordinada diretamente à Diretoria Administrativa da Policlínica com os setores integrantes, responsáveis pela administração da área Operacional, sendo que por força de Contrato de Gestão a Administração Geral é executada pela área administrativa da filial da Organização Social.

EQUIPE MÍNIMA – DIRETORIA ADMINISTRATIVA

Cargos Administrativos – POLICLÍNICA QUIRINÓPOLIS / IPGSE			
CARGO	QTDE.	CARGA HORÁRIA	VÍNCULO
ALMOXARIFE	1	44 hs semanais	CLT
ANALISTA ADMINISTRATIVO I	1	44 hs semanais	CLT
ANALISTA ADMINISTRATIVO II	2	44 hs semanais	CLT
ANALISTA ADMINISTRATIVO III	1	44 hs semanais	CLT
ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS	1	44 hs semanais	CLT
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO I	5	44 hs semanais	CLT
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO II	2	44 hs semanais	CLT
ASSISTENTE DE FARMÁCIA	5	44 hs semanais	CLT
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO	1	44 hs semanais	CLT

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Cargos Administrativos – POLICLÍNICA QUIRINÓPOLIS / IPGSE			
CARGO	QTDE.	CARGA HORÁRIA	VÍNCULO
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	9	44 hs semanais	CLT
COMUNICÓLOGO	1	44 hs semanais	CLT
COPEIRO	2	44 hs semanais	CLT
COORDENADOR DE ATENDIMENTO E RECEPÇÃO	1	44 hs semanais	CLT
DIRETOR ADMINISTRATIVO	1	44 hs semanais	CLT
ENCARREGADO DE MANUTENÇÃO PREDIAL	1	44 hs semanais	CLT
ENCARREGADO DE SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA	1	44 hs semanais	CLT
FARMACÊUTICO	3	44 hs semanais	CLT
JARDINEIRO	1	30 hs semanais	CLT
MOTORISTA	2	44 hs semanais	CLT
PEDREIRO	1	44 hs semanais	CLT
PINTOR	1	44 hs semanais	CLT
PORTEIRO	2	44 hs semanais	CLT
RECEPCIONISTA	15	44 hs semanais	CLT
SUPERVISOR DE AUDITORIA E FATURAMENTO	1	44 hs semanais	CLT
SUPERVISOR DE FARMÁCIA DE PRODUÇÃO E ALMOXARIFADO	1	44 hs semanais	CLT
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	1	44 hs semanais	CLT
TELEFONISTA	4	30 hs semanais	CLT
TOTAL	**67**		

Tabela 105 - Cargos Administrativos POLICLÍNICA QUIRINÓPOLIS/IPGSE

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

ADMINISTRATIVO - Os serviços vinculados à Administração da unidade atuarão de segunda a sexta feira iniciando às 07:00 horas e término às 18:00 horas. Equipe composta por Diretor Administrativo, Analistas Administrativos, Assistente Administrativo e Analista de Recursos Humanos.

DIRETORIA - A Diretoria funcionará de segunda a sexta feira das 07:00 às 17:00 horas. Equipe composta por 01 Diretor Administrativo, 01 Analista Administrativo II e 01 Médico Responsável Técnico.

SCIRAS E NVE - O setor SCIRAS e NVE funcionará de segunda a sexta feira das 07:00 às 17:00 horas. Equipe composta por Supervisora (Enfermeira) e 01 Assistente Administrativo I.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM O setor de coordenação de enfermagem funcionará de segunda a sexta feira das 07:00 às 17:00 horas. Equipe composta por 01 Enfermeira.

CONTROLADORIA - A Controladoria funcionará de segunda a sexta feira das 08:00 às 18:00 horas. Equipe composta por 01 Analista Administrativo III e 01 Assistente Administrativo I.

SESMT - O setor SESMT funcionará de segunda a sexta feira das 07:00 às17:00 horas. Equipe composta por 01 Técnico em Segurança do Trabalho.

RECURSOS HUMANOS - O setor de recursos humanos funcionará de segunda a sexta feira das 07:00 às 17:00 horas. Equipe composta por 01 Assistente Administrativa e 01 Analista de Recursos Humanos.

FATURAMENTO - O setor de faturamento funcionará de segunda a sexta feira das 07:00 às 17:00 horas. Equipe composta por 01 Supervisor e 01 Analista Administrativo II.

NEPE - O setor de NEPE funcionará de segunda a sexta feira das 07:00 às 17:00horas. Equipe composta por 01 Assistente Administrativo I.

QUALIDADE - O setor de Qualidade funcionará de segunda a sexta feira das07:00 às 17:00 horas. Equipe composta por 01 Analista de Qualidade.

AMBULATÓRIO - O Ambulatório funcionará de segunda a sexta das 7 horas às 19 horas. Equipe composta por Médicos Especialistas e 05 Técnicas em Enfermagem.

SADT - Os atendimentos se iniciam às 07:00 horas e término às 18:00 horas. Equipe composta por 03 Técnicos em Radiologia.

RECEPÇÕES - As recepções da Policlínica Estadual da Região Sudoeste -Quirinópolis funcionarão da seguinte forma: Recepção do Hall de segunda a sexta das 06:30 horas às 19 horas. Demais Recepções da unidade: de segunda a sexta das 07:00 horas às 17 horas. Equipe composta por 17 Recepcionistas.

PORTARIA - A Portaria funcionará de segunda a sexta das 07:00 horas às 18:00

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

horas. A equipe composta por 02 Porteiros.

SEGURANÇA - Funcionarão 24 horas por dia, de domingo a domingo (7 dias por semana). Equipe composta por 03 vigilantes armados.

ALMOXARIFADO - O Almoxarifado funcionará de segunda a sexta feira das 07:00 às 18:00 horas. Equipe composta por 01 Almoxarife e 01 AnalistaAdministrativo I.

MANUTENÇÃO PREDIAL - A Manutenção Predial funcionará de segunda a sexta das 07:00 horas às 17:00 horas. Equipe composta por 01 Encarregado e 01 Auxiliar de manutenção.

HEMODIÁLISE - Os atendimentos se iniciam às 06:30 horas e término às 21:30 horas de segunda a sábado. Equipe composta por 03 Enfermeiros, 07 Técnicos em Enfermagem, 03 Médicos Nefrologistas e 01 Médico Clínico Geral.

SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA - O Serviço de Higiêne e limpeza funcionará de segunda a sexta feira das 08:00 às 18:00 horas. Equipe composta por 09 colaboradoras e 1 Encarregado.

ENGENHARIA CLINICA - A Engenharia Clinica funcionará de segunda a sexta das 07:00 às 16:48 horas. Equipe composta por 01 Técnico em Eletrônica.

ATIVIDADE DE ADMINISTRAÇÃO

A estrutura administrativa da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, será estruturada conforme realidade e características da unidade, visando melhoria contínua e dar suporte para a implementação de um atendimento humanizado, bem como visa proporcionar atividades que alcancem as metas preestabelecidas, sendo que o modelo de gestão a ser implementado pelo Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE) objetiva adotar elementos e um modelo que busca o alinhamento com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS com a manutenção do atendimento ininterrupto dos pacientes e proporcionando condições de trabalho e segurança da equipe.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Cada setor terá supervisão do respectivo responsável, devidamente designado, bem como contará com estrutura e profissionais de apoio técnico-operacional e administrativa, que acompanhará os horários de funcionamento já estabelecidos na presente proposta de trabalho e preconizados no Edital. Os serviços administrativos comuns funcionarão em dias úteis e dentro do horário comercial, à exceção das aditividades cruciais que requeiram atendimentos em horários diferenciados (Hemodiálise se Segurança).

A equipe mínima da unidade será estruturada conforme demanda de cada setor ligado a Administração Geral e como demonstrado no modelo proposto de Organograma constante na presente Proposta Técnica.

Além da estrutura técnico-operacional prestada diretamente pela Administração do IPGSE, a Administração da Policlínica também terá sua estrutura, no qual relacionamos a seguir e resumidamente apresentamos suas respectivas atribuições:

Gestão de Pessoas - responsável por todo tratamento documental e de atendimento relacionado aos profissionais da unidade;

Logística - na qual acompanhará toda a cadeia logística da unidade, inclusive recepção, bem como a gestão de contratos e os serviços de segurança e transporte;

Engenharia Clínica – acompanhamento, execução e gestão das manutenções preventivas e corretivas de todo parque tecnológico de equipamentos médico-Hospitalares;

Segurança e Saúde do Trabalhador – responsável por acompanhar a segurança e saúde dos profissionais, com alimentação de dados estatísticos, controle de documentos e implementações de ações visando a prevenção de acidentes.

Faturamento – acompanhará a produção e faturamento dos atendimentos realizados na unidade, devidamente descritos no Manual de rotinas administrativas para Faturamento;

Patrimônio – no qual controlará a gestão de materiais, móveis e equipamentos diversos, bem como dará o devido tratamento conforme normas de gestão patrimonial relacionados na presente proposta;

Manutenção Predial – responsável pela gestão estrutural da unidade, providenciando manutenções e intervenções para viabilizar a continuidade do atendimento aos pacientes e as atividades técnico-operacionais e administrativa do Hospital;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Farmácia – gestão de todo estoque, recebimento e distribuição de medicamentos, insumos e correlatos na unidade;

Documentação e Arquivo – acervo documental dos pacientes com base na Tabela de Temporalidade e legislação em vigor.

ATRIBUIÇÕES GERAIS

Cabe à Unidade Administrativa da Policlínica:

a) Desenvolver o planejamento das atividades administrativas;
b) Coordenar e supervisionar a execução das atividades das unidades de apoio operacional integrantes;
c) Analisar sob o ponto de vista administrativo todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
d) Zelar pela observância do Manual de Organização e Responsabilidade dos funcionários da instituição;
e) Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades da Instituição;
f) Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços administrativos;
g) Intermediar todas as atividades de compra com a Administração da Unidade Gestora do Contrato de Gestão;
h) Gerenciar o corpo de funcionários da Instituição, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade; e
i) Elaborar relatórios gerenciais para a Diretoria Estatutária do IPGSE.

UNIDADE DE ORÇAMENTO/FINANÇAS

A Unidade de Finanças será exercida por atribuição exclusiva pela Superintendência Financeira do IPGSE e apresenta a finalidade básica de gerenciar e controlar o patrimônio físico e financeiro da Instituição, executado por intermédio de balancetes, análises e demonstrativos contábeis.

Apresenta também a finalidade de analisar a viabilidade das ações da Unidade, incluindo a análise econômica de suas ações, tendências de evolução dos recursos que lhe são necessários e das possibilidades de fontes de financiamento.

ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DE ORÇAMENTO/FINANÇAS

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A Unidade de Finanças do IPGSE está diretamente subordinada à Diretoria Estatutária do IPGSE e sendo que os serviços integrantes da unidade são:

I. Contabilidade;
II. Orçamento e Custos;
III. Faturamento;
IV. Tesouraria;
V. Setor de Prestação de Contas; e
VI. Controladoria.

ATRIBUIÇÕES GERAIS

Cabe à unidade de orçamento/finanças do IPGSE as seguintes atribuições:

a) Transmitir, interpretar e implementar políticas, instruções e regulamentações que afetam as atividades financeiras e contábeis da Instituição;
b) Planejar e coordenar as atividades a serem executadas pelas áreas de contabilidade, orçamento e custos, faturamento e tesouraria; referente aos recursos materiais e humanos;
c) Apresentar periodicamente à Diretoria Estatutária do IPGSE, sobre o desenvolvimento da execução de suas atividades e de suas necessidades;
d) Estudar e propor a política financeira e orçamentária da Policlínica e da Unidade Gestora, submetendo-a à Diretoria Administrativa-Financeira e ao Diretor Presidente do IPGSE;
e) Coordenar as atividades relativas ao controle orçamentário e financeiro, bem como as atividades da contabilidade;
f) Analisar sob o ponto de vista econômico-financeiro, propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
g) Estabelecer normas de controle e avaliação para utilização dos recursos financeiros da Instituição;
h) Coordenar e controlar o fechamento das faturas dos pacientes atendidos na Unidade, assim como informar a quantidade de faturas glosadas e seus respectivos valores;
i) Apresentar periodicamente à Diretoria Administrativo/Financeira, relatórios sobre a posição financeira da Instituição e simulação de cenários futuros; e
j) Apresentar o Orçamento Anual da Instituição à Diretoria Administrativa, à Presidência, Conselho Fiscal e Conselho de Administração do IPGSE.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS – CONTABILIDADE E CUSTOS DO IPGSE/POLICLÍNICA:

a) Orientar e dirigir os assuntos relativos à contabilidade, registrando dados da gestão orçamentária, financeira e patrimonial;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

b) Examinar a documentação e classificar as operações segundo o plano de contas da Instituição;
c) Executar os controles internos sobre as verbas de adiantamentos;
d) Elaborar balancetes, demonstrativos e balanços;
e) Manter atualizados as normas e rotinas de contabilidade, dando-lhes a necessária divulgação;
f) Fornecer dados para a elaboração do Orçamento Anual da Instituição e seus ajustes necessários;
g) Determinar os custos operacionais dos serviços de saúde através da consolidação dos valores de custos e despesas;
h) Definição dos critérios de rateio;
i) Elaboração de mapas e relatórios de custos; e
j) Acompanhar o desempenho das atividades e respectivo impacto nos custos Hospitalares.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS – FATURAMENTO DA POLICLÍNICA:

a) Auditar as faturas enviadas referente aos atendimentos;
b) Realizar o controle do faturamento através das fichas de atendimento e dos prontuários médicos;
c) Elaborar relatórios diários sobre o faturamento da Instituição e enviar à Direção da Unidade para análise de comportamento diário das contas faturadas;
d) Encaminhar via sistema, as faturas a serem pagas pelo SUS; e
e) Prestar esclarecimentos à Direção sobre a glosa de faturas efetuadas pelo SUS.

UNIDADE DE OPERAÇÕES/APOIO

A unidade de Operações/Apoio da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis tem a finalidade de zelar pela total qualidade dos serviços assistenciais de suporte prestados para a Instituição, através do controle e gerenciamento da infraestrutura física e recursos disponíveis, suprindo assim, toda a demanda das áreas fins da Unidade.

ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

A Unidade de Operações da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis está diretamente subordinada à Diretoria Administrativa da Policlínica, sendo subordinada à mesma as seguintes unidades:

I. Manutenção;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

II. Higiene e Limpeza;
III. Serviços Auxiliares; e
IV. Demais Serviços Contratados.

ATRIBUIÇÕES GERAIS

Cabe à Unidade de Administração/Operações da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis:

a) Planejar, programar, executar e avaliar as atividades desenvolvidas pelas áreas de apoio logístico;
b) Garantir a integridade da infraestrutura da Instituição (predial, mecânica, hidráulica e elétrica);
c) Garantir a qualidade do atendimento aos pacientes da Instituição por meio do correto e eficiente suporte logístico dos suprimentos utilizados na unidade (medicamentos, materiais médico-Hospitalares, gêneros alimentícios e materiais administrativos);
d) Zelar pela segurança e controle patrimonial dos bens permanentes da Instituição;
e) Prover todos os subsídios para a eficiente operacionalização da Instituição;
f) Gerir todos os recursos operacionais da Instituição, destacados os serviços de hotelaria;
g) Estabelecer normas de controle e avaliação de utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades de apoio;
h) Analisar sob o ponto de vista operacional, propostas para execução de serviços realizados por terceiros em regime de contrato ou convênio;
i) Estudar a implantação de novas técnicas nos trabalhos, visando a constante atualização dos serviços técnicos e operacionais da Unidade aos progressos técnicos e científicos; e
j) Apresentar periodicamente à Diretoria Administrativa, relatórios sobre o desenvolvimento da execução das suas atividades e necessidade, principalmente da capacidade de produção da Instituição frente a demanda da comunidade e diretrizes de órgãos superiores.

NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS

O Instituto de Planejamento e Gestão dos Serviços Especializados — IPGSE, apresenta as Normas para os processos de Aquisição, Recebimento, Guarda e Distribuição dos materiais na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, que devem ser cumpridas pela Administração da Policlínica e do IPGSE, em conformidade com o Regulamento de Compra e Contratação de Serviços do IPGSE, devidamente aprovado pela Controladoria Geral do Estado.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Termos e métodos:

a) Curva ABC:

Na logística é empregada no controle de estoque para classificar e identificar a quantidade dos produtos e quais deles mais contribuem no faturamento ou que têm maior fluxo de movimentação.

Alguns produtos são mais importantes que outros e, por isso, precisam de maior atenção. Pode ser feita a separação dos itens no estoque seguindo algum critério, como: giro do produto, proporção sobre o faturamento, margem de lucro, custo do estoque ou outro parâmetro escolhido.

O termo ABC consiste em classificar os itens em 3 faixas:

- **Classe A**: 5% dos itens representam 80% do valor do estoque;

- **Classe B**: 15% dos itens representam 15% do valor do estoque;

- **Classe C**: 80% dos itens representam 5% do valor do estoque.

Agora basta identificar que: a **CLASSE A** é o grupo de itens mais importantes a serem trabalhados e administrados. Afinal, são as mercadorias de maior atenção pela alta porcentagem que representam no total do valor do estoque.

A **CLASSE B** é o grupo intermediário que possui boa margem de contribuição e precisa de uma gestão moderada.

A **CLASSE C** é o grupo de itens menos importantes em termos de movimentação, no entanto, requer atenção pelo fato de gerar custo para manter no estoque.

b) Curva de análise 123

Para sua classificação, a curva 123 leva em consideração a dificuldade com que certos produtos são adquiridos. Sendo assim, os três grupos formados são:

1: o primeiro grupo compreende os itens cuja aquisição é complexa, ou seja, sua obtenção é mais complicada por envolver diversos fatores que dificultam sua compra;

2: o segundo grupo abarca produtos de difícil aquisição, mas que envolvem uma quantidade menor de fatores complicadores;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3: no último grupo temos os materiais amplamente disponíveis no mercado e que, portanto, possuem um fornecimento bastante rápido e pontual.

c) Curva de análise PQR

O seu estoque também pode ser classificado de acordo com a popularidade de cada um dos itens. Isso significa que a curva PQR leva em consideração a quantidade de transações de um determinado material realizadas no período de tempo determinado. Sem, entretanto, que a quantidade envolvida em cada uma delas tenha relevância na classificação. Os grupos resultantes são:

P: classe formada por produtos muito populares e que apresentam uma movimentação frequente;

Q: produtos de média popularidade e que possuem uma frequência média de transações;

R: esse grupo inclui itens de baixa popularidade e que não são movimentados com frequência;

d) Curva de análise XYZ

A classificação XYZ avalia o grau de criticidade ou de imprescindibilidade do item de material nas atividades desempenhadas pela organização.

A curva XYZ classifica os materiais tomando como base o critério de criticidade, ou seja, é colocado em análise o impacto que a falta desses itens causa nos processos da organização.

A segmentação, portanto, se dá da seguinte forma:

X: grupo de itens de baixa criticidade, sua falta não paralisa as atividades e podem ser substituídos;

Y: grupo de itens de média criticidade, são itens necessários para realização das atividades, mas que podem ser substituídos;

Z: trata-se do grupo vital, sem similar disponível para substituição, cuja falta traz consequências desastrosas, podendo, por exemplo, interromper as operações.

Vantagens em sua utilização:

- Auxilia no processo de tomada de decisão;
- Determina o grau de imprescindibilidade dos itens;
- Disponibiliza informações sobre quais itens não podem faltar.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Limitações:

- Sofre influência de quem irá realizá-la;
- Necessita de avaliação criteriosa;
- Método qualitativo, sujeito a arbitrariedade e subjetividade;
- Difícil estabelecimento de parâmetros objetivos para quantificação de atendimento a critérios;
- Dependendo do segmento da empresa, é necessário a participação de uma comissão para sua realização.

e) PEPS

PEPS é a sigla para Primeiro que entra, Primeiro que sai, que vem do termo em inglês FIFO, First in First out.

Ou seja, os produtos que entraram primeiro no estoque serão os primeiros a saírem da empresa.

Nesta técnica, o custo/preço de venda da mercadoria é calculado de acordo com o custo do estoque mais antigo.

É priorizado então, a ordem cronológica de entrada dos produtos no estoque para a sua saída. As primeiras unidades ou lotes deverão ser os primeiros a serem dispensados.

Por esse motivo, é uma metodologia pela qual é possível se garantir maior segurança no controle de estoque.

f) Custo médio ponderado

Também conhecido como preço médio ponderado, é o valor de cada item do estoque quando o total financeiro é dividido pelo número de mercadorias armazenadas.

Este **método de avaliação de estoque** é utilizado como uma ferramenta para administrar corretamente o estoque da empresa.

A fórmula do custo médio ponderado é:

CMP = Valor total do estoque / Número de itens comprados e armazenados.

g) Lead time em logística

É o tempo de espera, ou seja, o período para conduzir todo o ciclo de produção, desde o pedido até a entrega efetiva. Em outras palavras, é o tempo de aprovisionamento, o período entre o

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

início de uma atividade e o seu término. A definição mais convencional para **lead time em logística**, no tocante ao Supply Chain Management, diz que é o tempo entre o momento do pedido do cliente até a entrega do produto.

Trata-se de um indicador importante para o crescimento e é óbvio que, quanto menor o **lead time em logística**, melhor.

Entre o que será mensurado, destacam-se o processamento dos pedidos, a resposta do fornecedor, o caminho dos insumos, os inventários, as linhas de montagem e produção, o trânsito.

No centro de distribuição o pedido passa por processamento e montagem; depois, para o transporte até a entrega ao cliente final. De qualquer forma, cada etapa entre o pedido recebido e a entrega leva tempo. O **lead time em logística** ajuda a estudar esse período e colabora nos ajustes para reduzir a espera.

Para que tudo dê certo, é necessário identificar as tarefas que consomem mais tempo e que poderiam ser melhoradas. Além disso, é preciso buscar formas de intervir na execução dos processos e implementar alternativas, como os sistemas de gestão integrada, para automatizar o trabalho da área de logística, por exemplo. Softwares de logística geram relatórios, compilam informações em tempo real e, dessa maneira, auxiliam executivos na comparação de dados e na tomada de decisão estratégica.

Padronização de medicamentos materiais e equipamentos médico Hospitalar

A comissão encarregada da padronização de medicamentos assume a responsabilidade de escolher quais medicamentos serão incluídos no conjunto terapêutico, através de um processo dinâmico, contínuo, participativo e multidisciplinar, com o objetivo de garantir o acesso aos medicamentos necessários. Isso é feito mediante a adoção de critérios de eficácia, segurança e custo, visando à utilização racional desses fármacos.

Da mesma forma, a comissão encarregada da padronização de materiais e equipamentos médicos Hospitalares tem a responsabilidade de avaliar os itens já padronizados, efetuando inclusões e exclusões conforme critérios de eficácia, eficiência clínica e custo.

CADASTRAMENTO DE FORNECEDORES/PARCEIROS/ABASTECEDORES

O IPGSE providenciará na gestão e operacionalização da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis, um sistema de cadastro de fornecedores que se baseará nos padrões de qualidade, visando sempre garantir aquisição de insumos e serviços de padrão elevado.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

O método adotado para o procedimento de cadastro de fornecedores será uma avalição de todos aqueles que desejem participar de processos de cotação na unidade.

Cabe o destaque, quando da realização do cadastro, que o mero cadastramento do fornecedor, não será capaz de lhe assegurar a efetivação de nenhuma compra, uma vez que as mesmas só ocorrerão a partir dos processos de cotação e de avaliação.

É condicionante para participação dos processos de compra na unidade, o cadastramento prévio que visará verificar a capacidade de fornecimento dos produtos.

É direito do IPGSE na sua gestão, selecionar e classificar de maneira livre seus fornecedores, dentro dos critérios previamente estabelecidos e aprovados pelo departamento de compras e comissões envolvidas.

O setor de compras, vinculado à Diretoria Administrativa, procederá com a solicitação da documentação ao fornecedor. São documentos à serem requisitados;

– Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) – obrigatório;

– Inscrição Estadual;

– Contrato social com as alterações ou Estatuto (se houver);

– Alvará de funcionamento – obrigatória;

– Licença Sanitária emitida pela Vigilância Sanitária (renovação anual)– obrigatória;

– Licença de Funcionamento emitida pela Polícia Federal (renovação anual) – obrigatória.

Tratam-se estes de documentos obrigatórios e simples para uma eventual contratação. A depender da atividade (medicamentos, nutrição enteral, materiais médicos Hospitalares, saneantes, químicos e laboratório), gêneros alimentícios poderão ser requisitados mais documentações, tais como:

- Autorização de funcionamento emitida pela ANVISA;
- Alvará Sanitário Municipal;
- Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia ou outros Conselhos
- aplicáveis ao tipo de produto.
- Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização;
- Certidão Negativa de Falência e Concordata.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A depender do fornecedor/produto, poderá ser requerida documentações complementares como:

- Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manipulação;
- Cópia da inscrição estadual;
- Certificado de Regularidade com a Previdência Social / INSS – Certidão Negativa de Débitos;
- Certidões negativas de débitos municipais, estaduais e federais, especialmente as expedidas pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social);
- PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais;
- PMCSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

Deverá ser preenchido o check list pelo setor de compras, para cadastro de fornecedor, para que se possa garantir a entrega e a conferência de toda documentação necessária para o cadastro acima mencionado.

Em nenhuma hipótese será admita a negociação com fornecedores antes da apresentação de toda a documentação necessária para o cadastro completo.

Nenhum produto poderá ser adquirido na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis sem que haja o competente registro pelos órgãos equivalentes ao produto/material/medicamento.

Sabido que alguns documentos não carecem de registro junto ao Ministério da Saúde, deverá ser fornecida a cópia do documento que isenta tal produto do registro.

Qualificação e cadastro de fornecedores

A avaliação e qualificação dos fornecedores são baseadas em critérios de qualidade que asseguram a disponibilidade de insumos e serviços de alto nível. Essa avaliação se aplica a todos os fornecedores de produtos que desejam participar ou já estão envolvidos nos processos de cotação e compra.

É importante observar que o cadastro de fornecedores não garante automaticamente a realização efetiva das compras, uma vez que isso depende dos procedimentos de compra, cotação, avaliação e qualificação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Para ser incluído no cadastro de fornecedores qualificados, é necessário demonstrar a capacidade plena de fornecer os produtos necessários.

A instituição reserva-se o direito de escolher e classificar seus fornecedores de acordo com critérios previamente definidos e aprovados pelo setor de compras e pela comissão responsável pela padronização de medicamentos, materiais e equipamentos médico-Hospitalares.

PROCEDIMENTO ESPECÍFICO PARA AS COMPRAS NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS

O setor de compras, vinculado a Diretoria Administrativa na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, procederá com a aquisição, que terá seu marco inicial a partir de uma solicitação pelo responsável pelo setor demandante.

Quando da solicitação, deverá se ter em conta o consumo do item, giro de estoque, análise do método escolhido para controle (curva ABC, curva 123, curva PQR...).

Com o fito de se garantir a segurança da operacionalização na unidade, deve sempre nortear o processo de compra, a necessidade de manutenção de estoque de segurança.

Por diferentes modalidades, poderá se dar o envio do pedido de compra junto ao fornecedor (skype, e-mail, whatsapp, telefone), sendo sempre observada a necessidade da entrega e o meio mais célere ao atendimento do pedido.

Poderão ocorrer situações em que o produto requisitado não se encontre disponível. Nesse caso o fornecedor comunicará o setor de compras e esse comunicará o setor demandante, para que se possa verificar a possibilidade uma nova programação de entrega ou substituição por item equivalente ao solicitado.

A eficiência da comunicação interna do setor encarregado de aquisições com os demais setores da Policlínica é fundamental. Cabe a ele informar qualquer tipo de episódio, referente às compras inerentes àquele setor. O abastecimento do estoque, é, também, tarefa do setor de compras.

Há uma lista meramente exemplificativa de atribuições/responsabilidades mínimas a serem observadas pelo fornecedor:

a) fornecer os insumos conforme os padrões exigidos pelas NT's;

b) responder as cotações dentro dos prazos estabelecidos pelo setor de compras;

c) ter flexibilidade no caso de mudanças nas quantidades e prazos de entrega;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

d) cumprir a legislação pertinente ao processo de compra e venda;

e) avaliar as notificações referentes a qualquer produto que esteja em desacordo com o contratado, fazendo as devidas correções no prazo estabelecido;

f) responsabilizar-se de forma ampla e irrestrita pelos bens produzidos ou comercializados na sua empresa, até mesmo, por desvio de qualidade, qualquer que seja, que eventualmente seja identificado no ato do recebimento;

De outro lado, é responsabilidade do IPGSE enquanto ocupa o papel de comprador da unidade de saúde da Policlínica:

a) se guiar pelo princípio da transparência máxima nos seus processos de compra;

b) guardar observância aos horários definidos para atendimento à representantes e/ou fornecedores;

c) proceder com o detalhamento devido aos itens a serem adquiridos;

d) realizar sempre a melhor compra (vantajosidade na aquisição e qualidade);

e) em nenhuma hipótese, utilizar-se do cargo em que está lotado, para obter qualquer tipo de vantagem, seja para o colaborador ou outrem, no processo de compra e contratação;

f) não receber qualquer tipo de presente, brinde, favores ou oferta que tenha a capacidade de influenciar as decisões de negócio.

PROCESSO DE COMPRA- REGULARIDADE- NOTA FISCAL

A regularidade do processo de compra é de extrema importância para o adimplemento da obrigação assumida pelo IPGSE na gestão da Policlínica junto aos seus parceiros. Assim, a emissão da Nota Fiscal dos insumos adquiridos do fornecedor deve ocorrer obedecendo aos seguintes critérios:

- Prazo de pagamento previamente combinado;
- Número da ordem de compra e do contrato de gestão apontados na NFe;
- Descrição dos insumos (informações de quantitativo, embalagens, preços unitários e preço na totalidade do que foi entregue);
- Lote e validade (quando se tratar de medicamentos);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Endereço, CNPJ e inscrição estadual da instituição.

Se for detectada qualquer não conformidade na Nota Fiscal pelo Setor de Compras, o procedimento adotado deverá ser o de contato com o fornecedor para que o mesmo proceda com a regularização da mesma.

HORÁRIOS DE RECEBIMENTO DE PRODUTOS/INSUMOS NA POLICLÍNICA

SETOR DO RECEBIMENTO	PERÍODO DA SEMANA	HORÁRIOS DE ENTREGA
Almoxarifado	Segunda a Sexta-feira	07 às 17 hs.

Tabela 1 - Horário para recebimento de Insumos e Suprimentos na POLICLÍNICA

Apesar dos horários pré-estabelecidos no quadro acima, todas as entregas deverão ser realizadas e previamente combinadas com o Setor de Compras, evitando choque de horários entre fornecedores.

ATESTE E ANÁLISE DE RECEBIMENTO

No ato do recebimento deve ser realizada inspeção da mercadoria verificando a conformidade

dos seguintes itens:

- Conferência entre ordem de compra e Nota Fiscal;
- Conferência da Nota Fiscal contendo os dados legais do IPGSE e dados bancários para depósito em conta;
- Conferência de marca solicitada;
- Conferência da descrição;
- Conferência de apresentação;
- Conferência de forma farmacêutica;
- Conferência de concentração;
- Conferência da quantidade por embalagem;
- Conferência de valor unitário;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Conferência das condições de conservação;
- Conferência do lote do produto devendo ser o mesmo descrito na Nota Fiscal;
- Conferência do prazo de validade igual ou superior a 12 meses.

Atestada qualquer não conformidade, o colaborador responsável comunicará o Setor de Compras para providências para a devolução total ou parcial dos itens.

VISITA TÉCNICA A FORNECEDORES LOCAIS

Com a finalidade de garantir a qualidade dos produtos oferecidos, ocorrerão em Quirinópolis e região visitas técnicas a fornecedores também onde sejam sediados.

Tais visitas ocorrerão por equipe técnica especificamente designada para o tipo de produto e fornecedor que se almeja analisar.

Ao longo da visita técnica, algumas informações comprobatórias de cumprimento dos requisitos para ser fornecedor, deverão ser realizadas através de documentação exigida e observação em campo das práticas de atuação do fornecedor.

Os itens serão classificados em críticos e não críticos e a partir daí será determinado a frequência e tipo de análise a ser realizada pela equipe técnica.

Críticos: Visitas deverão ocorrer anualmente.

Fornecedores de insumos vitais que impactam diretamente no prognóstico e segurança do paciente.

CRITICIDADE	FREQUÊNCIA DE VISITAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Críticos	Visitas deverão ocorrer anualmente.	Fornecedores de insumos vitais que impactam diretamente no prognóstico e segurança do paciente.
Não críticos	Visitas ocorrerão conforme deliberação do gestor de cada área.	Fornecedores de produtos e/ou serviços que não impactam na assistência ao paciente

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Semicríticos	Visitas ocorrerão a cada 18 meses	Fornecedor de produtos e/ou serviços que impactam de maneira indireta na assistência.

Tabela 106 – Visitas a fornecedores

Recomenda-se que além da equipe técnica previamente designada para a visita, haja acompanhamento, quando o caso recomendar, de componente da Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial, além de um componente do SESMT (Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho).

Quando, no curso da visita, forem identificadas não conformidades, deverá ser traçado plano de ação a ser apresentado à Diretoria Administrativa e monitorado pelo setor de responsabilidade de cada insumo, juntamente com o setor de compras.

É direito do fornecedor ser informado do resultado da análise in loco, além de orientações, se for o caso, conforme plano de ação, para adequações, sendo os prazos estipulados de comum acordo entre fornecedor e instituição.

PAGAMENTO

O pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias corridos, por meio de depósito bancário em conta corrente, contados do recebimento da Nota Fiscal devidamente atestada pelo setor responsável;

Sendo o pagamento realizado mediante depósito em conta corrente, o fornecedor não deverá fazer a emissão de boleto bancário, sob pena de haver cobrança indevida.

Os pagamentos serão efetuados mediante apresentação de Nota Fiscal devendo o contratado emitir uma Nota Fiscal específica para cada pedido/instrumento contratual e respectiva entrega efetuada.

Caso a Nota Fiscal ou fatura tenha sido emitida com inconsistências ou em desacordo com a legislação vigente, será devolvida e o prazo para pagamento será interrompido, reiniciando sua contagem a partir da data em que esta for cumprida e não será devida atualização financeira.

Deverá conter o número de referência do instrumento contratual e da seleção de fornecedores.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Caso algum item constante na Nota Fiscal esteja não conforme, a instituição liberará a parte não sujeita à contestação, retendo o restante do pagamento até que seja sanado a inconformidade.

AQUISIÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE:

O processo de aquisição inicia quando a área solicitante analisa a necessidade da aquisição do material ou medicamento. Após realizar a análise do saldo em estoque faz-se a estimativa do consumo utilizando o modelo de estoque de renovação periódica, curva ABC de consumo e curva XYZ de criticidade.

Após realizada a análise da projeção de estoque define-se se será realizado compra por reposição mensal ou se será realizado uma compra de urgência;

Recebida a requisição, o setor de compras verifica se o produto a ser adquirido possui cadastro e descritivo corretos no sistema, e caso não possua cadastro é solicitado o cadastramento do item.

Após estas verificações o setor de suprimentos irá realizar a análise e aprovação da compra do produto, e fará um memorando com justificativa da área solicitante. O processo então é enviado para a Diretoria Administrativa para aprovação e assinatura, com posterior envio ao setor de compras do IPGSE;

Caso a área solicitante acione o setor de suprimentos para uma compra emergencial de produtos, este setor confecciona um memorando justificando a compra emergencial.

Processo é enviado para aprovação e assinatura da Diretoria Administrativa com posterior envio ao setor de compras do IPGSE, que realiza todas as tratativas para compra e entrega dos produtos no prazo máximo de 48 horas;

Já no setor de compras do IPGSE as solicitações chegam via sistema e em processo físico. Este setor elabora carta cotação para publicação no site transparência e no diário oficial do Estado de Goiás, se for o caso.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

São cadastradas no sistema as condições para participação e os produtos da cotação, e após o prazo estipulado estas cotações são encerradas apurando-se o vencedor de cada item, emitindo-se o mapa de cotação.

Verificados se os vencedores atendem aos requisitos da carta cotação, esta é encerrada e são emitidas as ordens de compra, que serão assinadas pela Superintendência do IPGSE e enviadas aos fornecedores e ao setor de suprimentos da Policlínica.

Ao final, o processo de aquisição é arquivado junto com uma cópia da OC em arquivo no Setor de Compras.

RECEBIMENTO E GUARDA

Recebimento de Itens solicitados via Policlínica:

Receber Nota Fiscal e conferir com a Ordem de compra — O Almoxarifado recebe a Nota Fiscal do fornecedor e confere com a ordem de compras encaminhado anteriormente pelo setor de compras devidamente autorizada e assinada. Nunca receber uma Nota Fiscal sem a ordem de compra. Qualquer divergência na ordem de compras entrar em contato com o setor de compras para que imediatamente sejam realizadas alterações.

Conferir o produto — O Almoxarifado comunica o setor solicitante para realizar a conferência em conjunto, devendo ser observado: volumes entregues verificando o estado da embalagem dos produtos; setores solicitantes conferem os produtos quanto: espécie, quantidade, lote e validade. Após a conferência, assinar o canhoto da Nota Fiscal informando a data e o responsável pelo recebimento e concordando com a entrega. Carimba a Nota Fiscal com o carimbo de Recebimento, informando a data do recebimento, o nome do Colaborador responsável pelo recebimento da NF.

Verificar divergências - Verificar a existência de divergência entre a Ordem de Compra/Pedido de Compra e a Nota Fiscal.

Verificar na NF valor inferior ou superior ao constante na OC/PC - Verificar a existência de divergência de valor na NF em relação a OC/PC. Verificar se a quantidade de produtos constantes na NF e na OC/PC está correta. Sendo as quantidades constantes da NF inferior à da OC/PC, anotar quais os itens e/ou quantidades estão divergentes/faltantes na própria OC/PC, tirar cópia da OC/PC, manter esta cópia com os itens faltantes no arquivo de Ordem de Compra do setor, aguardando a entrega posterior dos itens faltantes. Comunicar esta situação ao Setor de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Compras. Classificar os itens da Nota Fiscal - Carimbar com o carimbo de classificação Contábil, no verso da Nota Fiscal, e classificar conforme os grupos contábeis, os valores dos itens constantes na NF. Registrar e emitir documentos — O auxiliar administrativo realiza a entrada e emite: relatório de entrada do produto, relatório contábil de entrada de produto e quando necessário o relatório de pendências. Em caso de Nota Fiscal de medicamentos uma cópia deve ser entregue para a farmacêutica para ser arquivada. Enviar o processo a contabilidade — O auxiliar administrativo do Almoxarifado encaminha o processo completo (NF e OC) para a contabilidade, protocolando a entrega. No caso de produtos do setor de Almoxarifado serão conferidos e permanecerão na área de recebimento até a realização da entrada e liberação para armazenamento.

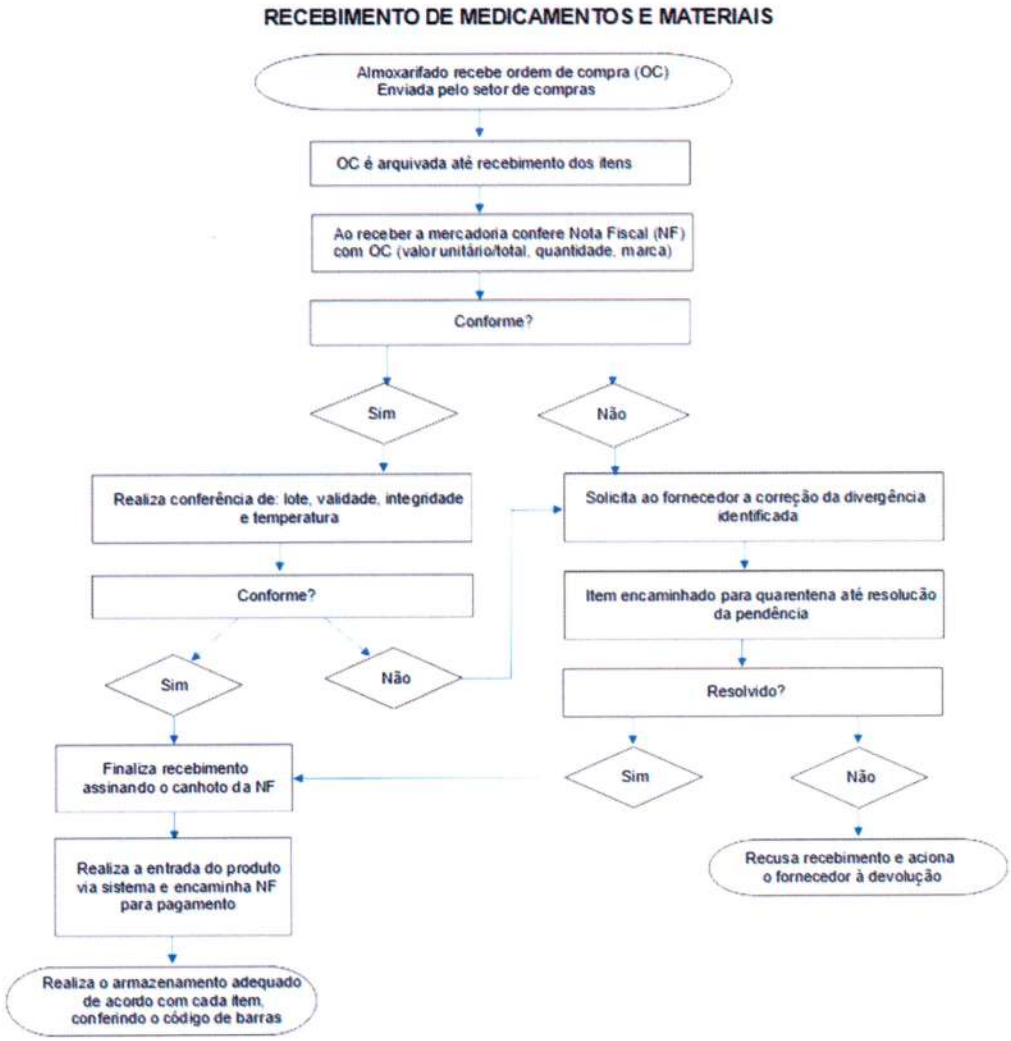


Figura 182 – Recebimento de medicamentos e materiais

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DISTRIBUIÇÃO

Receber Requisição — Receber a solicitação de materiais. As solicitações serão recebidas diariamente de acordo com cronograma entregue aos setores.

Separar os itens para entregar aos setores - Separar os itens a serem entregues, conforme a solicitação feita pelos setores da Policlínica.

Lançar baixa de Requisição de Material no Sistema Informatizado Registrar no Sistema Informatizado, a saída/consumo dos itens solicitados pelos setores e entregues pelo Almoxarifado.

Entregar produtos nos Setores - Entregar nos Setores os produtos solicitados no Almoxarifado, acompanhados por uma cópia da Requisição de Materiais para conferência no setor solicitante.

Receber e conferir entrega dos produtos - Receber e conferir, com base na cópia da solicitação os produtos entregues no setor e assinar recebimento.

FLUXO LOGISTÍCO DISTRIBUIÇÃO INTERNA DE MEDICAMENTOS

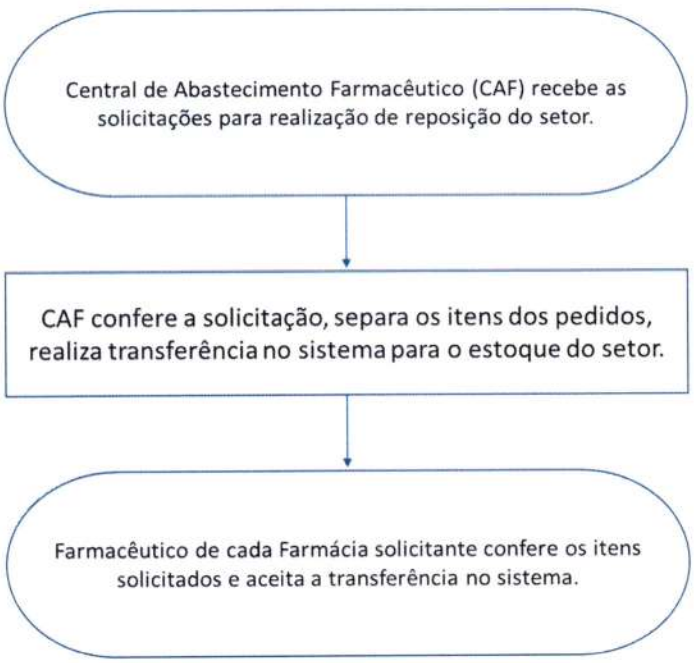


Figura 183 – Fluxo logistíco distribuição interna de medicamentos

INVENTÁRIO

Utiliza-se a contagem periódica de itens como uma forma de realizar os ajustes necessários no estoque físico e organização no sistema ao longo do tempo e minimizar eventuais inconformidades no decorrer dos meses.

O inventário será realizado:

- Diariamente, de forma aleatória, como forma de monitoramento dos produtos, especialmente em determinados grupos de medicamentos: de controle especial, dispensação excepcional, alto custo e os de maior rotatividade;
- Semanal, pela contagem por amostragem seletiva de 10 a 20% dos estoques;
- Trimestral ou semestral.
- Anual, obrigatoriamente, ao fim do ano-exercício, para atualização dos estoques e prestação de contas;
- Por ocasião do início de uma nova atividade, função, término de gestão, encerramento do ano em exercício, após período de afastamento, férias, entre outras condições.

Em caso de se localizar inconsistências entre os dados registrados e as informações da contagem física dos materiais, é preciso avaliar e definir um plano de ação com a finalidade de redução destes erros.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

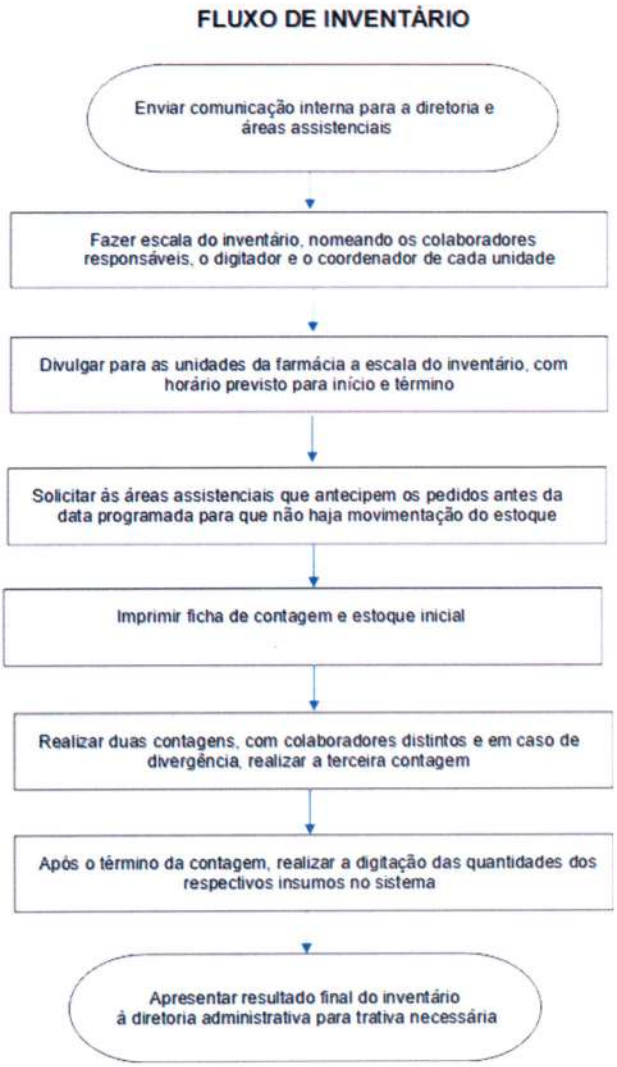


Figura 184 – Fluxo de inventário

CONTROLE

A finalidade de se controlar o estoque é manter uma vigilância constante de todos os processos, com o objetivo de detecção precoce de eventuais desvios padrões de ações esperadas, e proceder com sua correção de forma imediata, agindo pedagogicamente e não com adoção de penalidades. Indicadores:

- Índice de compra de urgência;
- Índice de compra não padrão;
- Índice de perda por validade;
- Índice de conferência quantitativa e qualitativa.

3.4.4 Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica

Objetivo

Este manual tem como objetivo normatizar e padronizar os procedimentos de aquisição, coleta, guarda e distribuição de materiais, garantindo a eficiência, transparência e conformidade no uso dos recursos públicos, além de garantir o abastecimento contínuo de insumos e materiais necessários ao funcionamento da Policlínica da Região Sudoeste – Quirinópolis. São abordados critérios para o processo de compras de bens de consumo, incluindo medicamentos e materiais hospitalares, assim como a contratação de obras e serviços especializados. Também visa informar aos colaboradores os processos internos e operacionais estabelecidos para qualificação, avaliação e acompanhamento do desempenho dos fornecedores, produtos e serviços oferecidos, fundamentado em padrões de qualidade definidos, promovendo a integração entre o setor de Compras/Suprimentos e demais setores.

Definições e Siglas

O.C – Ordem de compra

S.C – Solicitação de compra

NF – Nota fiscal

Descrição das Responsabilidades

- Setor Suprimentos

Suprir a Policlínica com os insumos necessários ao desenvolvimento das rotinas. Iniciar o processo de solicitação de compras confeccionando os seguintes documentos:

- S.C previamente requisitada pelo setor solicitante via sistema de gestão hospitalar, aprovação do setor de suprimentos, adequadamente assinada pelos responsáveis.

- Memorando de justificativa de compras devidamente assinado pela diretoria.

O processo de solicitação de compra é enviado para o setor responsável pela aquisição (setor de compras) cumprindo o cronograma estabelecido pela Sede Administrativa em relação as compras

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

para reposição de estoque (mensal), sendo os demais tipos de solicitações de compra enviadas conforme a necessidade.

- Setor Manutenção

Elaborar as solicitações de serviços e produtos de manutenção, encaminhar para setor de suprimentos para aprovação e elaboração do processo.

- Setor Compras

Selecionar propostas que atendam aos princípios estabelecidos no Regulamento de Compras (em anexo) considerando sempre a melhor oferta.

- Setor Almoxarifado

Receber e realizar a conferência dos produtos fisicamente e de acordo com O.C e NF. Identificar os itens solicitados, tecnicamente inadequados, baseado nos critérios da Avaliação do Fornecedor assegurando a manutenção do processo de qualificação dos fornecedores e realizar as devidas tratativas.

Armazenamento e distribuição adequada dos itens recebidos.

- Setor Solicitante

Este se refere aos gestores das áreas assistenciais responsáveis pela elaboração da S.C e análise técnica dos itens.

Planejamento da aquisição

O setor de suprimentos é responsável pelo planejamento da aquisição de medicamentos, materiais e insumos hospitalares, utilizando-se de ferramentas para o gerenciamento do estoque para análise de necessidade. Utilizamos a curva ABC de consumo com para classificar os itens em categorias de acordo com o valor que representam no total de gastos, para acompanhar mais de perto os itens de maior impacto financeiro, aliada a curva XYZ de criticidade, que avalia o quão essencial cada item é para o funcionamento das operações, garantindo que os itens mais críticos sejam priorizados. Essas ferramentas são excelentes aliados para controlar o estoque de forma rigorosa e obter eficiência.

Após a análise dos relatórios gerados pelo sistema, que fornecem a média de consumo mensal, o saldo atual em estoque e uma projeção de fornecimento em dias, também é considerado o prazo de entrega. Essas informações auxiliam o setor de suprimentos a decidir o que, quando e quanto comprar, garantindo uma gestão mais inteligente.

Leva-se em consideração o seguinte cálculo para realização da S.C:

Quantidade a solicitar = Consumo Diário x 75 dias – Saldo em estoque – Quantidade comprada em trâmite.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

O estoque é acompanhado diariamente, os itens que apresentarem a projeção inferior a 30 dias, simboliza que o estoque de segurança está comprometido e com possível ruptura. Desse modo como plano de contingência é realizada uma compra emergencial para suprir o estoque.

Negociação

Os processos de compras são acordados através de plataforma eletrônica, o qual os fornecedores cadastrados e habilitados são convidados de forma on-line a participarem do processo de compras inserindo as propostas na plataforma. São consideradas os valores sempre no mínimo com três propostas da melhor oferta, conforme Regulamento de Compras (em anexo).

É realizado a finalização do processo de negociação emitindo a O.C com os fornecedores ganhadores e enviado para o setor de suprimentos e almoxarifado para acompanhar a entrega.

O setor de compras do IPGSE conta com o serviço de uma plataforma de compras moderna, que possibilita diminuir o tempo de ressuprimento, reduzir o estoque e automatizar processos.

Composição dos processos

Processo solicitação de compras

- Protocolo de envio (Realizado pelo sistema IPGSE Protocolos);
- Solicitação de compras devidamente assinada pelos gestores da área solicitante e diretoria administrativa;
- Memorando de justificativa de compras assinado pela diretoria administrativa.

Processo para pagamento

- Protocolo de envio (Realizado pelo sistema IPGSE Protocolos);
- Solicitação de pagamento;
- NF do produto entregue;
- Carta de correção, se houver;
- Memória de Cálculo;
- O.C;
- Relatório de entrada no sistema de gestão hospitalar;
- Carta informativa (descrevendo todo o processo);
- Certidões Negativas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Parecer técnico do controle interno;
- Autorização de pagamento.

Avaliação de fornecedor

A qualificação dos fornecedores inicia-se com a verificação de toda a documentação legal obrigatória para a habilitação, garantindo que o fornecedor atenda às exigências regulatórias e fiscais. Além disso, é feita uma avaliação criteriosa de seu desempenho, considerando aspectos como pontualidade nas entregas, conformidade com as especificações dos produtos, qualidade dos materiais fornecidos e capacidade de atendimento. Com base nesses critérios, o fornecedor é classificado, permitindo que a organização tenha uma visão clara de seu desempenho e possa priorizar aqueles que oferecem melhores resultados.

A classificação dos fornecedores será definida com base nos critérios, visando garantir a excelência no adequada e a manutenção de padrões de qualidade:

- Atraso da entrega;
- Cancelamento de entrega do item solicitado;
- Validade dentro do prazo estipulado;
- Lote e marca entregue conforme NF e O.C, respectivamente;
- Condições de temperatura;
- Integridade dos itens;
- Qualidade do relacionamento entre as partes.

Os critérios mencionados acima serão aplicados para calcular o desempenho do fornecedor, resultando em uma nota percentual que determina sua classificação final. O desempenho é avaliado com base no cumprimento dos prazos, qualidade dos produtos, conformidade.

Em caso de desqualificação, o fornecedor será formalmente notificado por e-mail, com uma explicação detalhada sobre os motivos que levaram à sua exclusão do rol de fornecedores aprovados. O documento incluirá as áreas específicas em que o fornecedor não atenderá aos requisitos exigidos, possibilitando que ele compreenda os aspectos.

O fornecedor desqualificado poderá ser reconsiderado para futuras negociações, desde que comprove, por meio de evidências claras, que implemente ações corretivas para melhorar o desempenho nos critérios avaliados. Após a adoção das medidas possíveis, ele poderá solicitar uma nova avaliação para requalificação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Análise Técnica

Para aquisição de itens que possuem especificação técnica que necessitem de análise mais específica, bens de grande valor e equipamentos é necessário o envio da ficha técnica via e-mail para análise do setor solicitante antes da confirmação junto ao fornecedor.

Quando um item é adquirido e sua qualidade se revela ruim, sendo essa deficiência percebida apenas após o uso, a área solicitante deve registrar o caso no sistema de gestão de documentos, por meio de um processo denominado **Tecnovigilância,** específico para o produto. Esse procedimento permite avaliar a qualidade do item e, se confirmado que ele não atende aos padrões exigidos, a marca pode ser desqualificada. Com isso, o produto ficará impedido de ser adquirido em futuros processos de compra, evitando problemas recorrentes e garantindo a qualidade dos materiais fornecidos.

A notificações de tecnovigilância são de extrema importância para a segurança e a qualidade do atendimento prestado. Essas notificações desempenham um papel fundamental no monitoramento contínuo de produtos médicos, como equipamentos, dispositivos e insumos, permitindo a identificação precoce de falhas, problemas técnicos e riscos potenciais.

Através das notificações, é possível informar fabricantes, distribuidores e órgãos reguladores sobre problemas com produtos ou tecnologias. A ação corretiva imediata ajuda a mitigar riscos antes que ocorram complicações mais graves.

Prazo para entrega dos pedidos

- Medicamentos e materiais padronizados solicitados mensalmente – Até o 5º dia útil do mês de referência.
- Medicamentos e materiais não padronizados – Até 48 horas após a solicitação.
- Solicitações emergenciais – Até 48 horas após a solicitação.

Acompanhamento do pedido de compra – Follow - up

Manter um canal de comunicação aberto e constante com os fornecedores é fundamental para garantir a fluidez no processo de compras. O acompanhamento cria uma ponte entre a instituição e os fornecedores, possibilitando o esclarecimento de dúvidas, a solução de problemas logísticos e o ajuste de prazos ou condições de entrega quando necessário. Esse diálogo contínuo melhora o relacionamento comercial e promove uma parceria mais eficiente, baseada na confiança e no compromisso mútuo.

A falta de materiais essenciais pode resultar em graves consequências como interrupção de procedimentos médicos. O acompanhamento de pedidos permite o monitoramento contínuo das entregas, ajudando a prevenir rupturas de estoque. Com o acompanhamento constante, a equipe pode tomar decisões proativas, evitando que os estoques alcancem níveis críticos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Será realizado diariamente pelo setor de suprimentos após o recebimento da O.C seguindo as etapas:

- Solicitação da NF;
- Acompanhamento da coleta;
- Solicitação e acompanhamento da previsão de entrega

Os pedidos que não forem faturados com emissão de NF dentro do prazo estabelecido pelo fornecedor na carta cotação serão automaticamente cancelados pela Policlínica da Região Sudoeste - Quirinópolis, e os mesmos serão notificados via e-mail pelo setor de compras.

Recebimento

Serão recebidos os produtos obrigatoriamente acompanhados da NF, corretamente preenchida e sem rasuras.

No ato do recebimento deve ser realizada inspeção da mercadoria verificando a conformidade dos seguintes itens:

- Conferência entre O.C e NF;
- Conferência da NF contendo os dados legais do IPGSE e dados bancários para depósito em conta;
- Conferência de marca solicitada;
- Conferência da descrição;
- Conferência de apresentação;
- Conferência de forma farmacêutica;
- Conferência de concentração;
- Conferência da quantidade por embalagem;
- Conferência de valor unitário;
- Conferência das condições de conservação;
- Conferência do lote do produto devendo ser o mesmo descrito na NF;
- Conferência do prazo de validade igual ou superior a 12 meses.

Em caso de não conformidade, o almoxarife notifica o fornecedor via e-mail, solicitando providências em até 24 horas após a notificação. Nesse ínterim, o produto será armazenado em uma área denominada como "quarentena" até a completa resolução do problema.

A empresa deve respeitar o prazo de entrega pré-estabelecido na O.C e em caso de descumprimento das normas, o IPGSE notifica a não conformidade ao fornecedor, impactando assim a sua qualificação.

Horário de recebimento

As entregas deverão ser realizadas de acordo com a programação estabelecida abaixo:

- Segunda a Sexta-feira: 08:00 as 17:00 horas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Procedimento de Guarda e Armazenamento

Organização do Estoque

Classificação dos Materiais: Os materiais devem ser organizados por categorias, de acordo com o tipo de produto, realizando o controle de vencimento.

Controle de Estoque

- Inventário Físico: Inventários periódicos devem ser realizados para garantir a precisão do controle de estoque e evitar desvio de materiais.
- Registro de Entradas e Saídas: Todas as movimentações de materiais devem ser registradas no sistema de controle de estoque, garantindo transparência e rastreabilidade.

Procedimento de Distribuição de Materiais

Solicitação Interna

- Solicitação pelas Áreas: As áreas internas da Policlínica deverão solicitar os materiais necessários via sistema eletrônico, detalhando especificamente a quantidade necessária.
- Análise da Solicitação: A equipe de suprimentos analisará a disponibilidade dos materiais em estoque e aprovará a solicitação conforme a demanda e critérios de economicidade.

Entrega

- Preparação dos materiais: A equipe de suprimentos deve preparar os materiais solicitados, observando critérios de validade e condições de transporte, garantindo que os produtos cheguem às áreas solicitadas em condições de materiais adequadas.
- Registro de Saída: Todas as saídas de materiais devem ser registradas no sistema de controle de estoque, identificando o solicitante, a quantidade entregue e os dados de entrega.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Realizar registro no Interact de não conformidades ou eventos.

REFERENCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 01 — IPGSE/2021 DE 27/01/2021. Disponível em: https://ipgse.org.br/wp-content/uploads/2021/05/IPGSE-REGULAMENTO-DE-COMPRAS-CONTRATACOES-DE-OBRAS-E-SERVICOS-E-ALIENACOES-DE-BENS-PUBLICOS-RN-No-01.pdf. Acesso em: 30 nov. 2024.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ANEXO

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 01 — IPGSE/2021 DE 27/01/2021

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 01 — IPGSE/2021 DE 27/01/2021

Institui o Regulamento de Compras, Contratações de Obras e Serviços e Alienações de Bens Públicos.

O Conselho de Administração da Instituição do INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS — IPGSE, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob nº 18.176.322/0001-51, com sede à Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, Rio Verde, Goiás - CEP 75.901-140, no exercício de suas atribuições e competências estatutárias, estabelece e determina o presente Regulamento de Compras, Contratação de Obras e Serviços e Alienações de Bens Públicos.

CAPÍTULO I
DA FINALIDADE

Art. 1º - O presente instrumento tem como objetivo regulamentar os procedimentos gerais para as compras e para as contratações de obras e serviços a serem realizados pelo IPGSE, com a utilização de recursos financeiros provenientes do poder público e de doações destinadas à unidade gerida, bem como para regulamentar a alienação de bens públicos.

§ 1º- Na condição de Organização Social, qualificada no âmbito da Saúde no âmbito do Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.758 de 30 de novembro de 2020, por este Regulamento se submete aos princípios constitucionais e da administração pública, minimamente na observância da legalidade, da razoabilidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia e do julgamento objetivo.

§ 2º- O IPGSE adotará procedimentos de compra, contratação de obras e contratação de serviços seguindo ao estabelecido no presente regulamento, sempre que os termos da legislação ou do instrumento celebrado para o recebimento do recurso financeiro assim o exigir.

§ 3º- Os procedimentos instituídos pelo presente regulamento não se aplicam às despesas realizadas com recursos próprios do IPGSE, bem como aqueles que por sua origem e natureza exigirem procedimentos próprios, a exemplo dos convênios, parcerias, termos de colaboração, termos de fomento, concursos ou outra forma de avença, firmados com o poder público, iniciativa privada, organismos nacionais ou internacionais.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CAPÍTULO II
DAS DEFINIÇÕES

Art. 2º - Para a finalidade deste regulamento considera-se:

I. Compra: toda aquisição remunerada de materiais de consumo e/ou bens permanentes para fornecimento de uma só vez ou de forma parcelada, com a finalidade de suprir a Instituição de Gestão e a Unidade gerida com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

II. Contratação: vínculo jurídico formal com o fornecedor de bens de consumo, bens permanentes, obras e serviços, expressos por ordem de compra ou contrato.

III. Obra: toda construção, demolição; reforma, recuperação ou ampliação de edificação ou de qualquer outra benfeitoria agregada ao solo ou subsolo e demais atividades que envolvam as atribuições privativas de Engenharia e Arquitetura.

IV. Serviço: prestação de qualquer trabalho intelectual, técnico ou manual, quando não integrante de execução de obra.

V. Alienação: toda cessão ou transferência de bens móveis, onerosa ou gratuita, permanente ou temporária.

VI. Carta Cotação: documento formal emitido pelo IPGSE dando conhecimento público de seu interesse em comprar, contratar ou alienar, com todas as informações necessárias.

VII. Parecer de Compras: documento elaborado pelo comprador relatando sucintamente a negociação e o seu resultado.

VII. Ordem de Compra: documento formal emitido pelo IPGSE concretizando o ajuste comercial com o fornecedor, e encerra o procedimento de compras, representando fielmente todas as condições da negociação, a exemplo de descontos, prazo de entrega, condição de pagamento e outras consideradas relevantes.

IX. Contrato: documento formal que em razão da natureza ou complexidade do ajuste comercial, estabelece por meio de cláusulas, as condições de fornecimento de bens de consumo, bens permanentes, obras, serviços e outras avenças, em conformidade: com o Direito Civil Brasileiro e os princípios da teoria geral de contratos.

X. Aquisição/Contratação de Grande Vulto: refere-se àquele cujo valor total aquisição/contratação ultrapassa a R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais).

XI. Aquisição/Contratação Comum: refere-se àquele cujo objeto adquirido/contratado é usualmente comercializado no mercado, ou seja, cuja qualidade, medida e especificação são conhecidas e praticadas no mercado.

XII. Aquisição/Contratação Complexa: refere-se àquela que exigem um grau de dificuldade que não são conhecidas no mercado, e/ou exigem uma personalização, com especificação técnica inédita para atendimento da necessidade do IPGSE.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

XIII. Aquisição/Contratação de Pequeno Valor: refere-se aquelas, até o limite de R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais)

CAPÍTULO III
DAS OBRIGAÇÕES

Art.3° - Na operacionalização dos procedimentos definidos neste regulamento do IPGSE deverá:
§1° - Manter os registros referentes as compras/contratações em processos identificados e numerados cronologicamente, contendo suas páginas numeradas e rubricadas pelo setor responsável de forma a permitir a rastreabilidade e auditoria de conteúdo dos mesmos.
§2° - Determinar os responsáveis pela realização das ações de planejamento, coordenação, supervisão e controle que permitam o adequado gerenciamento da contratação de obras e serviços, aquisição de bens e alienações.
§3° - Manter distintas, em sua estrutura, as funções: compra/contratação, recebimento e pagamento, descentralizando as respectivas tarefas e atribuições.
§4° - Cumprir as rotinas estabelecidas, observando a necessidade da obra, serviço, compra ou alienação, divulgação e cumprimento dos prazos, sistemática de cotação, análise técnica e eleição da melhor proposta.
§5° - Observar nas alienações, a necessidade, a possibilidade e a realidade do mercado, bem como os procedimentos legais, conforme o caso.
§6° - Realizar procedimentos de registros, em controles orçamentários, financeiros e contábeis de todas as contratações de obras, serviços, compras e alienações, permitindo diferenciar a origem dos recursos, provenientes do Contrato de Gestão, em conformidade com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC e de Controles Administrativos.

CAPÍTULO IV
DOS PROCEDIMENTOS DE COMPRA E CONTRATAÇÃO

Art. 4° - Serão adotados para os procedimentos de compra e contratação, no mínimo, as seguintes etapas:
I. Emissão da solicitação de compra ou contratação por meio de documento formal com a descrição do objeto da compra ou contratação, além das informações complementares necessárias.
II. Publicação da Carta Cotação com a descrição do objeto e dos critérios da compra ou contratação, devidamente referenciada em termo próprio com as informações complementares, no sítio próprio do IPGSE na internet, podendo ainda publicar em plataforma eletrônica de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

compras, jornais, de circulação local ou nacional e no Diário Oficial do Estado de Goiás, de forma isolada ou concomitante.

III. Recebimento das propostas no prazo e local estipulado, contendo o preço e demais informações determinadas na Carta Cotação.

IV. Análise das propostas em consonância com o objeto e informações contidas na Carta Cotação e emissão de parecer técnico, quando for o caso.

V. Julgamento da melhor proposta levando em consideração os critérios objetivos definidos na Carta Cotação, respeitados os limites estabelecidos no presente Regulamento.

VI. Análise dos documentos de habilitação das empresas que ofertarem proposta.

VII. Publicação do resultado por meio de sítio do IPGSE na internet, contendo o nome da empresa que ofertarem proposta.

Art. 5° - A solicitação de compra ou contratação deverá ser instruída com no mínimo as seguintes informações:

I. Descrição detalhada do produto, do bem, da obra ou serviço.
II. Especificações técnicas.
III. Quantidade e forma de apresentação.
IV. Local e prazo de entrega.
V. Documentação relativa à qualificação técnica, quando necessário.
VI. Justificativa da compra ou contratação.
VII. Valor estimado.

§1° - A solicitação de compra ou contratação deverá ser assinada pelo responsável da área solicitante, submetida à autorização do Diretor da Unidade e encaminhada ao Superintendente Administrativo do IPGSE para autorização e encaminhamento dos procedimentos da compra ou contratação.

§2° - A indicação de marca ou fabricante, quando imprescindível, será admitida como mera referência.

§3°- As compras e contratações no valor de até R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) poderão ser realizadas sem o valor estimado, seguindo o rito do artigo 6° ou do artigo 15, desde que comprovada a compatibilidade de preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, três propostas de preços ou por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de ouros clientes com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

§4°- Os preços do banco de dados próprio da Organização Social, poderão ser utilizados como valor estimado.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art.6º - O IPGSE dará publicidade prévia aos avisos de compras, contratações de obras, de serviços e alienações, no prazo mínimo de 05 (cinco) dias úteis, para aquisições/contratações comuns e de no mínimo 10 (dez) dias úteis para aquisições/contratações complexas ou de grande vulto nos seguintes canais de comunicação:

I. Sítio eletrônico na internet do IPGSE (www.ipgse.org.br), para todas as aquisições, contratações e alienações, incluídas aquelas que forem realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras;

II. Diário Oficial do Estado, para aquisições, contratações e alienações, cujo valor esteja acima de R$ 100.000,00 (cem mil reais), considerado o valor estimado da aquisição, da contratação ou da alienação;

III. Jornal de grande circulação estadual e/ou nacional para aquisições, contratações e alienações, cujo valor esteja acima de R$500.000,00 (quinhentos mil reais), considerando o valor total estimado da aquisição, da contratação ou da alienação;

IV. Na imprensa oficial, quando julgar necessário.

§1º- Havendo publicação em mais de um canal acima descrito, a contagem de prazo se dará a partir daquela que ocorrer por último.

§2º- O IPGSE divulgará na Carta Cotação as condições para recebimento das propostas, estabelecendo o prazo, o local de entregam o objeto e a forma de apresentação do preço dentre outras.

§3º- Em todas as hipóteses elencadas nos incisos I, II, III E IV deste artigo, deverão ser disponibilizadas no sítio eletrônico na Internet do IPGSE as versões integrais das Cartas Cotações das aquisições/contratações a serem realizadas.

Art. 7 – Para o recebimento das propostas o IPGSE definirá os critérios e condições mínimas que deverão constar na apresentação da proposta.

§1º- A proposta vinculará o proponente, cujo descumprimento ensejará na desclassificação.

§2º- No caso de divergência entre a proposta e as condições e critérios estabelecidos na Carta Cotação, o IPGSE poderá solicitar a retificação da proposta, sob pena de desclassificação.

§3º- O descumprimento de qualquer uma das condições impostas neste regulamento ensejará no não recebimento da proposta ou na desclassificação do proponente, observada a possibilidade de retificação de que trata o parágrafo anterior.

Art. 8 – O setor de Compras e Suprimentos poderá determinar a análise técnica da proposta que será realizada pelo solicitante do produto, bem, serviço ou obra.

§1º- Na análise dos aspectos técnicos da proposta, emitirá parecer técnico habilitando ou desabilitando as propostas integral ou parcialmente, com fundamento na descrição da Carta Cotação, facultando-se, quando necessário, para subsidiar a análise, solicitar do proponente

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

informações complementares do produto, bem ou serviço, amostras, rol de clientes e visita técnica.

§2°- Somente poderão lograr-se vencedoras dos procedimentos de compras e contratações, as empresas que tenham seus produtos/marcas cadastrados, aprovados e devidamente registrados no banco de dados do IPGSE, até a data do recebimento das propostas.

§3°- Nos casos em que as amostras apresentadas forem aprovadas após o prazo estabelecido no parágrafo anterior, as empresas poderão fornecer para o IPGSE apenas em aquisições futuras.

§4°- A análise técnica será dispensada nos seguintes casos:

I. Quando a marca ou modelo orçado para um determinado produto já for aprovado pelo IPGSE, com as informações devidamente anotadas no seu Banco de Dados.

II. Quando por natureza, a aquisição ou contratação dispensar a análise técnica, a exemplo da contratação de cursos, publicação em jornais e aquisição de passagem aérea.

Art. 9°- Para apuração da melhor oferta da compra ou da contratação deverão ser observados principalmente, e naquilo que couber, os seguintes requisitos:

I. Qualidade
II. Preço
III. Prazo de entrega
IV. Faturamento mínimo.
V. Prazo de validade
VI. Análise técnica
VII. Durabilidade do produto/serviço
VIII. Garantia do produto/serviço
IX. Avaliação de fornecedores
X. Custo do transporte e do seguro da carga até o local da entrega
XI. Economia na execução, conservação e operação
XII. Adoção das normas técnicas de saúde e de segurança do trabalho
XIII. Impacto ambiental
XIV. Atendimento ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica específico, se constitua em alta complexidade ou envolva área ou atividade essencial.

§1°- O IPGSE a qualquer tempo poderá desclassificar a proposta ou desqualificar o proponente sem que a esse caiba direito de indenização, na hipótese de vir a tomar conhecimento de fato ou de circunstância que desabone sua idoneidade financeira ou técnica, ou ainda que comprometa sua capacidade de produção, relativo à entrega e qualidade dos produtos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

§2°- Em busca da economicidade em suas compras/contratações o IPGSE poderá, durante a análise das propostas, convidar as empresas habilitadas a apresentar novas propostas de preços dando tratamento isonômico a todas as participantes

§3°- O serviço de Compras emitirá Parecer de Compras declarando a melhor proposta aquela que, depois de esgotados todos os meios de negociação com uma ou mais empresas, com intuito de reduzir os preços ofertados, apresentar as melhores condições de fornecimento, observado o determinado no caput deste artigo.

Art. 10° - Para se habilitar na oferta de preço os proponentes deverão apresentar os seguintes documentos:

I. Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ;

II. Última alteração do Contrato ou Estatuto Social, desde que devidamente consolidada, ou Contrato e Estatuto de Constituição acompanhado da última alteração contratual;

III. Inscrição Estadual ou declaração de isento;

IV. Inscrição Municipal ou declaração de isento, no caso de obras e serviços;

V. Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante Certidão Conjunta de débitos relativos a Tributos Federais e da Dívida Ativa da União, que abranja inclusive a regularidade relativa às contribuições previdenciárias e sociais;

VI. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual de Goiás, mediante Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Estaduais.

VII. Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, mediante Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Municipais, no caso de obras e serviços;

VIII. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, através da apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS – CRF;

IX. Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho;

X. Documentos pessoais dos sócios ou dos dirigentes (RG e CPF)

XI. Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) do representante da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;

§1°- A documentação de que tratam os incisos II, III, IV, X e XI deste artigo poderá ser dispensada, no todo ou em parte, nos casos de aquisições/contratações no valor de até R$ 80.000,00 e para os casos de fornecimento de bens com entrega imediata de aquisição/contratação via ordem de compras.

§2°- Admitir-se há como válida a certidão positiva com efeito de negativa.

§3°- As certidões negativas poderão ser apresentadas até análise de regularidade do processo de aquisição/contratação, realizada pelo Jurídico do IPGSE.

§4°- A documentação de que tratam os incisos V, VI, VII, VIII e IX, desse artigo, pode ser dispensada nos seguintes casos:

a) Aquisições/Contratações no valor de até o limite de R$8.800,00 (oito mil e oitocentos reais);

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

b) Naquelas consideradas emergenciais, quando comprovadamente colocarem em risco de parecimento de bens jurídicos, postos sob a tutela do IPGSE, ou ainda impuser risco a saúde e ou integridade física de pessoas ou pacientes;

c) Nos casos de fornecedor exclusivo e/ou na inexistência de outros fornecedores na localidade

§5°- O IPGSE aceitará o Cadastro Unificado de Fornecedores do Estado – CADFOR, emitido pelo ComprasNET.GO, em substituição aos documentos determinados no "caput" deste artigo.

Art.11º Caso o proponente que apresentou a melhor proposta não seja habilitado, será convocado o seguinte para negociação, e assim sucessivamente, até que haja uma empresa habilitada, observado o valor estimado para a compra/contratação.

§1°- Em caso de não restar nenhuma empresa habilitada, apta a fornecer, será realizado novo procedimento, nos termos do artigo 6°.

§2°- Persistindo a ausência de fornecedores habilitados, poderá ser realizada a aquisição/contratação nos mesmos do parágrafo 2° do artigo 15° deste regulamento.

§3°- A observância do valor estimada para a compra/contratação de que trata a farte final do caput será dispensada quando as propostas de preço comprovarem que o valor estimado esteja desatualizado ou fora da realizada do mercado.

§4°- Os preços do banco de dados próprio do IPGSE poderão ser utilizados como comprovação de preços de mercado, durante a fase de negociação.

Art. 12° - As compras ou contratações deverão ser autorizadas e efetivadas das seguintes formas:

§1°- As compras/contratações cujo valor global seja superior a R$ 200.000,00 (duzentos mil reais) serão autorizados pelo Conselho de Administração do IPGSE, independente de convocação, sem prejuízo da autorização do Superintendente Administrativo Financeiro e Superintendente Geral do IPGSE.

§2°- A autorização do Conselho de Administração Específico poderá se dar ad referendum sempre que a autorização prévia não for possível.

§3°- As compras ou contratações cujo valor global seja igual ou inferior a R$100.00,00 (cem mil reais) serão autorizadas:

a) Nos casos de contrato pelo Superintendente Geral, após parecer favorável da compra, assinado pelo Superintendente Administrativo Financeiro.

b) Nos casos de ordens de compra pelo Superintendente Administrativo Financeiro e Superintendente Geral.

§4°- A Ordem de Compra corresponde ao contrato formal efetuado com o fornecedor encerra o procedimento de compras, representando fielmente todas as condições da negociação, a exemplo da descrição detalhada do produto/serviço, unidade de medida, marcam quantidade, valor unitário e total, descontos, prazo de entrega, forma de pagamento, obrigações das partes e outras consideradas relevantes para a gestão do processo

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

§5°- A ordem de compra deverá ser assinada pelo Gerente de compras e suprimentos, pelo superintendente Administrativo e pelo Superintendente Geral.

§6°- Nos casos de compras ou contratações, que por sua natureza ou complexidade a administração do IPGSE julgar conveniente, será lavrado contrato, que será regido pelo Direito Civil Brasileiro e pelos princípios da teoria geral de contratos.

§7°- Toda compra ou contratação, independentemente do valor realizada por meio de contrato se dará mediante autorização do Superintendente Administrativo Financeiro no Parecer de Compras e assinatura do Superintendente Geral no contrato.

§8°- O superintendente Geral e o Superintendente Administrativo Financeiro são hábeis para suprir mutuamente suas eventuais ausências, na assinatura dos pareceres de compras, das Ordens de Compras e dos Contratos, facultando-se ao Superintendente Administrativo a delegação de poderes por meio de instrumento administrativo próprio.

Art 13° - Os resultados de todas as compras, contratações de obras e serviços, incluídas aquelas previstas no artigo 15°, e as alienações serão disponibilizados no sítio eletrônico do IPGSE, durante a vigência do contrato de gestão, observada minimamente as seguintes informações:

Nos casos de ordem de compra.

a) Nome da empresa

b) CNPJ

c) Descrição do item

d) Quantidade do item

e) Valor total

II. Nos casos de Contrato

a) Nome da empresa

b) CNPJ

c) Objeto do contrato

d) Vigência do contrato

e) Valor mensal

f) Valor total

§1º - Quando a contratação resultar em contrato, o mesmo também deverá ser disponibilizado no sítio eletrônico do IPGSE na internet.

§2º - Os contratos e seus aditivos também deverão ser disponibilizados, integralmente no sítio eletrônico do IPGSE.

Art. 14º - Concluída a compra ou contratação, cumprirá as áreas competentes o recebimento do produto, bem ou do serviço, se de outra forma não for determinado:

I. O Serviço de Almoxarifado é competente para o recebimento dos bens de consumo.

II. O Serviço de Patrimônio é competente para o recebimento de bens permanentes.

III. O Serviço de Manutenção é competente para o recebimento de obras e serviços.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

IV. O Serviço de Engenharia Clínica é competente para o recebimento de serviços especializados realizados nos equipamentos médico-hospitalares e apoio ao Serviço de Patrimônio no recebimento de bens patrimoniais médico-hospitalares.

§ 1º: Ficam os referidos Serviços, da mesma forma, responsáveis em atestar a conclusão da. Ordem de Compras ou do Contrato de acordo com as especificações neles contidos, e ainda pelo encaminhamento da Nota Fiscal para pagamento.

§ 2º- Nos contratos celebrados pela IPGSE, bem como nas Ordens de Compras, devem constar a obrigação de que o fornecedor deixe registrado de forma impressa no corpo das notas fiscais emitidas e/ou documentos equivalentes o número do Contrato de Gestão e seus aditivos a que a despesa se refere.

CAPÍTULO V
DAS EXCEÇÕES

Art. 15º - Ficam excepcionalizados da publicidade prévia disposta no artigo 6º os seguintes casos:

I. Contratação de concessionário ou permissionário de serviços públicos se o objeto do contrato for pertinente ao da concessão ou permissão.

II. Contratação com empresas cujo objeto tenha o preço submetido a tabela controlada pelo governo, quando não for possível o estabelecimento da concorrência.

III. Na contratação de serviços de manutenção em que a desmontagem do equipamento, seja condição indispensável para a realização do orçamento, com a possibilidade de aumentar o dano do equipamento.

IV. Quando o fornecedor for exclusivo para o objeto da compra ou contratação, desde que comprovada a exclusividade, através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio local, pelo Sindicato ou equivalente, ou ainda por declaração do fabricante, vedada a preferência de marca.

V. Na contratação de empresa especializada ou profissional de notória especialização, assim entendido aqueles cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com sua atividade, permita inferir que o seu trabalho é o mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado, desde que comprovada a inviabilidade de competição.

VI Contratação de empresas públicas, entidades paraestatais, entidades sem fins lucrativos na área de educação profissional, encaminhamento para pesquisa científica, tecnologia, organizações sociais, universidades nacionais ou estrangeiras.

VII. Aquisição/contratação cujo valor não exceda a R$35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

reais), considerado o valor total das aquisições e/ou contratações realizadas durante o ano, por contrato de gestão.

VIII. Nas compras ou contratações realizadas em caráter urgência ou emergência, caracterizadas pela ocorrência de fatos inesperados e imprevisíveis, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas ou equipamentos, reconhecidos pela administração.

IX. Nos casos de grave perturbação da ordem pública ou calamidade pública, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas, equipamentos, patrimônio público ou particular sob responsabilidade do IPGSE, reconhecidos pela administração.

X. Quando não acudirem interessados à seleção anterior devidamente publicada nos termos do artigo 6º e esta, justificadamente, não puder ser repetida sem prejuízo para o objeto do contrato de gestão, mantidas, neste caso, todas as condições preestabelecidas.

XI. Aquisição/contratação que utilizados valores registrados em Atas de Registros de Preços Vigentes, para formalizar negociação diretamente com fornecedor vencedor e propor a contratação nos mesmos moldes do Poder Público contratante.

§ 1º- Nas hipóteses dos incisos IV, V e VI, deste artigo, a empresa contratada deverá comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

§2º- As compras ou contratações realizadas com fundamento nos Incisos VU, VOL IX e X, deste artigo, serão realizadas por meio de pesquisa de mercado, mediante cotação de preços, sempre que possível junto a, no mínimo, 03 (três) interessados, podendo essa ser realizada por telefone, e-mail ou orçamentos, devidamente registrada no respectivo processo de compras/contratação ou comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de informações do banco de dados próprio, contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

§ 3º- As compras ou contratações realizadas com fundamento neste artigo serão autorizadas pelo Superintendente Administrativo.

§ 4º - As compras ou contratações realizadas com fundamento no Inciso XI, deste artigo, poderão ser aplicadas somente nos casos em que a licitação tiver sido promovida por órgão ou entidade da União, dos Estados ou do Distrito Federal, devendo constar no respectivo processo de compra/contratação a Ata de Registro de Preços que serviu de referência para negociação, bem como cópia de sua publicação na Imprensa Oficial.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CAPÍTULO VI
DOS CONTRATOS

Art. 16º - O instrumento contratual é obrigatório para todas as contratações de obras, fornecimento e prestação de serviços contínuos, e para compras e serviços onde não haja entrega imediata, e facultativo nos demais casos em que o IPGSE puder substituir por outros instrumentos hábeis.

§1º — Entende-se por compras/contratações para entrega imediata, aquelas cujo prazo de entrega seja de até trinta dias da emissão da ordem de compra.

§ 2º — Ficam excepcionalizados da formalização de contratos, os seguintes casos de compras/contratações:

a) aquelas cujo prazo de entrega seja de até trinta dias da emissão da ordem de compra;

b) aquelas cuja contratação de serviços de engenharia seja de valor inferior a R$ 150.000,00.

c) aquelas cuja aquisição de bem ou serviço, exceto de engenharia, seja de valor inferior a R$ 80.000,00.

§ 3º - Para os casos que se tratam as alíneas a, b, c do parágrafo anterior, o instrumento contratual será substituído pela ordem de compra, nos termos do parágrafo 4º, artigo 12º deste Regulamento.

§ 4º A Ordem de compra passará a ter efeito de contrato quando ostentar a expressa concordância, através da assinatura do fornecedor no referido documento.

Art. 17º - Os contratos firmados com base neste regulamento estabelecerão, por escrito, com clareza e precisão, as condições para sua execução, expressas em cláusulas que estejam em conformidade com o instrumento de seleção e com a proposta a que se vinculam, devendo conter, no mínimo, cláusulas que estabeleçam necessariamente:

I. A qualificação das partes;

II. O objeto e seus elementos característicos, contendo a especificação da obra, do serviço; do produto ou do bem;

III. Os valores unitários e totais e as condições de pagamento;

IV. O prazo de vigência do contrato;

V. Quantitativos;

VI. Direitos, obrigações e responsabilidades das partes;

VIII. As penalidades cabíveis e, quando aplicável, os valores das multas; VII. Os índices de reajuste e, quando aplicável, as garantias;

IX. Os casos de rescisão;

X. Outras previamente estabelecidas no instrumento de seleção.

§ 1º- Os contratos terão prazo determinado de vigência inicial de até 12 meses, salvo as situações devidamente justificadas, não podendo ultrapassar em eventuais prorrogações a 60

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

(sessenta) meses, devendo o IPGSE, anualmente, nesses casos, comprovar que a prorrogação da avença atende ao princípio da economicidade, exceto os casos em que o fornecedor detiver o monopólio ou exclusividade da atividade. Ficando o IPGSE autorizado a rescindi-los unilateralmente, a qualquer tempo, no caso de fim da vigência do contrato de gestão.

§ 2º A determinação do prazo não será aplicada para os contratos de adesão, independentemente do termo adotado, assim compreendidos aqueles em que as cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que se possa discutir ou modificar seu conteúdo.

§ 3º- Os contratos firmados com recursos oriundos de contratos de gestão, deverão conter cláusula que disponha sobre a obrigatoriedade de rescisão contratual em caso de término do contrato de gestão.

§ 4º- As contratações realizadas por meio de contratos de adesão, à exceção daquelas em que houver monopólio ou exclusividade da atividade, deverão ser reavaliadas no prazo máximo de até 24 (vinte e quatro) meses, com o objetivo de comprovar a vantajosidade da manutenção do contrato.

Art. 18º - As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação, constarão de termos aditivos. Parágrafo único — Os contratos poderão ser aditados, nas hipóteses de acréscimo, que se fizerem necessários nas obras, serviços ou compras, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado, e no caso particular de reforma predial ou de equipamento, até o limite de 50% (cinquenta por cento), e poderão ser suprimidos em qualquer quantidade.

Art. 19º - O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento de seleção ou no contrato, inclusive a suspensão do direito de contratar com o IPGSE por prazo não superior a 1 (um) ano.

Art. 20º - As relações contratuais estabelecidas pela IPGSE com seus fornecedores e prestadores de serviços devem prever a obrigação de que as partes ajam de modo leal, responsável e probo, além de perseguir a boa-fé, para repelir quaisquer ações intencionalmente desleais, injustas, desonestas, prejudiciais, fraudulentas ou ilegais, sempre ancorados nas ações de transparência pública.

Art. 21º - Nos procedimentos de alienação de bens móveis, nos casos em que o bem estiver em posse do IPGSE por força do Termo de Cessão e Permissão de Uso firmado com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, serão observados os procedimentos conforme a legislação em vigor aplicável a espécie. Parágrafo Único: O procedimento estabelecido neste regulamento se aplica exclusivamente aos bens públicos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 22º - A alienação de bens de que trata o artigo 21º se vincula a autorização expressa e controle patrimonial direto pela Secretaria de Estado da Saúde, devendo ser proposta pelo Superintendente Administrativo Financeiro, e confirmada pelo Superintendente Geral e pelo Conselho de Administração Específico do IPGSE.

§ 1º- Nas alienações, a modalidade de divulgação e forma de pagamento deverão observar as especificidades do bem a ser alienado e as condições do mercado, em consonância com a Lei nº 8.666/93, por se tratar de patrimônio público.

§ 2º- A alienação de bens móveis integrantes do patrimônio público deverão ser precedida de autorização da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, cujo resultado financeiro deverá ser reinvestido no desenvolvimento das atividades especificadas no Contrato de Gestão, se de outra forma não for determinado.

Art. 23º - Os bens imóveis pertencentes ao Estado de Goiás dados em cessão e permissão de uso, bem como aqueles adquiridos pelo IPGSE com recursos públicos originados do Contrato de Gestão não poderão ser alienados em nenhuma hipótese, salvo os casos previstos e autorizados na forma da lei, cujo procedimento de alienação será realizado pelo poder público por meio de suas Secretarias.

Art. 24º - Todos os bens móveis e imóveis cujo uso tenha sido autorizado ao IPGSE por meio de cessão e permissão de uso têm sua destinação e utilização exclusiva e vinculada à consecução dos objetivos do Contrato de Gestão.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25º - E proibido o recebimento de vantagens, de qualquer natureza, por qualquer colaborador do IPGSE e da Unidade Gerida em qualquer das fases do processo de contratação de obras, serviços, compras e alienações. Da mesma forma, fica proibido que conste nome, símbolos ou imagens que caracterizem ou favoreçam a promoção pessoal de autoridades ou empregados em publicidade de atos, programas, obras e serviços.

Art. 26º É vedado ao IPGSE manter qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional com entidades privadas cujos dirigentes, diretores, sócios, gerentes colaboradores e/ou equivalentes sejam agentes públicos de poder, órgão ou entidade da administração pública estadual, bem assim com cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo, adotivo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º grau, de dirigentes e/ou equivalentes da organização social os quais detenham poder decisório, em conformidade com o parágrafo único do artigo 4º, da Lei nº 15.503/05, do Estado de Goiás.

Art. 27º - O IPGSE se reserva no direito de revogar o processo de aquisição/contratação, por sua exclusiva conveniência, a qualquer tempo, desde que justificado no processo de compra,

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

antes da compra ou contratação, sem que caiba a qualquer proponente o direito de exigir compensação pecuniária ou indenização.

Art. 28º- Os termos deste regulamento se submetem ao controle estatal e social, por meio de aprovação pelo Conselho de Administração do IPGSE e pela Controladoria-Geral do Estado de Goiás, em conformidade com o disposto no inciso VIII do Art. 4º e Art 17º da Lei nº 15.503/2005 do Estado de Goiás.

Art. 29º - Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 30º - Este Regulamento terá vigência na data de sua aprovação pelo Conselho de Administração da Instituição de deverá ser publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3.4.5 Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial.

Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para Vigilância Armada

O IPGSE respalda na Resolução Normativa RN nº 01 – IPGSE/2021 de 27/01/2021. No site será publicado carta cotação onde as empresas interessadas deveram se inscrever e possuir os critérios a seguir em conformidade para terceirização dos serviços de:

Vigilância Armada

Habilitação Jurídica

- A empresa de vigilância armada deve apresentar o Certificado de Segurança emitido pela Polícia Federal, conforme a **Lei nº 7.102/1983** e o **Decreto nº 89.056/1983**, que regulam o funcionamento de empresas de segurança privada.

- Alvará específico emitido pela Polícia Federal para o funcionamento da empresa de vigilância armada, além do alvará municipal.

- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).

- Certidão Negativa de Débitos com o INSS e FGTS.

- Certidão Negativa de Débitos Municipais, Estaduais e Federais.

- Certidão de Regularidade com a Receita Federal.

Qualificação Técnica

- Comprovar experiência mínima de 4 anos na prestação de serviços de vigilância armada, preferencialmente em ambientes hospitalares ou de grande porte.

- Atestados de Capacidade Técnica emitidos por instituições públicas ou privadas, comprovando a prestação de serviços de segurança armada semelhantes.

Qualificação dos Vigilantes Armados

- Todos os vigilantes armados devem possuir **Certificado de Formação de Vigilantes, conforme as exigências da Portaria 3.233/2012 da Polícia Federal**, com reciclagem obrigatória a cada 2 anos.

- O vigilante armado deve possuir certificado de porte de arma, conforme a **Lei nº 10.826/2003 (Estatuto do Desarmamento),** e deve estar em conformidade com as regulamentações da Polícia Federal;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Avaliação Psicológica e Física

- Comprovar que todos os vigilantes passaram por **exames psicológicos e físicos** obrigatórios, de acordo com a regulamentação da Polícia Federal.

Atestado de Antecedentes Criminais

- Apresentar atestado de antecedentes criminais atualizado para todos os vigilantes armados.

Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e Armamentos

- A empresa deve fornecer EPIs adequados para a proteção dos vigilantes armados, tais como coletes à prova de balas (conforme a **NR 6**), além de máscaras, luvas e álcool gel para uso em ambientes hospitalares.

Armas de Fogo e Equipamentos de Segurança

- Garantir que as armas utilizadas sejam registradas e controladas pela Polícia Federal, além de fornecer treinamento contínuo sobre o uso seguro das armas e outros equipamentos.

- Especificação de tipo, calibre e quantidade de armas de fogo que serão utilizadas pelos vigilantes durante o serviço no hospital.

Controle de Munição e Armas

- Apresentar um sistema de controle rigoroso de munições e armamentos utilizados pelos vigilantes, com relatórios periódicos de inventário e consumo.

Segurança e Saúde Ocupacional

- Todos os vigilantes devem realizar exames admissionais, periódicos e demissionais, conforme a **NR 7** (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO).

Treinamentos de Biossegurança

- Os vigilantes devem ser capacitados sobre **biossegurança** em ambientes hospitalares, especialmente em relação ao controle de infecções e contato com agentes biológicos, conforme a **NR 32**.

Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)

- A empresa deve apresentar um **PPRA** conforme a **NR 9**, com avaliação e medidas preventivas dos riscos ocupacionais inerentes à vigilância armada.

Supervisão e Gestão de Serviços

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- A empresa deve garantir a presença de supervisores para monitorar o desempenho dos vigilantes armados e tomar medidas corretivas quando necessário.

- Relatórios periódicos devem ser fornecidos à administração hospitalar sobre o desempenho, segurança e ocorrências registradas.

Escala de Trabalho

- Apresentação de uma escala de trabalho que garanta a cobertura dos postos de vigilância armada 24 horas por dia, 7 dias por semana, incluindo planos de substituição durante férias e licenças.

Responsabilidade Civil e Seguros

- Exigir que a empresa apresente uma apólice de **seguro de responsabilidade civil** para cobrir danos patrimoniais, pessoais ou a terceiros, decorrentes da atividade de vigilância armada.

Seguro de Vida e Acidentes

- Exigir que a empresa forneça **seguro de vida** e **acidente de trabalho** para os vigilantes armados, cobrindo lesões ou mortes em serviço.

Cumprimento da Legislação Trabalhista

- A empresa deve comprovar que cumpre com todas as obrigações trabalhistas, incluindo recolhimento de INSS, FGTS, pagamento de horas extras, férias, 13º salário e adicional de insalubridade ou periculosidade (quando aplicável).

Critério de Preço e Pagamento

- Na avaliação das propostas não considerar apenas o menor preço, mas também a qualidade do serviço, a qualificação dos profissionais, e a experiência da empresa no setor de vigilância armada.

Garantia de Cumprimento Contratual

- Cláusulas de penalidade para casos de descumprimento contratual, atrasos nos serviços ou falhas na prestação de segurança.

Os serviços de Higiene e Limpeza e Manutenção Predial, não serão terceirizados, e sim próprios contratados no Regime de CLT pelo Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados – IPGSE.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3.5 Política de Recursos Humanos.

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

Desde meados dos anos 80, as organizações têm passado por profundas transformações em sua gestão de pessoas, impulsionadas pelo aumento da competitividade e globalização. Isso tem levado a inadequações nos modelos tradicionais de gestão de recursos humanos em relação às demandas das empresas e indivíduos. A gestão de recursos humanos passou a ser vista como fator diferencial, alinhando-se às metas e expectativas organizacionais.

A necessidade de uma gestão de pessoas alinhada às prioridades estratégicas resultou na valorização dos colaboradores como ativos intangíveis. Reconheceu-se que as macroestratégias organizacionais não podem ser definidas sem considerar a dimensão humana. A flexibilidade e rapidez decisória das empresas dependem cada vez mais das pessoas, gerando a necessidade de valorizá-las para atingir vantagem competitiva e resultados.

Uma das transformações significativas foi a adoção de políticas integradas de gestão de recursos humanos, que vão além de regras isoladas. Para atingir objetivos organizacionais, as políticas devem basear-se em premissas e princípios compartilhados, promovendo integração entre elas. A gestão integrada implica em alinhar subsistemas e políticas de recursos humanos à estratégia organizacional, que deve refletir-se na estratégia da área, buscando alcançar os resultados desejados.

A gestão integrada de recursos humanos e seus subsistemas é abordada com diferentes enfoques e critérios de categorização, gerando variações na terminologia e agrupamento de funções. Os subsistemas incluem: planejamento de recursos, organização do trabalho, gestão do emprego, gestão do desempenho, gestão da compensação, gestão do desenvolvimento e gestão das relações humanas e sociais.

O subsistema de **gestão do emprego** trata dos fluxos de entrada, movimentação e saída de pessoas na organização, subdividindo-se em gestão da incorporação, mobilidade e desvinculação. O subsistema de gestão do desempenho visa alinhar ações individuais com as prioridades da organização, conectando-se à gestão da compensação e do desenvolvimento.

O subsistema de **gestão da compensação** engloba compensações retributivas, salariais, extrassalariais e não retributivas, garantindo remuneração justa sem prejudicar a competitividade. O subsistema de gestão do desenvolvimento promove o crescimento profissional com base no potencial de cada indivíduo, incentivando a aprendizagem e atualização contínua.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

O subsistema de **gestão das relações humanas e sociais** foca nas relações coletivas entre a organização e os funcionários, considerando aspectos sociais e grupais. Inclui gestão do clima organizacional, relações trabalhistas e políticas sociais, reconhecendo as necessidades sociais e de realização pessoal dos indivíduos.

No contexto de uma gestão integrada de pessoas, a interconexão entre esses subsistemas é crucial para alcançar resultados efetivos e alinhar a estratégia organizacional com a gestão de recursos humanos.

PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS

RECURSOS HUMANOS

O setor de Recursos Humanos são, de acordo com as teorias de administração de instituições, uma das fontes de riqueza mais importantes já que são os responsáveis pela execução e desenvolvimento de todas as tarefas e atividades que precisam para o bom funcionamento dela.

A gestão de Recursos Humanos possui um conjunto de ações que visam planejar, recrutar e selecionar pessoas, integrar indivíduos, análise descrição de cargos e funções, avaliação do desempenho no trabalho, planos de cargos e salários, remuneração e benefícios, higiene e segurança no trabalho, formação e desenvolvimento profissional, análise, controle e auditoria em recursos humanos.

Sempre visando o desenvolvimento humano e como consequência, atingindo os objetivos almejados pela instituição.

ESTRATÉGIAS DE RECURSOS HUMANOS

O objetivo estratégico da instituição é garantir a qualidade em seus atendimentos oferecidos à sociedade e para isso, os Recursos Humanos, como parte desta engrenagem, buscam capacitar os profissionais, garantindo a geração de novos conhecimentos.

A Gestão de recursos humanos irá dispor de um núcleo de assistência aos colaboradores que porventura padecerem de assédio sexual, moral, por discriminação e institucional comprovados em consonância com a normativa própria da SES.

O acolhimento a novos profissionais, também faz parte das estratégias do setor de Recursos Humanos. E a garantia da segurança do trabalhador em seu ambiente profissional, é parte importante das estratégias deste setor com visões humanizadas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

MISSÃO, VISÃO E VALORES

O IPGSE acredita que é preciso garantir que todas as pessoas que fazem parte da unidade de saúde, na condição de colaboradores, independentemente do cargo que ocupem, sigam alguns valores, que pautem suas atitudes. Nesse sentido temos missão, visão e valores:

A missão deste setor visa oferecer a excelência na gestão das atividades humanas, com responsabilidade na geração de conhecimentos e da responsabilidade social.

A visão é ser referência pelo reconhecimento da qualidade dos serviços prestados, visando à promoção da gestão de serviços, apoiada nas melhores práticas de excelência em âmbito nacional.

Os valores são pautados na Humanização, Trabalho em equipe, Ética, Credibilidade, Responsabilidade Socioambiental, Disciplina, Confiança, Inovação em Excelência, Transparência, Foco estratégico no cliente, Parcerias entre as diversas esferas do governo, Qualidade.

Qualidade Da Gestão

A melhoria da Qualidade da Gestão será desenvolvida no fortalecimento da Governança com a instituição de mecanismos permanentes de articulação e pactuada com a Gestão Estadual e com o controle social. Compreende:

Atuação nos diferentes pontos de atenção existentes no Sistema Estadual de Saúde;

Trabalhar respeitando a cultura organizacional e fomentando mudanças em direção às Redes de Atenção à Saúde;

Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos;

Estabelecer estratégia para o desenvolvimento e formação de Recursos Humanos.

Outro aspecto relevante é a confiança dos trabalhadores que se evidenciará pela possibilidade de realizar a prestação do serviço dentro de um ambiente satisfatório, com o amparo de insumos e equipamentos suficientes para a realidade local para a realização da atividade profissional, sem riscos para as partes, bem como com a segurança institucional de validação das ações.

A construção de um bom clima organizacional perpassa tanto as condições físicas e operativas, quanto as condições psicologias do ambiente de trabalho.

DA GESTÃO DE PESSOAS NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Para o IPGSE, só é possível falar em desenvolvimento de ações e uma política de recursos humanos eficientes, pensando-se em formas integradas que possibilitem oportunidades, gestão, controle social, ampliação do conhecimento, utilização de tecnologias.

Deste modo, é preciso pensar ações estratégias que resultem em resultados eficazes para uma boa política interna de recursos humanos na Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis.

Descreveremos algumas a seguir:

USO DA METODOLOGIA OKR

Essa metodologia corresponde a um modelo de gestão com foco em resultados. Para isso, são estabelecidos OKR's – sigla para objetivos e resultados-chave (key results) – que devem ser cumpridos para contribuir com a estratégia da instituição.

É fundamental que todos os colaboradores estejam a par e entendam esse conjunto de metas de forma clara, o que elimina dúvidas, aumenta a produtividade, promove o engajamento em torno dos resultados mensuráveis de uma instituição.

De modo simplificado, o criador dessa metodologia estabeleceu a fórmula para definir metas sendo como:

"Eu vou" (Objetivo)

"Medido por" (conjunto de resultados-chave)

Ou seja, nos OKRs nós temos dois principais componentes:

Objetivos (O): declaração concisa da direção desejada pela instituição. Um bom objetivo tem que ser vividamente descrito para que as pessoas possam imaginar o quão impactante será alcançá-lo.

Resultados-chave (KR): metas com impacto direto no atingimento do objetivo caso seja alcançado com sucesso.

O objetivo é qualitativo e os KRs (na maioria das vezes entre 2 e 5 para cada objetivo) são quantitativos.

Enquanto os objetivos devam ser concisos, claros e aspiracionais para estarem sempre na cabeça dos colaboradores, os key results são usados para indicar se o objetivo foi atingido até o final de período – normalmente trimestre para OKRs táticos e anual para OKRs estratégicos.

Eles são usados como uma ferramenta de gestão e comunicação muito eficaz, pois auxiliam na criação de foco e alinhamento do esforço de toda a equipe em torno de um objetivo desafiador.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE LÍDERES

A noção de liderança pode ser concebida como inata ou adquirida ao longo do tempo. Independentemente da abordagem, é crucial que em uma instituição haja investimento em aprimoramento e capacitação, além da adaptação dos estilos de liderança conforme as particularidades de cada setor profissional. Progresso, educação em curso e adaptação individualizada são essenciais para aqueles que assumem responsabilidades de liderança, tanto no gerenciamento de pessoas quanto nos processos organizacionais.

O fortalecimento das competências existentes e o aprimoramento das áreas que necessitam de desenvolvimento são fundamentais para o êxito da estratégia global da organização. Os líderes de uma instituição representam um capital humano de grande valia, uma vez que são eles os disseminadores dos princípios, valores e missão da entidade. Além disso, possuem a responsabilidade de estabelecer e monitorar o alcance dos objetivos e metas traçados.

Líderes e gestores que passaram por um treinamento eficaz têm um impacto positivo nos resultados obtidos pela instituição.

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE EQUIPES

Formação constante e específica, direcionada a todos os envolvidos nos canais de comunicação interna e externa, é essencial. O progresso individual e o aprimoramento representam fortes incentivos para que os funcionários se mantenham engajados em suas tarefas, já que todos os trabalhadores aspiram ao crescimento. Contar com uma equipe adequadamente treinada contribui de maneira significativa para elevar a satisfação, ao proporcionar e receber reconhecimento pelo fornecimento de um atendimento personalizado e de excelência aos pacientes.

CAPACITAÇÃO CONTINUADA

Conforme demonstrado no tópico correspondente, a formação continuada será abordada pelo IPGSE como uma forma de aprimoramento das ações profissionais.

Uma instituição que possui uma equipe bem preparada e segura no desempenho de seu ofício, certamente encontra entre a mesma a sensação de satisfação, por se sentir capaz, conhecedora de suas atividades e reconhecida pela instituição que a capacita continuamente.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

INCENTIVO AO AUTODESENVOLVIMENTO

Por meio de nossas vias de comunicação interna, vamos encorajar os membros da equipe da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis a empreenderem a jornada do crescimento pessoal, com o intuito de colher benefícios tanto para si mesmos quanto para a organização.

Vamos oferecer suporte às equipes no processo de buscar oportunidades em cursos gratuitos e também financiaremos determinadas opções. Além disso, vamos estender convites para participação em palestras e simpósios, permitindo que os colaboradores selecionem os tópicos que contribuirão de forma significativa para o aprimoramento de suas trajetórias profissionais no âmbito da Policlínica.

RESPEITO, RECONHECIMENTO E APONTAMENTOS NECESSÁRIOS

Os líderes orientarão suas ações em direção a uma cultura duradoura de respeito pelo pessoal, apreciação e direcionamento construtivo, visando corrigir comportamentos e promover a conduta profissional. A ênfase na apreciação não se limitará apenas ao processo habitual de feedback, mas também se refletirá em uma prática contínua de reconhecimento. Compartilharemos conhecimento e adotaremos uma postura de liderança educadora.

Ao valorizar as realizações e resultados alcançados, incentivaremos a proatividade e a motivação. Utilizaremos as equipes de Recursos Humanos para identificar atitudes que fazem diferença no atendimento, tornando públicas para toda a equipe tais atitudes e seus resultados. O reconhecimento será expresso através de e-mails institucionais de agradecimento e por meio de destaques no mural de colaboradores, acompanhados de elogios.

Encararemos os erros como oportunidades de aprendizado e não permitiremos que qualquer membro da equipe, independentemente do cargo, seja sujeito a correções desrespeitosas em público ou perante os colegas. Quando as correções forem necessárias, serão conduzidas de maneira privada, proporcionando espaço para o colaborador apresentar seus pontos de vista, identificar suas áreas de melhoria e trabalhar conjuntamente para superá-las.

AÇÕES DE RESPONSABILIDADE SOCIAIS

A responsabilidade social exerce um papel central nas atividades ambulatoriais, ultrapassando o compromisso com a saúde e abrangendo o bem-estar da comunidade. Tais iniciativas almejam causar um impacto positivo na sociedade e espelham a ética e os princípios morais que norteiam a instituição.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Essas ações impulsionam a colaboração em equipe, fortalecem vínculos interpessoais e prestam apoio a organizações beneficentes que carecem de auxílio. A prestação de assistência ao próximo agora é sinônimo de desenvolvimento, pois essa forma de iniciativa enaltece os membros da equipe, otimiza o desempenho coletivo e amplia o reconhecimento da organização.

Em ocasiões festivas, planejamos promover campanhas que englobem todos os colaboradores da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis em eventos onde a participação dos profissionais da área da saúde seja de extrema importância.

APRESENTAÇÃO INTERDISCIPLINAR DE ÁREAS SEMESTRALMENTE

Instituiremos um programa de rotação que permitirá aos colaboradores explorar as práticas e desafios de diferentes departamentos. Esse intercâmbio temporário de funções terá como propósito proporcionar a cada indivíduo uma visão concreta das dificuldades inerentes a cada setor.

A prática de rotação permitirá aos colaboradores cultivar a empatia por outras áreas, explorar não apenas as responsabilidades de outros setores, mas também promoverá o fortalecimento das relações com os profissionais que atuam lá, facilitando o compartilhamento de informações e conhecimento.

A cada semestre, os funcionários da unidade participarão de uma semana de imersão nas atividades e áreas de outros departamentos, com o intuito de adquirir uma compreensão abrangente das diferentes esferas e mitigar possíveis obstáculos na prestação dos serviços de saúde.

CONFRATERNIZAÇÕES E CELEBRAÇÃO DE DATAS

As celebrações possuem um impacto extremamente positivo na produtividade dos colaboradores. A capacidade de reunir as pessoas em uma atmosfera festiva tem o efeito de solidificar conexões entre colegas e promover a comunicação, constituindo um método altamente eficaz para fomentar a coesão entre os funcionários, diretores e gerentes da Organização Social.

No término do ano e em ocasiões específicas (como o Dia das Mulheres, Dia das Mães e Dia dos Pais), buscaremos promover momentos de confraternização (por exemplo, cafés da manhã, intervalos para lanches ou a entrega de lembranças criadas pela própria equipe da Diretoria Administrativa). Essas ações têm como objetivo fazer com que os colaboradores se sintam valorizados e reconhecidos, proporcionando-lhes um intervalo descontraído na rotina da unidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E ALINHAMENTOS

O IPGSE, busca-se evitar o excesso de reuniões, uma vez que a saturação de encontros frequentemente resulta em falta de resultados tangíveis. Entretanto, de maneira pontual (a cada 120 dias), serão conduzidas reuniões na unidade, envolvendo os colaboradores, com o intuito de apresentar os feitos do período anterior, bem como destacar os pontos fortes e as áreas de melhoria.

Nessas apresentações, contar-se-á com a participação de toda a diretoria da Policlínica, os quais coordenarão um esquema de revezamento para permitir que os colaboradores participem de pelo menos um desses eventos durante o ano.

Através desse processo, todos aqueles que desempenham funções na Policlínica serão capazes de compreender as metas estabelecidas e, assim, contribuir para sua realização, mantendo seus padrões de excelência.

PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Conforme apontado em um estudo conduzido pela Michael Page, a tarefa primordial das instituições é promover a plena participação dos colaboradores. Os profissionais de Recursos Humanos e os gestores devem sempre buscar abordagens para manter um ambiente organizacional saudável, onde os membros da equipe estejam motivados, compartilhem os valores da instituição e estejam contentes com os benefícios e a atmosfera de trabalho de forma abrangente.

Isso precisa ser alcançado sem exercer pressão excessiva sobre o orçamento institucional e sem gerar desequilíbrios entre os colaboradores. Embora possa parecer uma equação complexa, de fato é.

O método mais eficiente e econômico para atingir esse objetivo é através de uma constante escuta ativa dos próprios colaboradores. Essa abordagem é executada por meio de pesquisas de clima organizacional. O propósito da pesquisa de clima organizacional é mensurar o nível de satisfação dos colaboradores em relação aos variados elementos do ambiente institucional e à forma como ocorre a interação entre os colegas de equipe.

Dentre os diversos objetivos da pesquisa de clima organizacional, podemos destacar:

Reconhecer os atributos destacados da Policlínica e elaborar estratégias específicas para valorização e aprimoramento, maximizando os efeitos positivos obtidos.

Identificar as áreas críticas, gerando resultados que abordem as reais demandas dos colaboradores, alinhando as ações às suas necessidades.

Incentivar a reflexão dos colaboradores a respeito de seus cenários pessoais e desenvolvimento profissional.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Avaliar e realinhar as lideranças em prol de objetivos compartilhados.

Mapear o ambiente organizacional, segmentando os participantes conforme cargos e setores, analisando o grau de satisfação e insatisfação em relação aos tópicos propostos.

DA PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

É importante destacar que o investimento em um clima organizacional saudável trará uma série de vantagens para os colaboradores da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis. A aplicação das pesquisas de clima contribui para a retenção de talentos, aprimorando o bem-estar emocional dos membros da equipe.

Além disso, possibilita a alinhamento dos programas de treinamento com os objetivos da empresa, resultando em melhorias nos resultados e na produtividade. Essas pesquisas também fortalecem a comunicação interna e aprofundam o comprometimento dos colaboradores com a empresa, promovendo um senso de responsabilidade em relação a ela.

Adicionalmente, observa-se um substancial aumento na confiança que o colaborador deposita na empresa, o que estimula uma maior coesão e união entre todos.

A pesquisa de clima evidencia aspectos previamente não identificados pela administração da unidade, reduzindo conjecturas e proporcionando uma compreensão mais clara da situação.

Antes de aplicar o questionário de clima organizacional o IPGSE observará as seguintes ações:

1. Incentivo a participação

Para que a pesquisa dê resultados, é importante incentivar a participação dos colaboradores e engajá-los no processo da pesquisa. Ao enviar um e-mail com o link da pesquisa explicaremos quais são os nossos objetivos com aquelas perguntas e como a participação de todos é importante.

2. Confidencialidade

Algumas perguntas podem ser consideradas muito delicadas para os colaboradores e eles podem se sentir desconfortáveis ao respondê-las. Por isso, deixaremos claro que as respostas serão avaliadas de forma coletiva e que nenhuma participação será avaliada individualmente. Utilizaremos uma ferramenta que de fato não permita a visualização individual de cada resposta e garanta a confidencialidade dos nossos colaboradores.

3. Não obrigatoriedade da participação

As respostas devem ser sinceras e espontâneas, por isso, as pessoas precisam se sentir à vontade para respondê-las. Deixaremos claro que a participação na pesquisa é voluntária e que não haverá nenhum tipo de penalização para quem não responder.

4. Divulgaremos os resultados

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Todos os colaboradores gostam de se sentir inseridos nos processos. Por isso, divulgaremos os resultados para toda a instituição.

5. Planejando as ações

Com os resultados da pesquisa em mãos, planejaremos ações, proporemos mudanças e melhorias e estabeleceremos metas. Os colaboradores perceberão em nossa gestão que as opiniões dele são levadas em consideração e que as sugestões são ouvidas.

6. Periodicamente faremos a pesquisa

É importante que as pesquisas de clima sejam feitas periodicamente, para que os resultados das ações possam ser medidos e avaliados. Com pesquisas periódicas, fica fácil identificar quando alguma mudança não é bem aceita pelos colaboradores e tomar ações antes de ter uma equipe desmotivada ou, o que é pior, ter perdas no time. Estimamos a cada 6 (seis) meses realizar a pesquisa.

7. Envolvimento da Diretoria

Em nossa gestão os diretores estarão diretamente envolvidos nas pesquisas de clima organizacional. Tal envolvimento é de suma importância para que não haja surpresas com nenhum resultado negativo ou ação proposta. Isso também serve para que eles saibam que a instituição está muito preocupada com a valorização do ambiente de trabalho e dos colaboradores. Além disso, sempre que for pertinente, serão eles também convidados pelo IPGSE a responderem as pesquisas.

DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

Indicadores:

Número de colaboradores que aderiram ao projeto;

Porcentagem de colaboradores satisfeitos;

Porcentagem de colaboradores insatisfeitos.

CRONOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA DE CLIMA

CRONOGRAMA	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7
Aprovação do formato da pesquisa							
Tabulação e envio para impressão							

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Organização dos impressos							
Sensibilização dos colaboradores							
Distribuição e início das pesquisas							
Conclusão das pesquisas							
Organização e criação dos gráficos							
Exposição dos resultados							

RESULTADOS

Finalmente, os resultados da avaliação serão mapeados e apresentados a Diretoria de cada área, aos gestores e aos colaboradores tendo como foco o levantamento dos pontos fortes e dos pontos a melhorar, estabelecendo um plano de ação que favoreça a melhoria da qualidade dos serviços prestados, afinal, todos são responsáveis por alcançar os objetivos institucionais.

MODELO DE PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Questionário de Pesquisa de Clima Organizacional – Policlínica

Prezado(a) colaborador(a),

Agradecemos a sua participação neste questionário de pesquisa de clima organizacional. Seu feedback é essencial para entendermos melhor o ambiente de trabalho e identificarmos áreas de melhoria. Suas respostas serão tratadas de forma confidencial e anônima.

Por favor, responda às perguntas a seguir, indicando o grau de concordância com as afirmações, em uma escala de 1 a 5, onde:

1 - Discordo totalmente 2 - Discordo parcialmente 3 - Neutro 4 - Concordo parcialmente 5 - Concordo totalmente

Ambiente de Trabalho e Relacionamento:

1. A equipe de trabalho é colaborativa e se apoia mutuamente?
2. Existe uma comunicação eficaz entre os diversos setores da Policlínica?
3. Sinto que minhas ideias e opiniões são valorizadas pela equipe?
4. As lideranças demonstram interesse pelo bem-estar dos colaboradores?
5. A atmosfera de trabalho é positiva e motivadora?

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

6. Os membros da instituição prezam pelo respeito e zelam pela prevenção de assédio moral, sexual, por discriminação e institucional?

Liderança e Gestão:

7. As lideranças da unidade fornecem direcionamento claro e metas alcançáveis?
8. As decisões da administração são transparentes e bem comunicadas?
9. Sinto-me à vontade para dar feedback construtivo aos meus superiores?
10. As lideranças estão acessíveis para esclarecer dúvidas e resolver problemas?
11. A gestão reconhece e recompensa o desempenho excepcional?

Desenvolvimento Profissional:

12. A unidade oferece oportunidades de treinamento e capacitação?
13. Sinto que minha carreira pode progredir dentro desta instituição?
14. Recebo feedback regular sobre meu desempenho e áreas de melhoria?
15. A Policlínica valoriza o desenvolvimento contínuo dos colaboradores?
16. As promoções e oportunidades são concedidas de maneira justa e transparente?

Equilíbrio entre Vida Pessoal e Profissional:

17. Consigo equilibrar minhas responsabilidades profissionais com minha vida pessoal?
18. A Policlínica oferece programas de apoio ao bem-estar físico e mental?
19. Sinto que tenho flexibilidade para lidar com emergências pessoais?
20. A Policlínica promove um ambiente saudável que incentiva o descanso adequado?
21. O trabalho não afeta negativamente minha saúde e vida fora da Policlínica?

Comunicação e Feedback:

22. Recebo informações relevantes sobre mudanças e novidades na Policlínica?
23. Existe um canal eficaz para expressar preocupações e sugestões?
24. As reuniões de equipe são produtivas e proporcionam espaço para discussão?
25. Sinto-me confortável em comunicar erros sem temer represálias?
26. A comunicação na Policlínica é transparente e aberta?

Considerações Finais:

Qualquer comentário adicional que você gostaria de compartilhar sobre o clima organizacional na Policlínica:

Agradecemos por dedicar seu tempo para completar este questionário. Suas respostas nos ajudarão a criar um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo. Seus comentários são extremamente valiosos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3.5.2 Apresentação de plano de cargos e salários.

APRESENTAÇÃO DE PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS

PROPOSTA DE PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS APLICÁVEL Á POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE- QUIRINÓPOLIS E UNIDADE GESTORA IPGSE- INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51.

As normas e determinações contidas no presente Plano de Cargos e Salários serão aplicadas no exercício das atividades da Matriz e filial do INSTITUTO DE PLANEJAMENTO DE GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS – IPGSE, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob nº 18.176.322/0001-51, com sede matriz situada à Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central na cidade de Rio Verde, Estado de Goiás, CEP: 75.901-140, na Gestão e Operacionalização de Unidades de Saúde.

INTRODUÇÃO

Em um ambiente de constantes transformações, cada vez mais universalizado, com exigência da melhoria permanente nas condições e formas de gestão organizacional, principalmente quanto à gestão das pessoas, as instituições buscam se modernizar e descobrir a forma ideal de administrar o seu quadro de pessoal.

É necessário entender a área de Recursos Humanos como um conjunto integrado de atividades entre os especialistas da área e as lideranças, atuando no sentido de proporcionar desenvolvimento de competências para aumentar a competitividade da organização.

O papel de cada liderança é o de desenvolver as pessoas de sua equipe, por meio de um conjunto integrado de esforços, ampliando a eficácia de seu capital humano e elevado grau de satisfação, já que estes são os elementos fundamentais para atingir resultados, sendo, portanto, a base do sucesso da Organização.

PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS

O presente instrumento é composto por um conjunto de princípios, conceitos e critérios que definem a estrutura, a hierarquia dos cargos, as tabelas do salário base correspondente aos cargos, além da definição dos mecanismos de sua gestão e atualização.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Integra ainda o plano, os anexos, as definições e instrumentos necessários à sua operacionalização no que se refere aos aspectos técnicos e legais, visando atender as necessidades da área de Recursos Humanos do IPGSE nas suas atividades de gestão e operacionalização de unidades de Saúde.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

CAPÍTULO I – ABRANGÊNCIA INSTITUCIONAL

Art. 1º - Os empregados que integram as respectivas carreiras são selecionados e contratados em conformidade com a legislação trabalhista e com este Plano, bem como com as diretrizes da Organização.

Art. 2º - Aos profissionais de nível superior aplicar-se-á o disposto no § 1º, do art. 461, da CLT.

Art. 3º - Aos cargos cujos salários estejam normatizados por lei, aplicar-se-á o piso legal sempre que o valor estabelecido neste regulamento for inferior.

Art. 4º - Aos cargos cujos salários estejam submetidos à convenção coletiva de trabalho e acordo de trabalho ou por imposição de sentença normativa, aplicar-se-á o índice determinado pelo documento convencional ou sentença, bem como o índice de reajuste para cada categoria de trabalhadores, em conformidade com suas datas-bases, se de outra forma não determinar o Conselho de Administração da Entidade.

CAPÍTULO II

DOS CONCEITOS BÁSICOS

Art. 5º - Para efeito deste Plano, entende-se por:

Empregado – é também designado de "colaborador". É o indivíduo legalmente investido em cargo previsto neste Plano de Cargos e Salários, que desempenha funções e atribuições, mediante remuneração, com subordinação hierárquica e disciplinar, sujeita à legislação trabalhista, às normas internas, e a este plano.

As categorias ocupacionais são um conjunto de cargos e funções que se assemelham em relação à natureza, à complexidade das atividades desempenhadas, às responsabilidades na atuação profissional e ao grau de instrução:

I. Apoio: abrange a execução operacional das atividades. Ex: Assistente administrativo, maqueiro, recepcionista, etc;
II. Técnico: refere-se à execução técnica que exige conhecimentos teóricos e

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

práticos, sendo necessário formação de ensino médio completo e curso técnico compatível com as atividades desenvolvidas. Exemplo: Técnico (a) em Segurança do Trabalho, Técnico (a) em Enfermagem, Técnico (a) em Radiologia, etc;

III. Profissional: relacionado a formação acadêmica que exigem graduação completa, especialização ou residência de acordo com atividades desenvolvidas, sendo necessário a apresentação do registro e situação regular no respectivo órgão de classe. Exemplo: Administrador (a), , Enfermeiro (a), Fisioterapeuta, médico (a), dentre outros;

IV. Gestão: abrange a liderança, com foco na produção de resultados para a instituição. O papel de cada liderança é o de desenvolver as pessoas de sua equipe, por meio de um conjunto integrado de esforços, ampliando a eficácia de seu capital humano e elevado grau de satisfação, já que estes são os elementos fundamentais para atingir resultados, sendo, portanto, a base do sucesso da Organização. Os gestores devem ser capacitados a planejar, organizar, dirigir e controlar sua área de atuação. Suas ações devem assegurar a eficácia e eficiência das operações.

Função – é o conjunto de atividades específicas atribuídas ao colaborador, incluindo os requisitos específicos exigidos ao seu exercício.

Classe Salarial – define os valores salariais para um conjunto de cargos agrupados em razão do grau de qualificação exigida de seus ocupantes, especialmente dos requisitos de escolaridade e de experiência.

TÍTULO II

DOS CARGOS E FUNÇÕES

CAPÍTULO I- DA ORGANIZAÇÃO DOS CARGOS E FUNÇÕES

Art. 6º - As definições de cargos e funções estabelecem os requisitos mínimos obrigatórios para o provimento de cada cargo, podendo ser complementado com requisitos e condições determinados para cada função sem, no entanto, descaracterizar os requisitos mínimos.

Parágrafo único. A base organizacional é composta pelas categorias ocupacionais levando em consideração a natureza do cargo e função. A base que será utilizada pelo IPGSE na policlínica são: Administrativo, que contempla os cargos com atuação na área administrativa, assistencial que são voltados para a atenção ao paciente.

Art. 7º - Para os cargos de confiança os requisitos mínimos podem ser reavaliados pela Diretoria Executiva da Instituição.

TÍTULO III

DA ADMISSÃO

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 8º - Admissão ou ingresso do colaborador é o ato de provimento no cargo e função por Processo Seletivo Externo, via Edital, condicionado a existência de vaga, por meio do qual o candidato selecionado é investido no cargo e função referente à sua aprovação, ou através de livre nomeação, respeitando as condições definidas no Regulamento de Recrutamento, Seleção e Contratação de Pessoal do IPGSE, e legislações pertinentes.

§ 1º. O processo admissão para os cargos de confiança é de livre escolha e nomeação pelo Presidente da Instituição, conforme preceitua seu Regulamento de Recrutamento, Seleção e Contratação de Pessoal.

§ 2º. Poderá ser realizado Processo Seletivo Externo específico, para atender à exigência legal da quota de Pessoas com Deficiência no quadro de pessoal.

Art. 9º - As normas da "Seleção Externa" serão estabelecidas e aplicadas pela área de Recursos Humanos ou similares, ou através de empresas especializadas, contratadas pelo IPGSE e os candidatos aprovados serão os melhores classificados, segundo os critérios especificados na divulgação da vaga.

Art. 10º - O Colaborador admitido fica sujeito ao período de experiência, nos termos do Art. 443, parágrafo 2º letra "C" combinado com o parágrafo único do Art. 445, ambos da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, exceto aqueles contratados conforme define o § 1º deste artigo.

Art. 11º - Este artigo define o regramento e apresenta a relação de Cargos que compõem o Quadro de Pessoal, com suas respectivas atribuições, requisitos, carga horária e forma de provimento, do IPGSE, aplicável às atividades na área, descritos no ANEXO II do presente instrumento.

§ 1º. Na hipótese de haver a necessidade de contratação por regime da CLT de empregado a determinado cargo, porventura, ainda, não definido nesse Plano de Cargos e Salários, a Diretoria Executiva, através do PRESIDENTE do IPGSE, definirá suas respectivas atribuições, requisitos, carga horária e forma de provimento, "Ad Referendum" ao Conselho de Administração da Entidade, promovendo a contratação, a benefício do cumprimento da atividade necessária;

§2º. Baseado em definições de dimensionamento das necessidades de quantidades de recursos humanos para a manutenção das atividades de gestão e operacionalidade, encontra-se definido no ANEXO II o quantitativo do quadro de pessoal por cargo; descrições de cargos, classificação brasileira de ocupação – CBO, requisitos, carga horária e salários base.

Art. 12 º - A Tabela Salarial dos Cargos, constantes do ANEXO II, define os valores de Salário Base para os cargos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

§ 1º. Em caso de ausência de candidatos para o salário especificado neste artigo, o PRESIDENTE poderá autorizar contratação em nível superior, compatível ao mercado, com base nos seguintes critérios:

I. Atualização Salarial por Instrumento Coletivo.
II. Ajuste ao Mercado.

TÍTULO IV

DA GESTÃO DO PLANO

CAPÍTULO I

DO REGIME DE TRABALHO

Art. 13º - O vínculo empregatício dos colaboradores é o da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

Art. 14º - O regime de trabalho adotado é o de mensalista com o quantitativo de horas semanais definidos no ANEXO II, salvo carga horária de categorias profissionais, regulamentadas pela legislação ou convenção coletiva e cargos de confiança e atividades técnicas a serem negociados conforme demanda a critério da Diretoria Executiva, visando os interesses da instituição.

§ 1º. A fixação da jornada de trabalho e seus turnos obedecerão aos preceitos legais e os interesses da organização, sendo os mesmos estabelecidos pela Diretoria Executiva, através do PRESIDENTE.

Art. 15º - Para atendimento de necessidades específicas e justificadas, o PRESIDENTE poderá autorizar a contratação de colaborador com jornada semanal de trabalho menor do que a prevista no Art. 14º.

§ 1º. A jornada de trabalho de cada trabalhador e turno deverá constar em seu Contrato de Trabalho, ou em documento de acordo trabalhista, e será definido pelo interesse da Instituição que poderá estabelecer jornada a menor, ao que estabelece o artigo 14º do presente plano.

§ 2º. O valor do salário aos casos de cargas de trabalho de 44, 40, 36, 30 ou 20 horas semanal, será estabelecido pela Diretoria Executiva, por equivalência à carga horária máxima, definida na Tabela Salarial, devendo ser considerado à definição do salário o interesse da Instituição pelo profissional com titularidade, expertise, experiência técnica comprovada, disponibilidade e oferta de mercado, considerando a qualificação técnica e da fidúcia para o desempenho da função, respeitando, em qualquer situação o teto máximo definido na tabela salarial (ANEXO II).

§ 3º. Para o trabalho dos colaboradores contratados pelo regime CLT, o valor das remunerações deverá respeitar a convenção trabalhista do sindicato da classe.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 16º - Fica instituído, pelo presente Plano de Cargos e Salários, o Regime Especial de Trabalho na forma de Teletrabalho Residencial ou regime de "Home Office", Trabalho Remoto ou outro tipo de Trabalho à Distância, para os cargos que o exercício de suas funções não seja imprescindível estar presencialmente no local de sua lotação, durante o período de Pandemia e fora dele, dentro da previsão e nos moldes do Art. 75-C, § 1º da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT.

§ 1º. Compete ao Diretor (a) Presidente estabelecer a implantação do Regime de Teletrabalho ou trabalho à distância, determinando os cargos de possível aplicação, a critério do Interesse da Instituição, exceção aos casos de calamidade pública e pandemia, procedendo aos registros ao contrato de trabalho, nos moldes da CLT.

§ 2º. Fica impedido de prestar serviços de horas extras, não podendo, o trabalhador que estiver prestando serviços em regime de Teletrabalho, alegar direitos de remuneração por horas extras, nem ser computadas em banco de horas, para compensações.

CAPÍTULO II

DO GERENCIAMENTO DO PLANO

Art. 17º - À área de Recursos Humanos ou similares da organização, caberá gerenciar, controlar e adotar os procedimentos necessários à gestão deste Plano.

Art. 18º - Os titulares de área – Diretores, Superintendentes, Gerentes ou Coordenadores – poderão requerer atualizações neste Plano de Cargos e Salários para atender as necessidades de sua gestão.

CAPÍTULO III

DA CRIAÇÃO DE NOVA FUNÇÃO

Art. 19º - A criação de nova Função, para integrar a estrutura de Cargos da Empresa, uma vez requerida por qualquer diretor do IPGSE, deverá ser apreciada pela área de Recursos Humanos ou similares, e, após obter a aprovação da Diretoria Executiva, proceder às alterações devidas.

CAPÍTULO IV

DOS BENEFÍCIOS E VANTAGENS

Art. 20º - Os benefícios e vantagens serão normalmente tratados nas Convenções ou acordos Coletivos de Trabalho, com vigência limitada nos períodos-base desses mesmos instrumentos.

§ 1º - Para os casos das atividades em execução do IPGSE, em especial nas atividades de Diretores e Técnicos de Tecnologia da Informação (TI), e profissionais da Área Assistencial da Saúde que necessitarem de disposição maior de horário do empregado ou colaborador, acima do

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

horário contratado, permanecendo à disposição da Instituição, por necessidade técnica, evitando risco às operacionalizações, a Diretoria Executiva, através do PRESIDENTE, diante de fundamentos e justificativas, poderá estabelecer remuneração adicional, ao salário-base, a título do Regime de Sobreaviso ou Regime de Prontidão previstos nos §2º e §3º do artigo 244 da CLT;

§2º - Compreende-se como Regime de Sobreaviso: De acordo com o § 2º do art. 244 da CLT, compreende-se como sendo o período tido como integrante do contrato e do tempo de serviço do obreiro permanecer em sua própria casa, aguardando a qualquer momento o chamado para o serviço;

§3º - Compreende-se como Regime de Prontidão: De acordo com o § 3º do art. 244 da CLT, compreende-se o período tido como integrante do contrato e do tempo de serviço em que o empregado fica nas dependências da Instituição, ou local de sua lotação.

TÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 21º - Nas demais relações de trabalho, aplica-se o previsto na Consolidação das Leis do Trabalho e normas complementares, atualmente em vigor.

Art. 22º - A Diretoria poderá baixar instruções complementares inerentes às necessidades de implantação deste Plano de Cargos e Salários e em casos específicos, as alterações necessárias, pontuais, no decorrer de sua vigência, serão feitas pelo princípio de apostilamento, submetidas à aprovação do Conselho de Administração da Entidade, passando a compor o regramento do presente Plano de Cargos e Salários.

Art. 23º - Este Plano poderá ser objeto de ações atualizadoras, visando adequações para acompanhamento das mudanças a que estão submetidas à organização.

Art. 24º - Ficam revogadas todas as normas internas e disposições em contrário ou que regem a matéria.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

UNIDADE GESTORA: IPGSE

UNIDADE GESTORA: IPGSE

BASE ORGANIZACIONAL	CATEGORIA OCUPACIONAL	CARGOS E FUNÇÕES
ADMINISTRATIVO	APOIO	Aprendiz Administrativo
		Assessor Administrativo
	GESTÃO	Chefe de Prestação de Contas /SIPEF
		Chefe do setor de Controle de Pessoal
		Chefe de Setor Financeiro de Orçamentos e Custos
		Chefe do setor de Controle Interno
		Chefe do Setor de Compras
		Chefe do setor de Contratos
		Superintendente Administrativo
		Superintendente Financeiro
		Superintendente Técnico

BASE ORGANIZACIONAL: ADMINISTRAÇÃO	
CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO:	**APRENDIZ ADMINISTRATIVO**
MISSÃO DO CARGO	
Prestar assistência nos serviços administrativos do setor que atua.	
DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES	

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Apoiar as atividades do Serviço/ Unidade no que se refere à organização de documentos e atividades administrativas sob a orientação do líder responsável;
- Organizar arquivo e documentos relativos ao serviço/unidade;
- Executar digitação de relatórios, formulários e demais documentos quando solicitado;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino médio Completo ou cursando o último período.	• Não exige experiência; • Informática básica.	• Organização; • Responsabilidade; • Discrição; • Proatividade, inciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO :	**ASSISTENTE ADMINISTRATIVO**

MISSÃO DO CARGO

Assessorar as superintendências, administrativa, financeira e de gestão e planejamento, promovendo agilidade aos encaminhamentos dos processos.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Emitir e protocolar documentos designados pelas superintendências;
- Receber documentos e encaminhar aos setores destinatários ;
- Desenvolver e elaborar normas, projetos, e sistemas para os fluxos a área de ofícios;
- Organizar e controlar arquivos físicos e digitais, garantindo acesso fácil e seguro às informações;
- Realizar atendimento ao público;
- Preparar relatórios pertinentes ao setor;
- Analisar processos pertinentes ao setor;
- Alimentar sistemas informatizados conforme necessidade do setor;
- Manter os contatos presenciais e por via de sistemas, junto aos diversos departamentos da SES em Goiânia, prestando esclarecimentos e procedendo aos trabalhos como interface da administração do IPGSE junto à secretaria de saúde presencialmente e por via de recursos eletrônicos;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas através de trabalho a distância e através de teletrabalho além das atividades presenciais, definidas pela direção superior da instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino médio completo.	• Não exige experiência; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação; • Resistência a pressão.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CATEGORIA OCUPACIONAL:	GESTÃO
CARGO :	CHEFE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS / SIPEF (SISTEMA DE INFORMAÇÃO E PRESTAÇÃO DE CONTAS FINANCEIRAS)

MISSÃO DO CARGO

Supervisionar e garantir a conformidade e precisão das atividades de prestação de contas e processos financeiros, assegurando que todas as transações e relatórios sejam realizados de acordo com as normas contábeis, legislações vigentes e políticas institucionais, além de promover a transparência, prestar suporte técnico às unidades operacionais e colaborar com auditorias e órgãos reguladores, visando a eficiência e a integridade da gestão financeira.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Coordenar a equipe responsável pela análise, compilação e envio de relatórios financeiros;
- Identificar e corrigir possíveis inconsistências;
- Executar conferências das movimentações financeiras de pagamentos de processos de serviços executados e de compras, digitalizando em arquivos previamente organizados, para formação de banco de dados dos arquivos de compras e contratações, associando aos processos de liquidações e pagamentos;
- Proceder diariamente ao preenchimento dos dados exigidos pela Plataforma de Prestação de Contas Diária via SIPEF, enviando os dados à Fiscalização da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO;
- Prestar os esclarecimentos necessários, solicitados pela fiscalização e preencher na plataforma os atendimentos aos apontamentos manifestados pela fiscalização;
- Interagir no monitoramento e cobrança aos setores da administração da Unidade Gestora para a manutenção dos documentos estruturados em processos, viabilizando o envio em regime D+1 dos conteúdos para a Secretaria, em cumprimento às determinações do contrato de Gestão;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino superior completo em administração ou contabilidade	• Não exige experiência; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação; • Resistência a pressão.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**GESTÃO**
CARGO:	**CHEFE DE CONTROLE DE PESSOAL**

MISSÃO DO CARGO

Planejar, acompanhar e avaliar atividades inerentes a recrutamento e seleção, treinamento, desenvolvimento e avaliação de pessoas, analisando as necessidades, sugerindo alternativas para os problemas apontados e aprimorando esses subsistemas em alinhamento com as estratégias de RH definidas.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Executar os serviços de gestão de pessoas, controlando o cartão ponto, estabelecendo contratos de trabalho, remunerando empregados, demitindo corretamente, interpretando a legislação vigente e evitando problemas trabalhistas futuros;
- Dar suporte aos empregados da Instituição, orientando procedimentos e esclarecendo dúvidas sobre documentação pessoal;
- Efetuar a admissão de novos empregados no sistema, recebendo e verificando a documentação necessária;
- Efetuar atualização das carteiras profissionais, conforme alterações no registro do empregado;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Organizar, controlar e executar a conferencia do registro de ponto eletrônico dos empregados, incluindo justificativas (atestados, declarações, faltas, atrasos, horas extras);
- Organizar e controlar os relatórios de quadro funcional, atestados, declarações (interagindo com medico do trabalho), afastados, horas extras, folha de pagamento, tempo de experiência, etc.;
- Efetuar a conferencia de cálculo de remuneração conforme registro de ponto eletrônico;
- Organizar os documentos relacionados à Folha de Pagamento para envio a Sede Administrativa, prontuário do colaborador;
- Validar o fechamento da folha de pagamento dentro do mês de competência;
- Emitir a relação de remuneração por empregado para envio do arquivo ao banco;
- Efetuar o acompanhamento do desligamento junto ao Sindicato da categoria;
- Organizar e controlar documentos de intimações trabalhistas e fiscalizações do trabalho (fornecendo quando necessário);
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Preencher planilhas de prestações de contas;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Graduação em Administração, Contabilidade, Direito e/ou Técnico em Gestão de pessoas.	• Experiência mínima de 06 meses em rotinas de departamento pessoal; • Informática Intermediária.	• Planejamento e organização; • Responsabilidade; • Tomada de decisão; • Discrição; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

		interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação; • Resistência a pressão.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**GESTÃO**
CARGO :	**CHEFE DO SETOR FINANCEIRO DE ORÇAMENTOS E CUSTOS**

MISSÃO DO CARGO

Assegurar a sustentabilidade econômica e a eficiência operacional da instituição por meio de uma gestão financeira rigorosa e estratégica, enquanto mantém a conformidade com as normas regulatórias e promover a transparência nos processos. Além disso, deve

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Planejar, controlar e otimizar o uso dos recursos financeiros, garantindo que o orçamento atenda às necessidades assistenciais e operacionais;
- Oferecer suporte à alta gestão na tomada de decisões financeiras, com foco na qualidade e continuidade dos serviços de saúde;
- Coordenar a criação do orçamento anual, analisando as necessidades de cada setor da organização e garantindo que os recursos sejam alocados de maneira eficaz;
- Monitorar e avaliar os custos operacionais e assistenciais, identificando áreas para otimização de recursos e redução de desperdícios;
- Realizar análises de viabilidade financeira para projetos e serviços de saúde, propondo ajustes que assegurem a sustentabilidade econômica da instituição;
- Acompanhar o desempenho financeiro em relação ao orçamento, gerando relatórios periódicos para a alta gestão com análises comparativas e projeções.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino superior	• Não exige	• Organização e disciplina;

completo em administração ou contabilidade	experiência; • Informática intermediária.	• Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação; • Resistência a pressão.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**GESTÃO**
CARGO:	**CHEFE DO SETOR DE CONTROLE INTERNO**

MISSÃO DO CARGO

Executar os serviços de controle interno, planejando e desenvolvendo normas e diretrizes técnicas ou administrativas que assegurem os objetivos da instituição

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Analisar as situações administrativas, contratuais e orçamentárias;
- Verificar os fluxos, tramites e prazos processuais;
- Orientar e fiscalizar o trabalho dos setores da instituição bem como indicar ao superior possíveis irregularidades nos processos estabelecidos;
- Prezar pela integridade dos documentos que estão sobre responsabilidade do controle interno;
- Realizar atividades de auditoria e correção nos processos da instituição;
- Avaliar os riscos e oportunidades dos processos e das operações;
- Verificar a conformidade dos registros contábeis e financeiros com as normas internas;
- Elaborar relatórios e recomendações sobre atividades auditadas;
- Elaborar parecer referente aos processos analisados;
- Acompanhar a implementação das ações corretivas e preventivas sugeridas;
- Assessorar a direção e os gestores nas questões relacionadas ao controle

interno;
- Manter sigilo sobre os processos analisados;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino Superior completo.	• Não exige experiência; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação; • Resistência a pressão.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**GESTÃO**
CARGO:	**CHEFE DO SETOR DE COMPRAS**

MISSÃO DO CARGO

Coordenar as atividades do setor de compras, promovendo as análises dos pedidos de compras de materiais, oriundos das unidades geridas e da Unidade gestora.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Proceder às conferências de quantitativos e das especificações de todas as solicitações de compras;
- Elaborar e implementar o planejamento anual de compras com base nas demandas dos diversos setores da organização, garantindo o abastecimento contínuo de insumos, medicamentos, equipamentos e serviços;
- Conduzir negociações com fornecedores para garantir as melhores condições de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

preço, prazo, qualidade e entrega, sempre considerando a viabilidade financeira da organização e a segurança no fornecimento;

- Realizar pesquisas de mercado para identificar novas oportunidades de fornecimento e garantir a melhor relação custo-benefício nos processos de compra;
- Trabalhar em conjunto com o setor de almoxarifado e de suprimentos para garantir que os estoques estejam adequados às necessidades da instituição, evitando tanto a escassez quanto o excesso de materiais;
- Identificar e mitigar riscos relacionados à cadeia de fornecimento, como falhas na entrega, problemas de qualidade e dependência excessiva de um único fornecedor;
- Coordenar e capacitar a equipe de compras, garantindo que todos estejam preparados para conduzir os processos de forma eficaz e de acordo com as diretrizes institucionais;
- Auxiliar a chefia na elaboração de editais e avisos de Processos Seletivos de Compras e licitações;
- Preencher os dados na plataforma de compras, procedendo às conferências dos dados cotados e, auxiliando as emissões de Ordens de Compras;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino Superior completo em Administração, Economia, Direito ou contabilidade.	• Experiência minima de 06 meses; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

		• Resistência a pressão.
CATEGORIA OCUPACIONAL:	**GESTÃO**	
CARGO:	**CHEFE DO SETOR DE CONTRATOS**	

MISSÃO DO CARGO

Executar as atividades do setor de contratos, promovendo as análises dos contratos vigentes, oriundos das unidades geridas e da Unidade gestora.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Coordenar a criação e revisão de contratos, garantindo que os termos e condições estejam alinhados com as políticas institucionais, normas legais e regulamentações aplicáveis ao setor de saúde;
- Proceder às conferências de entrega dos serviços contratados bem como análise de novos contratos;
- Conduzir negociações contratuais com fornecedores, prestadores de serviços e parceiros, visando obter as melhores condições para a organização em termos de qualidade, prazos e custos;
- Monitorar o cumprimento das obrigações contratuais por todas as partes envolvidas, assegurando que os prazos sejam respeitados e os serviços prestados de acordo com os termos estabelecidos;
- Avaliar e mitigar riscos associados aos contratos, garantindo que todas as cláusulas protejam a organização contra possíveis inadimplências, prejuízos ou falhas nos serviços contratados;
- Controlar e gerir aditivos contratuais, renovações ou encerramentos, mantendo a documentação atualizada e garantindo a continuidade das operações sem interrupções nos serviços;
- Trabalhar em conjunto com outros setores da organização, como financeiro, jurídico e compras, para garantir que os contratos estejam integrados ao planejamento estratégico e às necessidades operacionais;
- Fornecer suporte em questões jurídicas relacionadas a contratos, bem como auxiliar em auditorias internas e externas que envolvam a análise dos acordos firmados;
- Coordenar e treinar a equipe do setor de contratos, garantindo que os colaboradores estejam aptos a gerenciar e monitorar os contratos com eficiência e dentro das normas estabelecidas;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino Superior completo em Administração, direito, ciências contábeis.	• Experiência minima de 06 meses; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação; • Resistência a pressão.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**GESTÃO**
CARGO :	**SUPERINTENDENTE ADMINISTRATIVO**

MISSÃO DO CARGO

Definir objetivos e tomar decisões estratégicas em conjunto com a presidência, superintendência financeira, de gestão e planejamento e conselhos, considerando os impactos internos e externos, atuando na unidade gestora na diretoria executiva da instituição.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Coordenar as atividades administrativas da Instituição,
- Difundir os objetivos e ideais da Instituição, perante órgão públicos e privados;
- Estimular e manter intercâmbio com pessoas e entidades interessadas na consecução dos objetivos previstos no Estatuto Social da Entidade.;
- Coordenar os responsáveis no desenvolvimento de atividades administrativas dos serviços que compõem a estrutura organizacional e corporativa;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Planejar, coordenar e preparar os processos de compras, e contratações conforme necessidades dos serviços da Instituição e da Unidade de Saúde, nos termos do regulamento de compras contratações de serviços e em contratos específicos;
- Gerir convênios, contratos e demais formas de ajustes celebrados com os entes federativos que se relacionam com a Instituição;
- Participar da elaboração e consolidação do planejamento físico da Instituição e da Unidade de Saúde;
- Oferecer suporte especializado para as áreas administrativas e efetivar a projeção de despesa de pessoal.
- Auxiliar na elaboração de prestação de contas anual e outras específicas da Instituição;
- Auxiliar na elaboração do Regimento Interno e Normas de Regulações;
- Convocar e presidir as reuniões da Unidade conforme contrato de gestão, organizando a pauta ou ordem do dia;
- Autorizar as publicações e comunicações externas, incluindo a correspondência institucional, a celebração de convênios, contratos, programas, termos, ajustes e demais acordos e projetos em geral.
- Solicitar à presidência da Entidade a contratação e a dispensa do pessoal do quadro ou temporário e de confiança da Instituição e da Unidade de Saúde, de acordo com o plano de metas e quadro de pessoal e plano de carreira da Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Graduação em Administração, direito ou áreas afins.	• Experiência mínima de 01 ano na função de gestão; • Informática Básica.	• Capacidade de liderança; • Desenvolvimento de pessoas; • Visão ampla e estratégica; • Resiliência;

		• Responsabilidade; • Tomada de decisão; • Cultura de inovação; • Trabalho em equipe; • Otimização de recursos.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**GESTÃO**
CARGO:	**SUPERINTENDENTE FINANCEIRO**

MISSÃO DO CARGO

Definir objetivos e tomar decisões estratégicas em conjunto com a presidência, superintendência executiva, administrativa e de gestão e planejamento, considerando os impactos financeiros internos e externos, atuando na unidade gestora na diretoria executiva da instituição.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Coordenar as atividades econômicas e financeiras da Instituição;
- Difundir os objetivos e ideais da Instituição, perante órgão públicos e privados;
- Coordenar as áreas contábil, de tesouraria, controladoria e planejamento financeira;
- Desenvolver e implementar políticas financeiras, visando a otimização dos recursos e o alcance dos resultados estabelecidos;
- Elaborar e analisar relatórios financeiros, como balanços, demonstrações de resultados e fluxos de caixa, fornecendo informações estratégicas à presidência;
- Elaborar a prestação de contas anual e outras específicas da Instituição;
- Gerir o orçamento da empresa, acompanhando despesas, controlando custos e identificando oportunidades de redução de gastos;
- Realizar análises de viabilidade econômica de projetos e investimentos, avaliando riscos e retornos;
- Estabelecer parcerias com instituições financeiras, negociando empréstimos, linhas de crédito e outras operações financeiras;
- Garantir a conformidade com a legislação financeira e fiscal, bem como com as políticas internas da empresa;

- Elaborar e controlar o plano de contas e a execução financeira , conforme cronograma de desembolso previsto no contrato de gestão.
- Participar de reuniões estratégicas, contribuindo com insights financeiros para tomada de decisões;
- Manter-se atualizado sobre tendências e melhores práticas na área financeira, buscando constantemente aprimorar os processos e resultados da empresa;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Graduação em Ciências Contábeis, administração ou áreas afins, com registro profissional regular para o exercício da profissão	• Experiência mínima de 01 ano na área hospitalar; • Informática Básica.	• Capacidade de liderança; • Desenvolvimento de pessoas; • Visão ampla e estratégica; • Resiliência; • Responsabilidade; • Tomada de decisão; • Cultura de inovação; • Trabalho em equipe; • Otimização de recursos.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**GESTÃO**
CARGO :	**SUPERINTENDENTE TÉCNICO**

MISSÃO DO CARGO

Definir objetivos e tomar decisões estratégicas em conjunto com a presidência, superintendencia, executiva, administrativa e financeira, considerando os impactos internos e externos, atuando na unidade gestora na diretoria executiva da instituição.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES
• Liderar todas as atividades relacionadas à área da saúde; • Acompanhar a gestão das áreas médica, enfermagem, farmácia e demais setores técnicos da instituição; • Desenvolver e implementar políticas e diretrizes técnicas, visando o aprimoramento dos serviços de saúde e o cumprimento das normas regulatórias; • Estabelecer e monitorar indicadores de qualidade, segurança e eficiência na prestação de serviços de saúde; • Gerenciar e otimizar recursos humanos, materiais e financeiros, garantindo a qualidade e a efetividade dos processos assistenciais; • Estabelecer parcerias com instituições e profissionais da área de saúde, visando a troca de conhecimentos e a melhoria contínua dos serviços; • Promover a capacitação e o desenvolvimento das equipes técnicas, visando a excelência no atendimento aos pacientes; • Participar de comitês, grupos de trabalho e fóruns técnicos relacionados à saúde, representando a instituição; • Assegurar o cumprimento das normas éticas e legais aplicáveis à área de saúde; • Auxiliar na elaboração de prestação de contas anual e outras específicas da Instituição; • Manter-se atualizado sobre avanços tecnológicos e científicos na área de saúde, buscando constantemente a inovação e a melhoria dos processos; • Gerir as ações relativos a investimento, desenvolvimento e manutenção da infraestrutura e serviços da Unidade de Saúde; • Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS		
Conhecimento	**Habilidades**	**Atitude**
• Graduação em medicina, enfermagem, farmácia ou biomedicina e áreas afins, com registro	• Experiência mínima de 01 ano em gestão; • Informática Básica.	• Capacidade de liderança; • Desenvolvimento de pessoas; • Visão ampla e estratégica; • Resiliência;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

profissional regular para o exercício da profissão		• Responsabilidade; • Tomada de decisão; • Cultura de inovação; • Trabalho em equipe; • Otimização de recursos.

UNIDADE GERIDA: POLICLÍNICA DA REGIÃO SUDOESTE QUIRINÓPOLIS

BASE ORGANIZACIONAL	CATEGORIA OCUPACIONAL	CARGOS E FUNÇÕES
ADMINISTRATIVO	APOIO	Almoxarife
		Analista Administrativo I, II e III
		Analista de Qualidade
		Analista de Recursos Humanos
		Assistente Administrativo I e II
		Auxiliar de Manutenção
		Auxiliar de Serviços Gerais
		Copeira
		Jardineiro
		Pintor
		Porteiro
		Recepcionista

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

		Telefonista
	TÉCNICO	Técnico em Segurança do Trabalho
	GESTÃO	Diretor(a) Administrativo e Financeiro
		Encarregado(a) de Núcleo Interno de Agendamento (NIA)
		Encarregado(a) de Atendimento
		Encarregado (a) de Manutenção
		Encarregado(a) do Serviço de Higiene e Limpeza
ASSISTENCIAL		
BASE ORGANIZACIONAL	**CATEGORIA OCUPACIONAL**	**CARGOS E FUNÇÕES**
ASSISTENCIAL	**APOIO**	Assistente de Farmácia
		Auxiliar de Saúde Bucal
		Auxiliar de Coleta
		Maqueiro (a)
	TÉCNICO	Técnico de Enfermagem
	PROFISSIONAL	Assistente social
		Biomédico (a)
		Cirurgião(ã) Dentista
		Enfermeiro (a)
		Enfermeiro (a) Nefrologista
		Farmacêutico (a)
		Fisioterapeuta

		Fonoaudiólogo (a)
		Nutricionista
		Psicólogo (a)
	GESTÃO	Coordenador(a) Assistencial
		Diretor(a) Técnico
		Supervisor (a) de Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde – SCIRAS, Núcleo de Vigilância Epidemiológica -NVE, e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
		Gestor da linha do Cuidado Multiprofissional

BASE ORGANIZACIONAL: ADMINISTRATIVO	
CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO:	**ALMOXARIFE**

MISSÃO DO CARGO

Atuar na entrega e recepção de materiais, mantendo controle do estoque da unidade.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Cobrar os setores quanto aos materiais faltantes no estoque;
- Fazer as solicitações de ordem de compras com antecedência antes de ocorrer à falta dos mesmos;
- Fornecer aos colaboradores EPIs e os materiais solicitados para a produção;
- Responder por todos os materiais constantes no estoque;
- Verificar as notas fiscais em relação ao pedido realizado sempre alinhado com o setor de compras, e o material que está sendo entregue,
- Acompanhar descarregamento os produtos que chegam;
- Registrar saída de materiais;
- Conhecer e divulgar a missão, visão, valores, procedimentos operacionais padrões

e manuais de gestão da unidade;

- Cumprir com o seu horário de trabalho de acordo com a escala;
- Manter sigilo das informações da Instituição;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino superior completo em administração.	• Experiências e em áreas de gestão; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação; • Resistência a pressão.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CATEGORIA OCUPACIONAL:	APOIO
CARGO:	ANALISTA ADMINISTRATIVO I

MISSÃO DO CARGO

Atuar nas atividades administrativas do setor ao qual for designado.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Realizar Inventário de Patrimônio,
- Elaborar relatórios de levantamento, classificação de patrimônio, e necessidade de substituição;
- Acompanhar os serviços realizados por assistentes e auxiliares garantindo que todas as tarefas sejam realizadas de acordo com as normas internas, e prestação de contas a SES;
- Organização de arquivos, preparação de relatórios e apresentações;
- Cumprir com o seu horário de trabalho de acordo com a escala;
- Manter sigilo das informações da Instituição;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

• Ensino superior completo em administração.	• Experiências e em áreas de gestão; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação; • Resistência a pressão.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO:	**ANALISTA ADMINISTRATIVO II**

MISSÃO DO CARGO

Coordenar e melhorar processos internos, como fluxo de documentos, compras, controle de estoque, faturamento, dentre outros.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Lidar com atividades como controle de orçamentos;
- Organização de arquivos, preparação de relatórios e apresentações;
- Facilitar a comunicação entre diferentes departamentos e garantir o bom fluxo de informações;
- Elaborar relatórios de faturamento, esclarecer dúvidas sobre faturamento e colaborar com outros setores;
- Organizar e manter todos os contratos de forma acessível e segura, garantindo a rastreabilidade e a conformidade em auditorias, assegurar que os contratos estejam em conformidade com a legislação vigente, incluindo aspectos trabalhistas, tributários, éticos e regulamentações do setor de saúde;
- Cumprir com o seu horário de trabalho de acordo com a escala;
- Manter sigilo das informações da Instituição;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

convocado;

- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS		
Conhecimento	**Habilidades**	**Atitude**
• Ensino superior completo em administração, contabilidade ou área da saúde.	• Experiências em áreas de gestão; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação; • Resistência a pressão.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO:	**ANALISTA ADMINISTRATIVO III**

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

MISSÃO DO CARGO

Organizar e manter atualizados os arquivos financeiros da instituição como notas fiscais, relatórios, contratos e documentos relacionados a auditorias.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Auxiliar na identificação e monitoramento de centros de custo;
- Executar tarefas, como a inserção de dados financeiros em sistemas, elaboração de planilhas financeiras e controle de informações financeiras;
- Montar processos de pagamentos, auxilia diretoria financeira e administrativa Manter sigilo das informações da Instituição;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino superior completo em administração ou contabilidade.	• Experiências em áreas de gestão; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

		• Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação; • Resistência a pressão.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO:	**ANALISTA DE QUALIDADE**

MISSÃO DO CARGO

Gerenciar a área da qualidade e segurança do paciente, através de planejamento, organização e controle, garantindo o cumprimento do planejamento estratégico, visando contribuir para o aprimoramento dos processos, sistemas de informação, qualidade dos serviços da instituição, manutenção das certificações e alcance de metas contratuais.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Realizar a gestão documental, tais como as fases de elaboração, revisão, validação, aprovação, controle e distribuição;
- Gestão de riscos, como suas identificações, analises e tratativas;
- Gestão de não conformidades, identificação e o plano de ação (5W2H);
- Gestão de Auditorias, como produção de checklist, cronogramas, relatórios e planos de ação;
- Gestão de processos, realização de mapeamento de processos na matriz SWOT ou como fluxograma no BIZAGI;
- Gestão de indicadores, tais como mensuração dos processos e resultados;
- Gestão de Comissões, tais como reunião, relatórios, cronograma de ações e apoio a alta gestão;
- Entender de ferramentas da qualidade (FMEA, PDCA, 5W2H, CARTAS DE CONTROLE...);
- Coordenar auditorias internas e externas para avaliar a conformidade com padrões de qualidade e certificações;
- Preparar a unidade gerida para processos de acreditação e certificação,

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

colaborando na implementação das ações necessárias;

- Controlar os certificados de qualidade e verificar os prazos dos mesmos;
- Cumprir com o seu horário de trabalho de acordo com a escala;
- Manter sigilo das informações da Instituição;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino superior completo em áreas da saúde (Biomedicina, enfermagem, farmácia, etc).	• Experiências em áreas de gestão; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

		• Resistência a pressão.
CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**	
CARGO:	**ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS**	

MISSÃO DO CARGO

Realizar a administração dos salários, benefícios oferecidos, avaliações de desempenho, pesquisas de clima organizacional e demais informações referente aos recursos humanos.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Administrar salários e benefícios oferecidos aos colaboradores;
- Promover avaliações de desempenho e pesquisas de clima organizacional
- Prestar informações aos colaboradores da empresa a respeito de assuntos relacionados ao trabalho;
- Conduzir processos seletivos;
- Selecionar currículos;
- Controlar os prazos dos contratos de trabalho, substituições ou aumento de quadro de colaboradores, controlar os vencimentos de contrato por experiência, conferir folhas de pagamento;
- Supervisionar a rotina do departamento pessoal auxiliando o chefe de RH e diretoria administrative;
- Ser responsável pelo controle de ponto, lançamento de rotinas em planilha;
- Cumprir com o seu horário de trabalho de acordo com a escala;
- Manter sigilo das informações da Instituição;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino superior completo em administração ou contabilidade.	• Experiências em áreas de gestão; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação; • Resistência a pressão.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO:	**ASSISTENTE ADMINISTRATIVO I**

MISSÃO DO CARGO

Realizar as demandas administrativas necessárias no cotidiano da intituição.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Auxiliar gestores em suas atividades e necessidades operacionais, como contato com o ambiente externo;
- Gerenciar documentações recebidas e enviadas;
- Organizar agenda e controle de receitas e material;
- Prestar assistência na conferência de documentação e organização de documentos, planilhas e relatórios para prestação de contas da unidade;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Manter sigilo das informações da Instituição;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino médio completo ou cursando o último ano.	• Não é Experiências; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação; • Resistência a pressão.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CATEGORIA OCUPACIONAL:	APOIO
CARGO:	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO II

MISSÃO DO CARGO

Realizar as demandas administrativas necessárias no cotidiano da intituição.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Realizar pesquisas de satisfação;
- Anotar dúvidas e reclamações dos pacientes;
- Trabalhar junto com as outras áreas para buscar subsídios para a elaboração das respostas;
- Preencher relatórios;
- Buscar identificar falhas e propor melhorias nos processos internos;
- Semanalmente fazer a tabulação de dados, e alimentar o relatório gerencial ao final de cada mês;
- Manter sigilo das informações da Instituição;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino superior completo em administração ou áreas afins.	• Experiência minima de 06 meses; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação; • Resistência a pressão.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO:	**AUXILIAR DE MANUTENÇÃO**

MISSÃO DO CARGO

Executar serviços de manutenção/conservação predial e outras atividades em geral.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Realizar atividades como: manutenções hidráulica, reparos em alvenaria, pintura, realizar transporte de mobiliários, materiais e equipamentos quando solicitado;
- Executar serviços de conservação dos móveis, mobiliários em uso;
- Realizar leituras de consumo de água, luz, gazes medicinais, GLP e outras quando solicitado e dentro da capacidade de conhecimento ou quando receber treinamento para a atividade;
- Comunicar o Superior Imediato caso haja impossibilidade de comparecer ao trabalho;
- Manter sigilo das informações da Instituição;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS		
Conhecimento	**Habilidades**	**Atitude**
• Ensino fundamental completo.	• Experiência minima de 06 meses.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO:	**AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS**

MISSÃO DO CARGO

Zelar pela manutenção da limpeza em toda a área da instituição.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Executar serviços diários de higienização, arrumação dos móveis, dos aposentos e demais instalações internas da unidade de acordo com as instruções de trabalho e técnicas apropriadas;
- Observar e cumprir o cronograma de higienização e desinfecção rotineira e terminal de acordo com a programação do serviço e escala de trabalho por serviço / unidade e área;
- Observar a necessidade de revisão ou conserto de algum item e comunicar tal fato ao superior imediato;
- Realizar desinfecção nos materiais de higiene e limpeza conforme instruções de trabalho;
- Recolher e depositar o lixo em local apropriado respeitando as normas vigentes;
- Comunicar qualquer eventualidade ocorrida no serviço / unidade ao superior imediato;
- Realizar atendimento com cordialidade as pessoas aos quais necessitam do serviço;
- Desenvolver suas atividades utilizando normas e procedimentos específicos ao setor obedecendo às normas de biossegurança e/ou segurança do trabalho;
- Executar tratamento e descarte de resíduos resultantes de local de trabalho;
- Comunicar o Superior Imediato caso haja impossibilidade de comparecer ao trabalho;
- Manter sigilo das informações da Instituição;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS		
Conhecimento	**Habilidades**	**Atitude**
• Ensino fundamental completo.	• Experiência minima de 06 meses.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO:	**COPEIRA**

MISSÃO DO CARGO

Receber, conferir e servir refeições para os pacientes da hemodiálise.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Garantir que o lanche do parceiro terceiro para os pacientes da hemodiálise sejam apresentadas de forma adequada;
- Servir o lance aos pacientes conforme orientação da nutricionista;
- Manter a área de serviço organizada e limpa;
- Ajudar no controle do estoque de itens armazenados na unidade, informando quando é necessário reposição;
- Comunicar o Superior Imediato caso haja impossibilidade de comparecer ao trabalho;
- Manter sigilo das informações da Instituição;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino fundamental completo.	• Não exige experiência.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	APOIO

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CARGO:	JARDINEIRO

MISSÃO DO CARGO

Realizar a poda de plantas e arbustos para promover o crescimento saudável e a estética do jardim.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Controlar ervas daninhas e pragas, aplicando pesticidas e herbicidas quando necessário;
- Manter a limpeza e organização do espaço, removendo folhas secas, galhos e detritus;
- Organizar ferramentas e equipamentos de jardinagem, garantindo que estejam em boas condições de uso;
- Comunicar o Superior Imediato caso haja impossibilidade de comparecer ao trabalho;
- Manter sigilo das informações da Instituição;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

• Ensino fundamental completo.	• Não exige experiência.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO:	**PINTOR**

MISSÃO DO CARGO

Manter e repintar áreas que já foram pintadas, conforme necessário, para conservar a aparência da unidade.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Limpar, lixar e preparar superfícies para receber a pintura, garantindo que estejam livres de sujeira, poeira e imperfeições;
- Aplicar tinta em paredes, tetos, janelas, portas e outras superfícies utilizando pincéis ou rolos;
- Realizar acabamentos, como texturas ou padrões, conforme solicitado;
- Executar outras atribuições afins que forem solicitadas pela liderança;
- Atender com urgência e eficiência aos chamados;
- Comunicar o Superior Imediato caso haja impossibilidade de comparecer ao trabalho;
- Manter sigilo das informações da Instituição;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS		
Conhecimento	**Habilidades**	**Atitude**
• Ensino fundamental incompleto.	• Experiência minima de 06 meses na função.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO:	**PORTEIRO**

MISSÃO DO CARGO

Monitorar e controlar o fluxo de pessoas e veículos identificando-os e encaminhando-os aos locais desejados.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Receber pacientes, acompanhantes, visitantes e colaboradores, direcionando-os aos locais corretos;
- Registrar a entrada e saída de visitantes e prestadores de serviços, garantindo o controle de acesso;
- Manter a ordem e a segurança na entrada e nas áreas comuns da unidade, reportando qualquer situação suspeita ou irregularidades à equipe de segurança e direção administrative;
- Receber mercadorias, volumes diversos e correspondências;
- Diariamente observar as condições de segurança nas dependências da empresa visualizando os ambientes através de monitores de vídeo visando prevenir ou detectar situações de perigo e outras ocorrências, para as devidas providencias;
- Atentar para posicionamento dos veículos no estacionamento, contatar proprietários dos veículos irregularmente estacionados;
- Ligar e desligar equipamentos ou sistemas de iluminação no início do expediente ou na eventualidade conforme necessidade;
- Comunicar o Superior Imediato caso haja impossibilidade de comparecer ao trabalho;
- Manter sigilo das informações da Instituição;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

COMPETÊNCIAS		
Conhecimento	**Habilidades**	**Atitude**
• Ensino médio completo.	• Experiência minima de 06 meses na função; • Informática básica.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO:	**RECEPCIONISTA**

MISSÃO DO CARGO

Recepcionar todos os clientes que procurarem a unidade de forma humanizada, providenciando todos os documentos necessários para abertura do prontuário, colhendo corretamente todas as informações cadastrais, orientando-os quanto ao funcionamento da entidade, bem como encaminhando este cliente ao local de atendimento.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Preencher corretamente o cadastro do cliente no sistema de gestão assim como, planilhas e controles internos adquiridos;
- Orientar o cliente e/ou seu familiar com relação às normas da unidade;
- Solicitar ao almoxarifado os materiais necessários para a execução do serviço;
- Participar das reuniões agendadas pelo encarregado;
- Quando alocado no NIA, realizar confirmação de agenda diária de pacientes;
- Realizar a alteração na data/horário da consulta/exame no sistema de agendamento e na planilha interna, quando necessário;
- Realizar baixas de pacientes no Sistema do Estado- Gercon, após atendimento ou

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

absenteísmo;

- Realizar pré cadastro no Sistema da SES, de solicitações de internações hospitalares para pacientes da unidade que necessitem de cirurgias;
- Participar dos treinamentos promovidos pelo Núcleo de Educação Permanente, com o aval do Superior Imediato;
- Comunicar o Superior Imediato caso haja impossibilidade de comparecer ao trabalho;
- Cumprir com o seu horário de trabalho de acordo com a Escala;
- Manter sigilo das informações da Instituição;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino médio completo.	• Experiência minima de 06 meses na função; • Informática básica.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

		• Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO:	**TELEFONISTA**

MISSÃO DO CARGO

Realizar ligações para confirmar agendamento de consultas, exames, e retornos, acompanhar as agendas, e controle de razões pelo não comparecimento dos pacientes.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Orientar os pacientes dos processos internos,
- Realizar orientações gerais quanto ao preparo de exames e procedimentos;
- Realizar confirmações de ciencia e comparecimento aos atendimentos de todos os pacientes agendados;
- Transmitir informações utilizando a ferramento do Whatsapp quando necessário;
- Participar dos treinamentos promovidos pelo Núcleo de Educação Permanente, com o aval do Superior Imediato
- Comunicar o Superior Imediato caso haja impossibilidade de comparecer ao trabalho;
- Cumprir com o seu horário de trabalho de acordo com a Escala;
- Manter sigilo das informações da Instituição;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino médio completo.	• Experiência minima de 06 meses na função; • Informática básica.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**TÉCNICO**
CARGO:	**TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO**

MISSÃO DO CARGO

Realizar atividades ligadas a Segurança do Trabalho, visando assegurar condições que eliminem ou reduzam ao mínimo os riscos de ocorrência de acidentes de trabalho, observando o cumprimento de toda legislação vigente.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Atender os colaboradores, orientando procedimentos e esclarecendo dúvidas e nas solicitações de EPI's e EPC's;
- Avaliar os equipamentos de proteção (EPI's e EPC's), emitindo laudos quando necessário;
- Organizar e controlar documentos relacionados à saúde e segurança no trabalho

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

da instituição;

- Realizar auditorias para apurar condições inadequadas que possam gerar riscos (acompanhamento e avaliação na área), fiscalizando o correto uso dos equipamentos de proteção individual, notificando a direção quando detectado não conformidades;
- Desenvolver ações educativas "treinamentos e orientações" na área de saúde e segurança no trabalho;
- Analisar acidentes e recomendar medidas de prevenção e controle;
- Preencher Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), quando necessário;
- Participar da elaboração e implementação do PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais e do PCMSO – Programa de Controle Medico e Saúde Ocupacional;
- Organizar e controlar os cronogramas do PPRA e PCMSO, indicadores de acidente de trabalho, treinamentos, auditorias, vacinação, doenças profissionais, etc.;
- Organizar e controlar o funcionamento da brigada de incêndio;
- Participar da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS);
- Participar de pericias e fiscalizações de trabalho;
- Promover inspeção nos locais de trabalho, identificando condições, tomando todas providencia necessárias para eliminar todas as situações de riscos;
- Conhecer e divulgar a missão, visão, valores, procedimento operacional padrão e manual de gestão da unidade gerida;
- Cumprir com o seu horário de trabalho de acordo com a escala;
- Participar dos treinamentos promovidos pelo Núcleo de Educação Permanente;
- Comunicar o Superior Imediato caso haja impossibilidade de comparecer ao trabalho;
- Cumprir com o seu horário de trabalho de acordo com a Escala;
- Manter sigilo das informações da Instituição;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Usar equipamentos de proteção individual e coletiva quando necessários;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Propiciar ambiente de trabalho silencioso;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

forem criadas;
- Realizar demais atividades correlatas a critério do superior imediato, sempre que necessário;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino Técnico Completo em Técnico de Segurança do Trabalho.	• Experiência minima de 06 meses na função; • Informática básica.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**GESTÃO**
CARGO:	**DIRETOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO**

MISSÃO DO CARGO

Formular planos estratégicos através da organização, liderança, coordenação e supervisão das operações da unidade.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Executar as resoluções abrangentes nas instalações da unidade dentro da esfera de competência;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Gerenciar o ambulatório e demais atividades, garantindo a regularidade de seu funcionamento de acordo com obrigações contratuais e regulamentos, incluindo o cumprimento das diretrizes das unidades administrativas, procedimentos de gestão e instruções de operação;
- Rever minuciosamente os dados fornecidos pelas unidades para a composição dos relatórios financeiros mensais, a fim de garantir sua precisão, conforme exigências contratuais e padrões institucionais;
- Manter registros e licenças atualizados para as atividades sujeitas a tais requisitos;
- Participar das reuniões de prestação de contas com as superintendências do IPGSE;
- Manter comunicação frequente com os líderes das atividades administrativas da unidade e avaliar regularmente o desempenho, buscando a máxima precisão e alinhamento de metas e resultados;
- Garantir a segurança e bem-estar físico e mental dos colaboradores e profissionais, tomando as medidas necessárias;
- Convocar e presidir reuniões mensais com subordinados diretos, documentando as decisões tomadas;
- Garantir que todas as unidades administrativas possuam um conjunto de procedimentos operacionais padrão (POP's);
- Manter as informações das atividades administrativas atualizadas usando as ferramentas apropriadas;
- Definir e avaliar atividades administrativas para atender às necessidades dos usuários, identificando, qualificando e distribuindo conforme as equipes e horários definidos pela instituição;
- Manter sistemas de avaliação contínua por meio de instrumentos específicos para medir o desempenho da equipe administrativa e a qualidade dos serviços prestados;
- Participar e colaborar em comissões pertinentes à administração;
- Planejar e orientar o uso adequado dos espaços físicos relacionados à administração, oferecendo opiniões sobre modificações necessárias;
- Incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos que contribuam para o desenvolvimento profissional;
- Propor medidas visando a coesão e equilíbrio da equipe administrativa;
- Manter o regimento dos serviços administrativos atualizados;
- Adotar um comportamento ético e profissional rigoroso;
- Cumprir e fazer cumprir as políticas internas da instituição;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

• Realizar outras atividades inerentes ao cargo.

COMPETÊNCIAS		
Conhecimento	**Habilidades**	**Atitude**
• Ensino Superior Completo; • Pós graduação em administração Hospitalar, gestão de serviços de saúde ou afins; • Possuir registro profissional regular para o exercício da profissão.	• Não exige experiência; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Gestão eficiente do tempo; • Habilidade em lidar com as emoções; • Cultivo de relações humanizadas; • Compreensão abrangente de sistemas; • Orientação para alcançar resultados; • Direcionador de soluções; • Dedicação ao atendimento do cliente interno e externo; • Capacidade de decisão em situações de pressão; • Princípios éticos e integridade; • Liderança na gestão de equipes; • Proficiência em gerenciamento de crises e conflitos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CATEGORIA OCUPACIONAL:	GESTÃO
CARGO:	ENCARREGADO (A) DO NÚCLEO INTERNO DE AGENDAMENTO (NIA)

MISSÃO DO CARGO

Garantir a eficiente organização e coordenação do agendamento de consultas, exames e procedimentos, visando otimizar o fluxo de atendimento, reduzir o tempo de espera dos pacientes e assegurar que os recursos humanos e físicos da unidade sejam utilizados de forma eficaz.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Gerenciar pessoas e todas as atividades do setor;
- Elaborar, implementar e monitorar protocolos, fluxos e rotinas do setor;
- Planejamento e organização das escalas de especialidades médicas e exames de acordo com as necessidades da unidade;
- Ter flexibilidade para ajustes de última hora, mantendo o equilíbrio das equipes;
- Realizar monitoramento e controle da agenda diária;
- Realizar ajustes conforme as necessidades, como alterações de horários e cancelamentos;
- Coordenação eficaz para evitar conflitos de agendamento e otimizar o fluxo de trabalho.;
- Fiscalizar a execução de contratos de serviços em sua área;
- Elaborar relatórios gerenciais;
- Monitorar indicadores e o cumprimento de metas.;
- Definir prioridades de capacitação junto à área;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

COMPETÊNCIAS		
Conhecimento	**Habilidades**	**Atitude**
• Ensino Médio completo.	• Não exige experiência; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**GESTÃO**
CARGO:	**ENCARREGADO (A) DE ATENDIMENTO**

MISSÃO DO CARGO

Proporcionar um atendimento de excelência, garantindo que cada paciente se sinta valorizado e bem tratado, contribuindo para a saúde e bem-estar da comunidade.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Gerenciar e monitorar as equipes responsáveis pelo atendimento ao público, garantindo que os processos sejam realizados de forma ágil e eficiente, mantendo a qualidade do serviço prestado;
- Garantir que os pacientes sejam recebidos de forma humanizada e tenham suas demandas compreendidas e atendidas de acordo com os protocolos da instituição;
- Organizar e controlar os fluxos de atendimento, incluindo filas de espera e o agendamento de consultas, exames e outros procedimentos, visando reduzir o tempo de espera e melhorar a experiência do paciente;
- Assegurar que o atendimento ao público esteja em conformidade com as políticas institucionais e regulamentos do setor de saúde, especialmente em questões de sigilo e privacidade dos pacientes;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Elaborar relatórios gerenciais;
- Monitorar indicadores e o cumprimento de metas.;
- Definir prioridades de capacitação junto à área;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino Médio completo.	• Experiência minima de 06 meses; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**GESTÃO**
CARGO:	**ENCARREGADO DE MANUTENÇÃO**

MISSÃO DO CARGO

Supervisionar a execução de reparos na infraestrutura e manutenção preventiva e corretiva da instituição.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES
• Gerenciar pessoas e todas as atividades do setor; • Elaborar, implementar e monitorar protocolos, fluxos e rotinas do setor; • Zelar pelo patrimônio da Instituição; • Descrever e encaminhar termos de referência e projetos básicos para aquisição de bens e serviços relacionados ao setor; • Acompanhar processos de admissão, renovação e encerramento de contratos, entre outros relacionados à gestão de pessoas e serviços terceiros do setor; • Realizar avaliação de desenvolvimento, planejamento e monitoramento das escalas de trabalho (folgas, férias e licenças) e controle de efetividade dos empregados do setor atendendo legislação vigente; • Elaborar relatórios gerenciais e monitorar indicadores; • Definir prioridades de capacitação junto à área responsável; • Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho; • Respeitar a hierarquia do Organograma; • Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas; • Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição; • Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição; • Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS		
Conhecimento	**Habilidades**	**Atitude**
• Ensino fundamental completo.	• Não exige experiência; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

		• Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**GESTÃO**
CARGO:	**ENCARREGADO (A) DO SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA**

MISSÃO DO CARGO

Supervisionar a equipe de higiene e limpeza garantindo a qualidade dos serviços prestados.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Implementar padrões de limpeza e higienização adequados aos ambientes ambulatoriais e de áreas restritas (hemodiálise);
- Assegurar a segurança de pacientes, visitantes e profissionais;
- Assegurar o controle de qualidade e gestão de estoques;
- Gerenciar a alocação e utilização de recursos, buscando eficiência operacional e redução de custos;
- Garantir a satisfação dos pacientes e o cumprimento de normas de segurança e hygiene;
- Definir prioridades de capacitação junto à área responsável;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu serviço / unidade de trabalho;
- Respeitar a hierarquia do Organograma;
- Cumprir normas, diretrizes e rotinas da Instituição, bem como as que porventura forem criadas;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino fundamental completo.	• Não exige experiência; • Informática intermediária.	• Organização e disciplina; • Responsabilidade; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

BASE ORGANIZACIONAL: ASSISTENCIAL	
CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO :	**ASSISTENTE DE FARMÁCIA**
MISSÃO DO CARGO	
Garantir a solicitação, recebimento, armazenamento e controle de estoque de materiais e medicamentos e atender solicitações dos setores.	
DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES	
• Conhecer os indicadores do setor e desempenho do mesmo; • Repor os estoques dos setores; • Participar dos inventários do setor; • Armazenar os materiais recebidos nos lugares determinados atentando para data de validade e instruções de acondicionamento; • Respeitar as normativas e orientações do líder;	

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Responsabilizar-se pela acuracidade dos estoques que estão sob sua responsabilidade;
- Auxiliar no recebimento dos materiais, controlar entrada e saída de medicamentos do CEAF – Componente especializado da Assisntência Farmacêutica do Centro Estadual de Medicação de alto custo – Juarez Barbosa;
- Reportar pendências ou situações pontuais ao líder;
- Registrar todos os movimentos de produtos no sistema de gestão informatizado;
- Respeitar as rotinas estabelecidas sobre tudo àquelas que impactam na segurança do paciente;
- Separar medicação conforme as prescrições médicas;
- Receber e conferir mercadorias para entrada no almoxarifado, conforme notas fiscais e ordem de compras;
- Arrumar as mercadorias dentro da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) de forma segura e funcional, afim de facilitar a sua identificação e manuseio;
- Lançamento de notas fiscais dos produtos recebidos e protocolar junto à contabilidade;
- Receber requisições e entregar os materiais solicitados;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Atuar de forma ética cumprindo o Regimento Interno, normas e rotinas da unidade gerida;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino médio Completo.	• Não exige experiência; • Informática básica.	• Organização; • Responsabilidade; • Discrição; • Proatividade, iniciativa e dinamismo;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

		• Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO :	**AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL**

MISSÃO DO CARGO

Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal aos pacientes sob sua responsabilidade.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- Auxiliar e instrumentar para os profissionais nas intervenções clínicas;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal;
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- Manipular materiais de uso odontológico;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Atuar de forma ética cumprindo o Regimento Interno, normas e rotinas da unidade gerida;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino técnico	• Experiência	• Organização;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

completo na área de saúde bucal.	minima de 06 meses; • Informática básica.	• Responsabilidade; • Discrição e ética; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**APOIO**
CARGO:	**AUXILIAR DE COLETA**

MISSÃO DO CARGO

Atuar na coleta de material biológico empregando técnicas e instrumentações adequadas para testes e exames de Laboratório de Análises Clínicas e monitorar resultados.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Atender e cadastrar pacientes;
- Coletar material de pacientes;
- Proceder o registro, identificação, separação, distribuição, acondicionamento conservação, transporte e descarte de amostra ou de material biológico;
- Monitorar os materiais biológicos encaminhados para o laboratório de apoio quanto à data de envio, previsão de liberação dos laudos e impressão dos laudos via sistema, para o aval do biomédico responsável pelo setor;
- Preparar as amostras do material biológico para a realização dos exames;
- Organizar arquivos e registrar as cópias dos resultados, preparando os dados para fins estatísticos;
- Organizar o estoque e proceder ao levantamento de material de consumo para os diversos setores, revisando a provisão e a requisição necessária;
- Solicitar material de uso diário conforme cronograma da unidade;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Monitorar, aferir, registrar, temperatura de freezer, geladeiras, ambiente e umidade da unidade de serviço;
- Limpar, organizar e conservar equipamentos, bancadas e armários, visando facilitar o bom desempenho de suas atividades diárias;
- Observar sempre a validade dos reagentes utilizados no setor;
- Solicitar ao Biomédico toda e qualquer informação que proporcione melhor desempenho de suas funções;
- Seguir os procedimentos técnicos de boas práticas e as normas de segurança biológica, química e física, de qualidade, ocupacional e ambiental;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Atuar de forma ética cumprindo o Regimento Interno, normas e rotinas da unidade gerida;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino técnico completo na área da enfermagem; • Possuir registro regular no conselho profissional.	• Não exige experiência; • Informática básica.	• Organização; • Responsabilidade; • Discrição e ética; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CATEGORIA OCUPACIONAL:	APOIO
CARGO:	MAQUEIRO

MISSÃO DO CARGO

Transportar os pacientes com segurança atendendo as normas da instituição.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Realizar a remoção do paciente de um setor para outro, visando sua movimentação segura na unidade;
- Realizar a movimentação interna e externa dos pacientes de acordo com o protocolo de movimentação segura da instituição;
- Auxiliar na locomoção dos usuários;
- Auxiliar a equipe de enfermagem na acomodação dos pacientes nas ambulâncias ou carros para remoções;
- Auxiliar a equipe assistencial no posicionamento do paciente;
- Auxiliar na transferência do leito para os equipamentos de transporte e cadeiras e vice-versa;
- Auxiliar a equipe de enfermagem na movimentação e transporte de pacientes para o banheiro;
- Transportar / encaminhar pacientes para todo e qualquer setor na unidade em conjunto com a equipe de enfermagem (no mínimo um técnico de enfermagem);
- Seguir normas e rotinas institucionais visando a qualidade e segurança dos pacientes;
- Zelar e realizar a higienização dos equipamentos utilizados para o transporte do paciente;
- Atuar de forma ética cumprindo o Regimento Interno, normas e rotinas da unidade gerida;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu local de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

COMPETÊNCIAS		
Conhecimento	**Habilidades**	**Atitude**
• Ensino fundamental completo.	• Não exige experiência.	• Organização; • Responsabilidade, discrição e ética; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.
CATEGORIA OCUPACIONAL:	**TÉCNICO**	
CARGO :	**TÉCNICO DE ENFERMAGEM**	

MISSÃO DO CARGO

Exercer atividades assistenciais de enfermagem sob a supervisão e orientação direta do enfermeiro, integrando a equipe multiprofissional para a promoção de uma assistência de qualidade seguindo a ética profissional e os princípios que regem a instituição.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Atuar de forma ética cumprindo o Regimento Interno, normas e rotinas da unidade gerida, o Código de Ética e as Legislações de Enfermagem;
- Cumprir o horário regulamentar do trabalho e seguir escala diária conforme delegação do enfermeiro/ Coordenador de enfermagem;
- Participar de reuniões da equipe quando convocado, sugerindo medidas que visem à integração e desenvolvimento da equipe;
- Atender aos usuários com cortesia, presteza e agilidade;
- Notificar ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) os incidentes, eventos adversos e não conformidades;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Supervisionar a limpeza e desinfecção periódica e geral do setor de atuação;
- Checar as prescrições médicas no prontuário;
- Atuar em situações de urgência/emergência;
- Cumprir todos os protocolos de segurança do paciente da instituição;
- Realizar assistência de forma integral e humanizada;
- Admitir paciente conforme POP;
- ealizar a desinfecção concorrente do setor conforme POP;
- Controlar temperatura e umidade dos setores, conforme protocolo;
- Realizar as transferências de paciente da maca leito/ cadeira de rodas, conforme POP;
- Conferir data de validade de todas as soluções conforme POP;
- Certificar se todos os materiais e insumos necessários para procedimentos estão disponíveis, antes de admitir o paciente;
- Fazer anotações claras e legíveis de todo cuidado prestado em prontuário eletrônico, e na ausência deste, utilizar plano de contingência (formulários manuais);
- Dar ciência ao enfermeiro dos problemas surgidos no setor com equipamentos, instrumentais e outros;
- Realizar procedimentos de enfermagem inerentes ao cargo, conforme legislação do COREN, de acordo com os protocolos da instituição;
- Realizar curativos conforme POP;
- Proceder com o descarte de resíduos nos recipientes apropriados conforme PGRSS;
- Participar das reuniões, palestras e treinamentos de educação continuada;
- Aplicar normas de biossegurança.
- Realizar desinfecção terminal semanal conforme cronograma do setor;
- Assistir ao Enfermeiro: no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem; na prestação de cuidados diretos a pacientes em estado grave; na prevenção e controle sistemático de infecção relacionada a assistência à saúde e na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência;
- Cumprir as recomendações do SESMT e NR 32;
- Participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
- Comunicar à coordenação de enfermagem e/ou enfermeira líder do setor quando tiver que se ausentar;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Realizar a limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos artigos;
- Preparar as caixas para os pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais;
- Realizar os devidos cuidados com os artigos termo sensíveis e endoscópios;
- Monitorar todas as cargas durante o processo de esterilização;
- Realizar conferência diária dos materiais vencidos no arsenal do setor;
- Comunicar o enfermeiro do setor sobre o quantitativo de material disponível no arsenal do setor;
- Ter noções sobre administração de fármacos: doses, manipulação, reações adversas, efeitos colaterais, etc;
- Preparar e acompanhar pacientes em exames diagnósticos;
- Realizar assistência de enfermagem no setor de hemodiálise quando devidamente treinado;
- Acompanhar as remoções de pacientes da hemodiálise, quando necessário, em ambulância para o Hospital de retaguarda conforme escala;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino técnico completo na área da enfermagem; • Possuir registro regular no conselho profissional.	• Não exige experiência; • Informática básica.	• Planejamento e organização; • Responsabilidade; • Discrição e ética; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

		• Trabalho em equipe; • Comunicação.
CATEGORIA OCUPACIONAL:	**PROFISSIONAL**	
CARGO :	**ASSISTENTE SOCIAL**	

MISSÃO DO CARGO

Planejar soluções, organizar e intervir em questões relacionadas à saúde e manifestações sociais do trabalhador e do paciente, para elaboração, implementação e monitoramento do Serviço Social, com foco na promoção da saúde.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Prestar serviços sociais orientando pacientes, acompanhantes, famílias, comunidade e equipes de trabalho da Instituição sobre direitos, deveres, serviços e recursos sociais;
- Apoiar pacientes desacompanhados;
- Dar suporte ao paciente com pendência administrativa na instituição;
- Executar rotinas referentes ao trabalho do Serviço Social (contatos telefônicos com familiares de pacientes, esclarecimento quanto à assinatura do termo de responsabilidades, termos de autorização entre outros;
- Responsável pelos encaminhamentos sociais;
- Oferecer suporte sócio emocional;
- Buscar recursos e vínculos na comunidade;
- Atuar em conjunto com a equipe multiprofissional;
- Realizar estudos socioeconômicos;
- Acompanhar pacientes e familiares a fim de esclarecer e auxiliar no enfrentamento e solução de situações conflitivas;
- Realizar acompanhamentos específicos a pacientes com condições especiais;
- Realizar entrevistas para investigação e estudo social com familiares e pacientes;
- Identificar recursos na comunidade e fazer uso dos recursos no atendimento e defesa dos direitos do usuário;
- Atuar com perspectiva de trabalho dentro da Política Nacional de Humanização;
- Acionar transporte para usuários contra referenciados;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Acionar rede de apoio junto aos municípios (CRAS, CREAS, POLICIA, CONSELHO TUTELAR E OUTROS);
- Participar de reuniões de equipe multidisciplinar para discussão e manejo de situações, no âmbito de competência de atuação do Serviço Social, de acordo com o código de Ética da Profissão;
- Elaborar e atualizar cartilhas informativas;
- Coletar, organizar, compilar, tabular e difundir dados;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Cumprir as normas estabelecidas pelo SESMT e pela NR- 32;
- Cumprir o Código de Ética da profissão e regimento interno da instituição;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Ensino Superior Completo em Assistência Social; • Possuir registro regular no conselho profissional.	• Não exige experiência; • Informática básica.	• Planejamento e organização; • Responsabilidade; • Discrição e ética; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

		• Comunicação.
CATEGORIA OCUPACIONAL:	**PROFISSIONAL**	
CARGO :	**BIOMÉDICO (A)**	

MISSÃO DO CARGO

Executar atividades laboratoriais dentro de sua especialidade, tendo em vista auxílio no diagnóstico, a fim de obter os melhores resultados do processo sob sua responsabilidade.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Garantir o cumprimento dos requisitos legais existentes para o serviço;
- Supervisionar as atividades desenvolvidas pelos técnicos do setor;
- Realizar conferência de estoque;
- Realizar controle de qualidade interna;
- Controlar o estoque de reagentes, bem como a validade dos mesmos;
- Levantar e monitorar os resultados dos indicadores do setor, tomando as ações de melhoria cabíveis;
- Realizar exames empregando aparelhos e reagentes apropriados;
- Interpretar, avaliar e liberar os resultados dos exames para fins de diagnóstico clínico;
- Verificar sistematicamente os aparelhos a serem utilizados nas análises, ajustando-os e calibrando-os, quando necessário, a fim de garantir seu perfeito funcionamento e a qualidade dos resultados;
- Efetuar os registros necessários para controle dos exames realizados;
- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Elaborar e acompanhar as rotinas gerais do setor periodicamente através de formulários, procedimento operacional padrão, indicadores e análise crítica, gerenciamento de risco e interação de processos, dentre outros;
- Manter contato constante com os responsáveis de outros setores visando à melhoria continua na interação de processos;
- Assegurar o fornecimento de dados atualizados e específicas do setor através de relatórios mensais estabelecidos e sempre que solicitados para análise e tomada de decisões da Diretoria;
- Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

assuntos pertinentes à administração ou a elas relacionadas;

- Acionar o diretor da unidade em casos de não conformidade;
- Conferir os materiais colhidos para exames, segundo sua identificação;
- Conferir periodicamente o controle de estoque de material do almoxarifado;
- Determinar as técnicas e os processos que deverão ser usados em todos os exames de rotina;
- Realizar junto a coordenação de nefrologia o controle de exames periódicos dos pacientes;
- Supervisionar a preparação das soluções necessárias aos desenvolvimentos dos exames que exijam técnicas especiais;
- Desprezar amostras de pacientes e reagentes vencidos, de acordo com o programa de gerenciamento de resíduos;
- Coletar dados estatísticos das atividades;
- Elaborar escala de trabalho dos colaboradores do setor;
- Realizar liberação eletrônica de resultados;
- Participar das atividades administrativas, de controle e de apoio referentes à sua área de atuação;
- Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função;
- Preparar material e embalagem para terceirização de exames;
- Participar ativamente de todos os processos internos da qualidade;
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Cumprir as normas estabelecidas pelo SESMT e pela NR- 32;
- Cumprir o Código de Ética da profissão e regimento interno da instituição;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS		
Conhecimento	**Habilidades**	**Atitude**
	• Não exige	• Planejamento e

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

• Ensino Superior Completo em Biomedicina; • Possuir registro regular no conselho profissional.	experiência; • Informática básica.	organização; • Responsabilidade; • Discrição e ética; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**PROFISSIONAL**
CARGO :	**CIRURGIÃO(Ã) DENTISTA**

MISSÃO DO CARGO

Realizar procedimentos de prevenção, diagnóstico e tratamento de condições bucais dos pacientes do Centro Especializado em Odontologia (CEO I).

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Receber os pacientes com cordialidade, coletando informações adicionais e confirmando dados cadastrais;
- Coletar informações sobre a saúde geral do paciente, histórico médico, hábitos de higiene bucal e fatores de risco (como tabagismo e diabetes);
- Realizar um exame minucioso da cavidade bucal, avaliando a gengiva, presença de placa bacteriana, cálculo dental e mobilidade dos dentes;
- Solicitar e analisar radiografias para avaliar a perda óssea e a condição das raízes dos dentes;
- Determinar o tipo e a gravidade da doença periodontal, como gengivite ou periodontite, classificando o estágio de acordo com as diretrizes clínicas;
- Realizar procedimentos para remover placa e tártaro das superfícies dentárias e alisar as raízes expostas, ajudando a reduzir a inflamação;
- Programar consultas de acompanhamento para monitorar a evolução do tratamento e a saúde periodontal do paciente;
- Realizar a profilaxia, incluindo a remoção de placa bacteriana e cálculo dental,

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

e aplicar flúor quando necessário;

- Educar os pacientes sobre técnicas de escovação e cuidados preventivos;
- Preparar e executar restaurações dentárias, garantindo que todas as etapas do processo sejam seguidas com precisão;
- Realizar controle de qualidade nas restaurações, verificando a oclusão e a estética;
- Avaliar a necessidade de extração e discutir o procedimento com o paciente;
- Realizar o procedimento com cautela, garantindo o controle da dor e a recuperação do paciente;
- Avaliar e planejar tratamentos ortodônticos, realizando ajustes e manutenções em aparelhos ortodônticos;
- Fornecer orientações sobre cuidados e higiene oral durante o tratamento ortodôntico;
- Promover campanhas de conscientização sobre a prevenção de doenças bucais, como cáries e doenças periodontais;
- Manter contato regular com pacientes em tratamento prolongado (como ortodontia) para garantir a adesão e resolver dúvidas;
- Manter um kit de emergência odontológica sempre acessível e revisar os protocolos regularmente;
- Treinar a equipe para lidar com situações de emergência, como síncopes, reações alérgicas ou hemorragias;
- Documentar qualquer incidente ocorrido durante o atendimento, analisando as causas e implementando medidas corretivas;
- Monitorar o estoque de materiais e insumos, realizando pedidos de reposição conforme necessário;
- Seguir as diretrizes para o descarte de materiais odontológicos, especialmente aqueles considerados resíduos perigosos.
- Elaborar de protocolos do tipo Procedimento Operacional Padrão (POP);
- Proporcionar conforto e assistência ao paciente.
- Participar das atividades do programa de aprendizagem e reuniões quando convocado;
- Cumprir as normas estabelecidas pelo SESMT e pela NR- 32;
- Cumprir o Código de Ética da profissão e regimento interno da instituição;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

conforme determinado pela Instituição;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Graduação completa em Odontologia; • Possuir registro regular no conselho profissional.	• Não exige experiência; • Informática básica.	• Planejamento e organização; • Responsabilidade; • Discrição e ética; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**PROFISSIONAL**
CARGO :	**ENFERMEIRO (A)**

MISSÃO DO CARGO

Integrar a equipe multiprofissional, atuando nas diversas áreas do ambulatóriol, em assistência direta e indireta ao paciente e na gestão de equipes, em busca de promover uma assistência de qualidade ao paciente seguindo a ética profissional e os princípios da instituição.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas da instituição, bem como, o Código de Ética, a Legislação de Enfermagem, Regimento Interno e os Princípios e Diretrizes do SUS;
- Garantir e prestar a assistência de enfermagem aos pacientes na unidade sob

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

sua responsabilidade;

- Assistir usuários e equipe baseado nos princípios de humanização e comprometimento;
- Atuar em situações de emergência;
- Realizar as práticas de controle de acordo com o gerenciamento de risco;
- Elaborar e acompanhar escala de trabalho diária ou remanejamentos;
- Realizar a Sistematização da Assistência da Enfermagem- SAE (consulta de enfermagem, diagnóstico, plano de cuidados, prescrições, terapêutica em enfermagem e evolução dos pacientes registrando no prontuário) e supervisionar a sua execução;
- Recepcionar o paciente no setor de atuação, certificando-se do correto preenchimento dos documentos próprios do setor, prontuário, identificação do paciente e exames
- Preencher rigorosamente o prontúario com todas as condutas realizadas na assistência ao paciente;
- Realizar reuniões periódicas/feedback com sua equipe;
- Participar da reunião diária com a equipe multiprofissional;
- Conferir conforme protocolo e acionar a farmácia para repor carrinhos de emergência sempre que forem abertos, se atentando a lacrar o carrinho até a reposição;
- Prestar cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida, de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Realizar atividades privativas do enfermeiro;
- Realizar gestão da central de materiais e esterilização (CME);
- Cumprir e fazer cumprir os protocolos institucionais, com destaque para as metas internacionais de segurança do paciente;
- Acionar o serviço de manutenção quanto aos equipamentos danificados via sistema e comunicar a coordenação de enfermagem;
- Colocar a coordenação de enfermagem ciente das necessidades e problemas do setor que está lotado;
- Realizar exames como Eletrocardiograma (ECG);
- Comunicar ao Núcleo de Epidemiologia, os casos de Notificação Compulsória;
- Notificar ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) os incidentes, eventos adversos e não conformidades;
- Supervisionar a limpeza e desinfecção periódica e geral do setor de atuação;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Checar o preenchimento das prescrições médicas no prontuário e orientar a equipe de enfermagem quanto o entendimento;
- Notificar ocorrência de reações adversas medicamentosas (RAM);
- Executar as orientações da SCIRAS e Segurança do Trabalho quando às normas internas de segurança do paciente e do trabalhador;
- Monitorar os equipamentos verificando seu correto funcionamento;
- Orientar usuários, visitantes e acompanhantes sobre as normas e rotinas vigentes;
- Controlar temperatura e umidade dos setores, conforme protocolo;
- Identificar necessidade e solicitar treinamento e educação continuada dos profissionais sob sua responsabilidade;
- Cumprir as normas estabelecidas pelo SESMT e pela NR- 32;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Graduação completa em enfermagem; • Possuir registro regular no conselho profissional.	• Não exige experiência; • Informática básica.	• Planejamento e organização; • Responsabilidade; • Discrição e ética; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

		• Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**PROFISSIONAL**
CARGO:	**ENFERMEIRO NEFROLOGISTA(A)**

MISSÃO DO CARGO

Integrar a equipe multiprofissional, atuando no setor de terapia renal substitutiva, em assistência direta e indireta ao paciente e na gestão de equipes, em busca de promover uma assistência de qualidade ao paciente seguindo a ética profissional e os princípios da instituição.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas da instituição, bem como, o Código de Ética, a Legislação de Enfermagem, Regimento Interno e os Princípios e Diretrizes do SUS;
- Garantir e prestar a assistência de enfermagem aos pacientes internados na unidade sob sua responsabilidade;
- Assistir usuários e equipe baseado nos princípios de humanização e comprometimento;
- Atuar em situações de emergência dialíticas;
- Realizar as práticas de controle de acordo com o gerenciamento de risco;
- Elaborar e acompanhar escala de trabalho diária ou remanejamentos;
- Realizar a Sistematização da Assistência da Enfermagem- SAE (consulta de enfermagem, diagnóstico, plano de cuidados, prescrições, terapêutica em enfermagem e evolução dos pacientes registrando no prontuário) e supervisionar a sua execução;
- Recepcionar o paciente no setor de hemodiálise, certificando-se do correto preenchimento dos documentos próprios do setor, prontuário, identificação e exames
- Preencher rigorosamente o prontúario com todas as condutas realizadas na assistência ao paciente;
- Realizar reuniões periódicas/feedback com sua equipe;
- Participar da reunião diária com a equipe multiprofissional;
- Conferir conforme protocolo e acionar a farmácia para repor carrinhos de emergência sempre que forem abertos, se atentando a lacrar o carrinho até a reposição;
- Prestar cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida,

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

- Realizar atividades privativas do enfermeiro;
- Cumprir e fazer cumprir os protocolos institucionais, com destaque para as metas internacionais de segurança do paciente;
- Acionar o serviço de manutenção quanto aos equipamentos danificados via sistema e comunicar a coordenação de enfermagem;
- Colocar a coordenação de enfermagem ciente das necessidades e problemas do setor que está lotado;
- Comunicar ao Núcleo de Epidemiologia, os casos de Notificação Compulsória;
- Notificar ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) os incidentes, eventos adversos e não conformidades;
- Supervisionar a limpeza e desinfecção periódica e geral do setor de atuação;
- Checar o preenchimento das prescrições médicas no prontuário e orientar a equipe de enfermagem quanto o entendimento;
- Notificar ocorrência de reações adversas medicamentosas (RAM);
- Executar as orientações da SCIRAS e Segurança do Trabalho quando às normas internas de segurança do paciente e do trabalhador;
- Monitorar os equipamentos verificando seu correto funcionamento;
- Monitorar a qualidade da água para hemodiálise;
- Treinar a equipe de enfermeiros e técnicos de enfermagem para atuação na hemodiálise;
- Elaborar escala em casos da necessidade de remoção de paciente da hemodialise para o hospital de retaguarda;
- Controlar temperatura e umidade dos setores, conforme protocolo;
- Identificar necessidade e solicitar treinamento e educação continuada dos profissionais sob sua responsabilidade;
- Cumprir as normas estabelecidas pelo SESMT e pela NR- 32;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

COMPETÊNCIAS		
Conhecimento	**Habilidades**	**Atitude**
• Graduação completa em enfermagem; • Possuir registro regular no conselho profissional.	• Não exige experiência; • Informática básica.	• Planejamento e organização; • Responsabilidade; • Discrição e ética; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**PROFISSIONAL**
CARGO :	**FARMACÊUTICO (A)**

MISSÃO DO CARGO

Integrar a equipe multiprofissional supervisionando as atividades relacionadas à farmácia da unidade e ao controle de recebimento e dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) respondendo pelo estoque e pelos colaboradores dessa área, além do atendimento farmacêutico aos pacientes.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Receber os pacientes e fornecer informações sobre os medicamentos, esclarecendo dúvidas e orientando sobre o uso adequado;
- Realizar entrevistas com os pacientes para coletar informações sobre a história médica, medicamentos em uso e possíveis reações adversas;
- Analisar prescrições médicas para verificar interações medicamentosas, contraindicações e adequação das dosagens;
- Garantir que os medicamentos prescritos sejam apropriados para as condições

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

do paciente e estejam dentro das diretrizes de tratamento;

- Preparar e dispensar medicamentos, incluindo os de alto custo, assegurando a correta identificação e rotulagem dos produtos;
- Conferir a documentação necessária para a entrega de medicamentos, especialmente em casos de medicamentos controlados;
- Acompanhar os pacientes quanto à eficácia dos medicamentos e ao surgimento de efeitos colaterais, fazendo ajustes conforme necessário;
- Identificar barreiras à adesão e desenvolver estratégias para promover o uso regular dos medicamentos;
- Registrar informações sobre as dispensas, acompanhamento dos pacientes e resultados das intervenções;
- Elaborar relatórios periódicos sobre as atividades desenvolvidas e os resultados alcançados, para análise da gestão da unidade;
- Realizar triagens em pacientes de risco para identificar problemas de saúde que possam ser tratados com intervenções farmacêuticas;
- Promover campanhas sobre a importância da prevenção e do uso responsável de medicamentos.
- Orientar e realizar os controles e registros relativos à legislação vigente sobre a guarda e manipulação de substâncias, estas sujeitas a controle especial;
- Promover auditorias internas periódicas, visando assegurar o cumprimento de todas as normas estabelecidas, de modo a garantir uma adequada manipulação, conservação e dispensação de medicamentos;
- Programar inventários periódicos;
- Acompanhar o cumprimento das rotinas internas da farmácia diariamente;
- Programar vistoria mensal de validades dos produtos da farmácia e carros de emergência;
- Solicitar manutenção de equipamentos, quando necessário;
- Elaborar relatórios mensais das atividades desenvolvidas pelo serviço de Farmácia;
- Identificar necessidade e solicitar treinamento e educação continuada dos profissionais sob sua responsabilidade e desenvolver treinamentos voltados para cumprimentos de rotinas internas e de normas que garantam boas práticas de armazenamento, transporte e distribuição de medicamentos e materiais e demais itens utilizados;
- Participar da reunião diária com a equipe multiprofissional;
- Cumprir as normas estabelecidas pelo SESMT e pela NR- 32;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Cumprir o Código de Ética da profissão e regimento interno da instituição;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Graduação completa em farmácia; • Possuir registro regular no conselho profissional.	• Não exige experiência; • Informática básica.	• Planejamento e organização; • Responsabilidade; • Discrição e ética; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**PROFISSIONAL**
CARGO :	**FISIOTERAPEUTA (A)**

MISSÃO DO CARGO

Integrar a equipe multiprofissional, supervisionando as atividades relacionadas à fisioterapia, na construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Fisioterapêutico), o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Realizar a avaliação física e funcional dos pacientes para identificar suas necessidades, limitações e objetivos de tratamento;
- Desenvolver planos de tratamento personalizados, que podem incluir exercícios terapêuticos, técnicas de mobilização, eletroterapia, hidroterapia, entre outros;
- Aplicar técnicas e terapias adequadas para promover a recuperação funcional dos pacientes, alívio da dor e melhoria da qualidade de vida;
- Recomendar e ensinar exercícios terapêuticos específicos para fortalecer músculos, melhorar a flexibilidade e restaurar a função;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Prestar cuidados fisioterapêuticos a pacientes que passaram por cirurgias, auxiliando na recuperação e na retomada das atividades diárias;
- Realizar intervenções para melhorar a função pulmonar e respiratória em pacientes com problemas respiratórios, como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e pneumonia;
- Orientar os pacientes e seus familiares sobre os cuidados e exercícios que devem ser realizados em casa, além de fornecer informações sobre a prevenção de lesões;
- No serviço de Terapia Renal Substitutiva, avalia o estado físico do paciente, identificando limitações e necessidades específicas antes e após as sessões de diálise, ajuda na recuperação da força e resistência muscular, que podem ser comprometidas devido à condição renal e ao tratamento, desenvolve programas de exercícios personalizados que podem ser realizados durante ou após as sessões de diálise, como exercícios de resistência, alongamentos e atividades aeróbicas leves trabalhando na mobilidade geral dos pacientes, ajudando a prevenir complicações como rigidez articular e fraqueza muscular, etc;
- Atuar através das práticas integrativas em fisioterapia, desde que devidamente qualificado, com: meditação, acupuntura, musicoterapia, etc.
- Acompanhar a evolução dos pacientes ao longo do tratamento, realizando avaliações periódicas e ajustando o plano de tratamento conforme necessário.
- Participar da reunião diária com a equipe multiprofissional;
- Cumprir as normas estabelecidas pelo SESMT e pela NR- 32;
- Cumprir o Código de Ética da profissão e regimento interno da instituição;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Graduação completa em fisioterapia; • Possuir registro regular no conselho profissional.	• Não exige experiência; • Informática básica.	• Planejamento e organização; • Responsabilidade; • Discrição e ética; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**PROFISSIONAL**
CARGO:	**FONOAUDIÓLOGO (A)**

MISSÃO DO CARGO

Integrar a equipe multiprofissional, atendendo pacientes para prevenção, habilitação e principalmente reabilitação, utilizando protocolos e procedimentos específicos de fonoaudióloga, desenvolver programas de prevenção e tratamento, promoção da saúde e qualidade de vida.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Realizar testes para identificar problemas de fala, linguagem, audição, voz e deglutição. Incluindo anamnese detalhada e utilização de instrumentos específicos;
- Desenvolver e implementar planos de intervenção personalizados, utilizando técnicas que visam melhorar a comunicação e a deglutição dos pacientes;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Fornecer orientações a pacientes e familiares sobre como lidar com as dificuldades de comunicação e como estimular o desenvolvimento da linguagem;
- Conduzir atividades educativas para prevenir distúrbios de comunicação, especialmente em populações de risco, como crianças com dificuldades de linguagem;
- Conduzir sessões de terapia focadas em habilidades específicas, como articulação, fluência ou voz;
- Utilizar métodos como terapia de linguagem, exercícios de articulação e técnicas de modulação da voz.
- Sugerir atividades e exercícios que podem ser feitos em casa para reforçar o aprendizado e a prática;
- Ensinar técnicas para alterar a frequência e a qualidade da voz, ajudando os pacientes a alcançar uma sonoridade que reflita sua identidade de gênero;
- Trabalhar habilidades de comunicação que ajudem o paciente a se expressar com mais confiança, considerando aspectos como linguagem corporal e entonação;
- Atuar na reabilitação pós acidentes vasculares cerebrais (AVCs) ou traumas, onde a fala e a deglutição são afetadas;
- Registrar em prontuário todas as informações de assistência prestada ao usuário;
- Realizar atividades administrativas relativas ao cargo como organização e digitação de documentos, preenchimento de formulários, elaboração de relatórios gerenciais, pareceres, estatísticas, fluxogramas e procedimentos de trabalho;
- Cumprir as normas estabelecidas pelo SESMT e pela NR- 32;
- Cumprir o Código de Ética da profissão e regimento interno da instituição;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS		
Conhecimento	**Habilidades**	**Atitude**
• Graduação	• Não exige experiência;	• Planejamento e organização;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

completa em fonoaudiologia; • Possuir registro regular no conselho profissional.	• Informática básica.	• Responsabilidade; • Discrição e ética; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.
CATEGORIA OCUPACIONAL:	**PROFISSIONAL**	
CARGO :	**NUTRICIONISTA**	
MISSÃO DO CARGO		
Integrar a equipe multiprofissional, Definir, planejar, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos pacientes.		
DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES		
• ealizar a avaliação do estado nutricional dos pacientes, analisando a composição corporal, o consumo alimentar, os hábitos alimentares, as necessidades nutricionais e a presença de carências ou excessos de nutrientes; • Desenvolver planos alimentares personalizados, adaptados às necessidades individuais de cada paciente; • Monitorar a evolução dos pacientes ao longo do tratamento, realizando ajustes nos planos alimentares conforme necessário e oferecendo suporte contínuo para alcançar os objetivos nutricionais e de saúde; • Promover a educação alimentar, fornecendo informações sobre escolhas alimentares saudáveis, orientando sobre a leitura de rótulos, ensinando técnicas culinárias adequadas e incentivando mudanças positivas nos hábitos alimentares; • Atuar no tratamento nutricional de diversas condições de saúde, como diabetes, hipertensão, obesidade, doenças cardiovasculares, alergias alimentares, distúrbios gastrointestinais, entre outras; • Estar atento às interações entre medicamentos e nutrientes, bem como à		

necessidade de suplementação nutricional em determinadas situações clínicas;

- Trabalhar em equipe com outros profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos, para oferecer uma abordagem holística ao tratamento dos pacientes;
- Atuar no serviço de Terapia Renal Substitutiva através do acompanhamento e controle do lanche oferecido, além do acompanhamento nutricional , pois a hemodiálise remove resíduos e excesso de fluidos do sangue, mas também pode afetar o equilíbrio de nutrientes e a saúde geral do paciente;
- Atuar na promoção da saúde e na prevenção de doenças.
- Convocar e presidir reuniões periódicas com a equipe bem como participar de reuniões sempre que convocado;
- Realizar atividades administrativas relativas ao cargo como organização e digitação de documentos, preenchimento de formulários, elaboração de relatórios gerenciais, pareceres, estatísticas, fluxogramas e procedimentos de trabalho;
- Participar da prevenção e do controle das infecções relacionadas a assistência à saúde;
- Participar de atendimento global para discussão de condutas a respeito do quadro clínico de pacientes;
- Participar da reunião diária com a equipe multiprofissional;
- Cumprir as normas estabelecidas pelo SESMT e pela NR- 32;
- Cumprir o Código de Ética da profissão e regimento interno da instituição;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Graduação completa em nutrição;	• Não exige experiência; • Informática	• Planejamento e organização; • Responsabilidade;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

• Possuir registro regular no conselho profissional.	intermediária.	• Discrição e ética; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**PROFISSIONAL**
CARGO :	**PSICÓLOGO (A)**

MISSÃO DO CARGO

Integrar a equipe multiprofissional no acolhimento e trabalhar com pacientes de todas as faixas etárias bem como suas famílias em sofrimento psíquico decorrente de suas patologias.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Desenvolver planos de intervenção e tratamento psicológico individualizados para ajudar os pacientes a lidar com a doença, a dor, o estresse e outros problemas emocionais associados, principalmente na Terapia Renal Substitutiva;
- Oferecer suporte emocional, escuta ativa e empatia aos pacientes e familiares, criando um ambiente acolhedor e seguro;
- Intermediar a relação equipe-paciente-familiar;
- Promover a educação em saúde mental, fornecendo informações aos pacientes e familiares sobre questões psicológicas relevantes para sua condição de saúde;
- Colaborar com a equipe médica e outros profissionais de saúde para fornecer uma abordagem holística ao tratamento do paciente;
- Auxiliar os pacientes na adaptação às mudanças físicas e emocionais decorrentes da doença e dos procedimentos médicos;
- Desenvolver programas e estratégias para a promoção da saúde mental dentro da unidade;
- Melhorar a qualidade de vida dos pacientes, adaptando as intervenções de acordo com as suas necessidades específicas, considerando fatores físicos, psicológicos e

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

sociais;

- Atuar nas práticas integrativas, desde que devidamente qualificado, como: meditação, aromaterapia, etc;
- Proporcionar uma assistência integrada, considerando as diversas necessidades do paciente.
- Realizar atendimento psicológico visando minimizar sintomas psicossomáticos e prestar acolhimento aos familiares e usuários;
- Realizar, quando necessário, atendimento ao colaborador.
- Diagnosticar e avaliar distúrbios emocionais, mentais e de adaptação social no acompanhamento de usuários durante o processo de tratamento ou cura;
- Realizar atendimento com foco em psicoterapia breve em adultos, crianças e em grupo;
- Realizar diagnóstico, pareceres, avaliação e laudos psicológicos;
- Proceder, quando necessário, encaminhamentos aos serviços internos (Serviço Social, Nutrição, entre outros) garantindo atendimento multiprofissional;
- Realizar encaminhamentos externos (Serviços de Saúde Mental do Município) visando a continuidade do tratamento quando necessário;
- Atuar junto a equipe multiprofissional no sentido de levá-los a identificar e compreender os fatores emocionais que intervém na saúde geral do indivíduo;
- Realizar palestras educativas em eventos ou projetos específicos para usuários, acompanhantes, familiares e equipe multiprofissional;
- Realizar atividades administrativas relativas ao cargo como organização e digitação de documentos, preenchimento de formulários, elaboração de relatórios gerenciais, pareceres, estatísticas, fluxogramas e procedimentos de trabalho;
- Participar da prevenção e do controle das infecções relacionadas a assistência à saúde;
- Participar do atendimento global para discussão de condutas a respeito do quadro clínico de pacientes;
- Participar da reunião diária com a equipe multiprofissional;
- Cumprir as normas estabelecidas pelo SESMT e pela NR- 32;
- Cumprir o Código de Ética da profissão e regimento interno da instituição;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Graduação completa em Psicologia; • Possuir registro regular no conselho profissional.	• Não exige experiência; • Informática intermediária.	• Planejamento e organização; • Responsabilidade; • Discrição e ética; • Proatividade, iniciativa e dinamismo; • Humanização e respeito; • Relacionamento interpessoal; • Trabalho em equipe; • Comunicação.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**GESTÃO**
CARGO:	**COORDENADOR (A) ASSISTENCIAL**

MISSÃO DO CARGO

Liderar a equipe de enfermagem supervisionando todos os fluxos operacionais da enfermagem, de modo a garantir a qualidade e segurança dos mesmos.
Contribuir para o desenvolvimento de uma política de gestão à vista mediante o desdobramento setorial do planejamento estratégico da Instituição.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Gerenciar todas as áreas de enfermagem da unidade, assumindo a responsabilidade técnica do serviço;
- Conferir o atendimento aos pacientes;
- Liderar equipe;
- Garantir o adequado funcionamento dos setores de enfermagem, através do

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

controle dos processos, visando à qualidade e humanização do atendimento;
- Avaliar a qualidade do atendimento assistencial;
- Avaliar atendimento e acompanhar atividades da equipe;
- Desenvolver e capacitar novos líderes dentro da equipe de enfermagem;
- Elaborar, aplicar e acompanhar protocolos assistenciais, avaliando sua eficácia;
- Avaliar, solicitar e realizar as demissões e contratações de profissionais da equipe de enfermagem, e mediante ciência e autorização da direção administrativa e técnica da unidade gerida e superintendências do IPGSE;
- Promover Educação Continuada sistemática com avaliações periódicas da equipe;
- Convocar, liderar e conduzir reuniões periódicas, com seus subordinados diretos ou outros profissionais, documentando as decisões em atas para orientar a qualidade e necessidades do serviço, programas de melhoria contínua;
- Elaborar plano de desenvolvimento individual de forma a produzir feedback tanto positivo quanto para melhorias;
- Estimular boas práticas na gestão de risco e segurança do paciente;
- Promover o cumprimento de todos os protocolos institucionais: Núcleo de Segurança do Paciente, SCIRAS, SESMT, Qualidade, dentre outros;
- Comunicar ao Núcleo de Vigilância Epidemiológico, os casos de Notificação Compulsória;
- Notificar ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) os incidentes e/ou eventos adversos;
- Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
- Participar ativamente da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), cumprindo as normas de serviço, e solicitando condutas em casos de infecções;
- Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno da instituição;
- Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética da profissão;
- Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas estabelecidas pelo SESMT e NR- 32;
- Cumprir demais responsabilidades pertinentes ao cargo.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Graduação completa em	• Experiência mínima de 01	• Capacidade de liderança;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Enfermagem; • Preferível especialização em gestão Hospitalar ou gestão dos serviços de saúde; • Possuir registro regular no conselho profissional.	ano em gestão; • Informática intermediária.	• Desenvolvimento de pessoas; • Visão ampla, sistêmica e estratégica; • Resiliência; • Responsabilidade; • Tomada de decisão; • Cultura de inovação; • Trabalho em equipe; • Otimização de recursos.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**GESTÃO**
CARGO:	**DIRETOR TÉCNICO**

MISSÃO DO CARGO

Definir objetivos e tomar decisões estratégicas em conjunto com as demais diretorias, presidência e superintendências, considerando os impactos internos e externos, atuando na unidade gerida garantindo a execução do contrato de Gestão.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Estruturar os serviços assistenciais de acordo com as particularidades da unidade, elaborando e garantindo a observância do regulamento do serviço de assistência;
- Adotar e aplicar a política de gestão estipulada pelo IPGSE em conjunto com a SES/GO;
- Assegurar a conformidade e execução das leis trabalhistas, regulamentos externos, códigos e diretrizes internas;
- Cultivar um padrão de comportamento ético rigoroso e supervisionar a conduta ética dos profissionais em geral;
- Gerir as atividades do corpo clínico, garantindo a regularidade de seu funcionamento, conforme obrigações contratuais e regulamentos vigentes, incluindo os regimentos das unidades assistenciais, unidades administrativas, unidades de apoio, procedimentos de gestão e instruções de trabalho;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Conceber, planejar, organizar, liderar, orientar, delegar e monitorar os setores sob sua supervisão;
- Instituir uma avaliação contínua dos serviços sob sua responsabilidade, propondo ações para aperfeiçoar constantemente a assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- Contribuir na elaboração do planejamento estratégico de médio e longo prazo;
- Adotar todas as medidas necessárias para garantir a segurança, saúde física e mental dos colaboradores e profissionais;
- Manter em dia os registros e licenças dos serviços sujeitos a regulamentação;
- Manter comunicação regular com os responsáveis pelas áreas sob sua direção e outras diretorias;
- Analisar e gerar relatórios mensais, mantendo informações atualizadas da unidade para embasar decisões;
- Participar ou liderar comissões sempre que pertinentes à administração ou assuntos correlatos;
- Convocar, liderar e conduzir reuniões conforme necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais, documentando as decisões em atas para orientar a qualidade da assistência, necessidades dos serviços e programas de melhoria contínua;
- Participar do processo de seleção de médicos, quando necessário;
- Supervisionar o desenvolvimento dos colaboradores em suas áreas de atuação, alinhado à política de gestão de pessoas e ao enfoque de competências;
- Emitir pareceres e informações para expedientes e processos relacionados à medicina;
- Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição;
- Auxiliar no desdobramento do planejamento estratégico e institucional nas áreas assistenciais de modo a favorecer o alcance das metas em cada setor;
- Propor melhorias nos processos assistenciais que contribuam para o atingimento das metas do contrato de gestão;
- Definir e acompanhar indicadores para gestão dos processos assistenciais e de apoio assistencial e promover sua mensuração pelas áreas responsáveis com o apoio do corpo clínico;
- Estabelecer e buscar recursos humanos necessários para a prestação de atendimento médico em diversas unidades, buscando cuidado integral ao usuário;
- Manter registros abrangentes para cada médico, contendo pelo menos: credenciamento do corpo clínico, cópias autenticadas da documentação conforme

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

regulamento, registros de incidentes, e comprovantes de pagamento das anuidades ao crm regional;
- Supervisionar escalas de plantão das equipes médicas, garantindo sua observância;
- Assessorar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético para várias atividades do corpo clínico médico;
- Cumprir normas e rotinas estabelecidas pelo SESMT e NR- 32;
- Cumprir demais responsabilidades pertinentes ao cargo.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Graduação completa em medicina; • Pós graduação em gestão hospitalar ou gestão em saúde.	• Experiência mínima de 01 ano em gestão; • Informática intermediária.	• Capacidade de liderança; • Desenvolvimento de pessoas; • Visão ampla, sistêmica e estratégica; • Resiliência; • Responsabilidade; • Tomada de decisão; • Cultura de inovação; • Trabalho em equipe; • Otimização de recursos.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	GESTÃO
CARGO:	**SUPERVISOR (A) DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE – SCIRAS, NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA –NVE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP.**

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

MISSÃO DO CARGO

Liderar a equipe do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à assistência à Saúde (SCIRAS) na prevenção de infecções, do Núcleo de vigilância Epidemiológica nas atividades de notificação compulsória e do Núcleo de Segurança do paciente.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Planejar atividades e campanhas desenvolvidas pelo SCIRAS;
- Revisar e implementar o Programa de Controle de IRAS (PCIRAS);
- Elaborar e aprovar os protocolos assistenciais e avaliar o uso;
- Validar produtos saneantes utilizados na instituição e indicar o uso;
- Assessorar os serviços realizados pelos profissionais do SCIRAS e NHE;
- Elaborar relatórios mensais de indicadores de resultados referentes às infecções relacionadas à assistência de saúde;
- Elaborar manuais referentes aos serviços de controle de infecção;
- Manter atualizado o regimento interno para a SCIRAS;
- Acompanhar através do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), os eventos adversos, mais precisamente, as IRAS identificadas.
- Notificar e acompanhar os casos de infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Investigar surtos;
- Promover ações educativas quanto à prevenção e controle de infecções;
- Realizar treinamento com as equipes assistenciais, de apoio e administrativas;
- Realizar visitas na unidades;
- Fazer contato com pacientes da hemodiálise;
- Manter sistema de vigilância epidemiológica das IRAS através de busca ativa dos casos;
- Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação dos protocolos, visando à prevenção e ao tratamento das infecções relacionadas à assistência à saúde de forma integrada com a equipe multiprofissional;
- Realizar vigilância de não conformidades nos setores assistenciais;
- Monitorar adesão à higienização das mãos;
- Elaborar o perfil microbiológico e de resistência;
- Acompanhar junto a farmácia o controle de antimicrobianos;
- Participar das comissões;
- Realizar cronograma da Análise da água e analisar resultado;
- Realizar cronograma de dedetização;
- Inspecionar obras;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Receber e encaminhar para tratativa as notificações de doenças e agravos;
- Realizar a comunicação com o núcleo de vigilância epidemiológica do município;
- Coordenar e prestar assistência ao processo de desenvolvimento e manutenção do Núcleo de Segurança do Paciente- NSP;
- Ministrar cursos e palestras e executar treinamentos relativos à segurança do paciente e procedimentos de gestão, selecionando prestadores de serviços na área, definindo tipo e forma do treinamento e controlando os custos envolvidos, visando à conscientização e envolvimento de todas as áreas em relação à qualidade e segurança do paciente;
- Coordenar investigações de incidentes e eventos adversos, propondo medidas corretivas e preventivas;
- Desenvolver estratégias de gestão de riscos, incluindo a identificação, avaliação e mitigação de possíveis falhas nos processos;
- Convocar, liderar e conduzir reuniões conforme necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais, documentando as decisões em atas para orientar a qualidade e necessidades do serviço, programas de melhoria contínua;
- Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno da instituição;
- Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas estabelecidas pelo SESMT e NR- 32;
- Cumprir o Código de Ética da profissão e regimento interno da instituição;
- Desempenhar suas atividades utilizando adequadamente os insumos e equipamentos padronizados na Instituição;
- Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela Instituição;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade e manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Realizar demais atribuições pertinentes à função.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Graduação completa em área da saúde; • Preferível	• Experiência mínima de 01 ano em gestão; • Informática	• Capacidade de liderança; • Desenvolvimento de pessoas; • Visão ampla, sistêmica e estratégica;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

especialização em Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde; • Possuir registro regular no conselho profissional.	intermediária.	• Resiliência; • Responsabilidade; • Tomada de decisão; • Cultura de inovação; • Trabalho em equipe; • Otimização de recursos.

CATEGORIA OCUPACIONAL:	**GESTÃO**
CARGO:	**GESTOR DA LINHA DO CUIDADO MULTIPROFISSIONAL**

MISSÃO DO CARGO

Coordenar e monitorar os assuntos referentes a equipe multiprofissional, desenvolvendo trabalho integrado com todos os setores da unidade.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES

- Garantir a utilização de diretrizes clinicas baseada em evidências e boas práticas em saúde;
- Agir de forma integrada com a coordenação assistencial e multiprofissional nas questões técnicas assistenciais, buscando otimizar os processos operacionais;
- Conhecer os serviços ofertados em toda rede assistencial da região e avaliar as opções e serviços disponíveis;
- Consolidar informações, avaliações e documentos do usuário e orientar quanto aos encaminhamentos e condutas propostas no projeto terapêutico;
- Implementar e monitorar a realizações do projeto terapêutico singular, estabelecer junto a equipe, estratégias para favorecer adesão ao tratamento;
- Comunicar às equipes sobre o projeto terapêutico singular desenvolvido e as condutas sugeridas quando o usuário for encaminhado a outros serviços de saúde;
- Participar da avaliação global e do gerenciamento do cuidado dos pacientes, com o apoio da equipe e monitorar os resultados obtidos;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Reforçar sobre a importância do compartilhamento do cuidado;
- Elaborar as escalas multiprofissionais, organizar os fluxos internos e demandas reprimidas da equipe;
- Implantar normas e sistemas de cuidado;
- Acompanhar a produção para o cumprimento das metas de atendimentos não medicos dispostas no termo de colaboração;

- Realizar reuniões sempre que necessário;
- Participar do processo seletivo e de integração dos novos colaboradores multiprofissionais.
- Supervisionar o desenvolvimento dos colaboradores nas áreas de atuação, de acordo com a política de gestão de pessoas e foco em competências;
- Estabelecer e buscar recursos humanos necessários para atendimento assistencial em diversas unidades, visando cuidado integral aos usuários;
- Implementar sistemas de supervisão assistencial, alinhados aos processos de controle e educação;
- Cultivar um padrão de comportamento ético rigoroso e supervisionar a conduta ética dos profissionais em geral;
- Instituir uma avaliação contínua dos serviços sob sua responsabilidade, propondo ações para aperfeiçoar constantemente a assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- Contribuir na elaboração do planejamento estratégico de médio e longo prazo;
- Adotar todas as medidas necessárias para garantir a segurança, saúde física e mental dos colaboradores e profissionais;
- Manter em dia os registros e licenças dos serviços sujeitos a regulamentação;
- Manter comunicação regular com os responsáveis pelas áreas sob sua gestão;
- Participar de comissões sempre que pertinentes à assistência ou assuntos correlatos;
- Convocar, liderar e conduzir reuniões conforme necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais, documentando as decisões em atas para orientar a qualidade da assistência, necessidades dos serviços e programas de melhoria contínua;
- Promover estruturação do modelo assistencial de modo a garantir a gestão com foco em qualidade, gerenciamento de riscos, redução de custos e aumento de resultados;
- Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno da instituição;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas estabelecidas pelo SESMT e NR- 32;
- Cumprir demais responsabilidades pertinentes ao cargo.

COMPETÊNCIAS

Conhecimento	Habilidades	Atitude
• Graduação completa em área da saúde; • Pós graduação em gestão hospitalar ou gestão em saúde; • Possuir registro regular no conselho profissional.	• Experiência mínima de 01 ano em gestão; • Informática intermediária.	• Capacidade de liderança; • Desenvolvimento de pessoas; • Visão ampla, sistêmica e estratégica; • Resiliência; • Responsabilidade; • Tomada de decisão; • Cultura de inovação; • Trabalho em equipe; • Otimização de recursos.

ITEM	DENOMINAÇÃO DO CARGO	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE
1	APRENDIZ ADMINISTRATIVO	20	706,00
2	ALMOXARIFE	44	3.077,00
3	ASSESSOR ADMINISTRATIVO	40	5.000,00
4	ANALISTA ADMINISTRATIVO I	44	2.000,00
5	ANALISTA ADMINISTRATIVO II	44	2.500,00
6	ANALISTA ADMINISTRATIVO III	44	3.077,00

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ITEM	DENOMINAÇÃO DO CARGO	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE
7	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO I	44	1.657,00
8	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO II	44	1.800,00
9	ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS	44	3.077,00
10	ANALISTA DE QUALIDADE	44	2.500,00
11	ASSISTENTE SOCIAL	30	2.925,00
12	ASSISTENTE DE FARMÁCIA	44	1.800,00
13	AUXILIAR DE COLETA	44	3.325,00
14	AUXILIAR DE MANUTENÇÃO	44	1.412,00
15	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	44	1.412,00
16	BIOMÉDICO	36	3.126,38
17	COPEIRA	44	1.657,00
18	CHEFE DO CONTROLE INTERNO	40	5.918,32
19	CHEFE DO SETOR DE COMPRAS	40	5.918,32
20	CHEFE DO SETOR DE CONTROLES DE PESSOAL	40	5.918,32
21	CHEFE DO SETOR DE PRESTAÇÃO DE CONTAS/SIPEF	40	5.918,32
22	CHEFE DO SETOR FINANCEIRO, ORÇAMENTO E CUSTO	40	5.918,32
23	CHEFE SETOR DE CONTRATOS	40	5.918,32
24	COORDENADOR ASSISTENCIAL	44	6.600,00
25	DIRETOR ADMINISTRATIVO FINANCEIRO	40	16.000,00
26	DIRETOR TÉCNICO	40	23.673,27
27	ENFERMEIRO	44	4.750,00
28	ENFERMEIRO NEFROLOGISTA	44	4.750,00
29	ENCARREGADO DE MANUTENÇÃO	44	2.250,00

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ITEM	DENOMINAÇÃO DO CARGO	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE
30	ENCARREGADO DE HIGIENE E LIMPEZA	44	2.250,00
31	ENCARREGADO DE NIA	44	2.250,00
32	ENCARREGADO DE ATENDIMENTO	44	2.250,00
33	FARMACÊUTICO	44	5.860,00
34	FISIOTERAPEUTA	30	2.925,00
35	FONOAUDIÓLOGO	30	2.925,00
36	GESTOR DA LINHA DO CUIDADO	44	4.987,50
37	JARDINEIRO	44	1.412,00
38	MAQUEIRO	44	1.657,00
39	NUTRICIONISTA	30	2.925,00
40	PINTOR	44	3.000,00
41	PORTEIRO	44	1.657,00
42	PSICÓLOGO	30	2.925,00
43	RECEPCIONISTA	44	1.412,00
44	SUPERINTENDENTE ADMINISTRATIVO	40	23.673,27
45	SUPERINTENDENTE FINANCEIRO	40	23.673,27
46	SUPERINTENDENTE TÉCNICO	40	23.673,27
47	SUPERVISOR DE SCIRAS, NVE E NSP	44	4.987,50
48	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	44	3.325,00
49	TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	44	2.700,00
50	TELEFONISTA	30	1.412,00

Tabela 107 - Plano de cargos e salários

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3.5.3 Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.

A gestão de pessoas é um processo sofisticado e integral voltado à motivação e avaliação das pessoas que trabalham nas organizações. Antigamente, o "funcionário" não era visto como uma "pessoa" na empresa, era somente um número e nada mais. A principal preocupação do RH era a folha de pagamento.

Processar a folha de pagamento e demais tarefas do departamento pessoal é coisa do passado. Atualmente se espera da área de recursos humanos das organizações é o controle sobre os recursos humanos, e a promoção de uma administração mais humana.

Isso ocorre não porque as organizações tenham, de repente, se tornado "boazinhas", mas porque perceberam os benefícios subjacentes dessa política.

Além de manter as rotinas de departamento pessoal, imprescindível para a organização, cuida do desenvolvimento, do crescimento, do reconhecimento e envolvimento do funcionário com os objetivos organizacionais e com os seus próprios objetivos.

Na rotina do setor de Recursos Humanos do IPGSE, todos os líderes de equipes seguem as regras estabelecidas na RN nº 02 publicada em 27/01/2021, que possui o seguinte ordenamento:

REGULAMENTO DE RECRUTAMENTO, SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL DO IPGSE - RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 02 - IPGSE/2021 DE 27/01/2021

Institui o Regulamento de Recrutamento, Seleção e Contratação de Pessoal.

O Conselho de Administração da Instituição do INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob nº 18.176.322/0001-51, com sede à Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, Rio Verde, Goiás - CEP 75.901-140, no exercício de suas atribuições e competências estatutárias, estabelece e determina o presente Regulamento de Recrutamento, Seleção e Contratação de Pessoal.

Art. 1º- Este regulamento tem por finalidade estabelecer os procedimentos que serão adotados pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS — IPGSE, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social no âmbito da Saúde do

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.758 de 30 de novembro de 2020, para o recrutamento, a seleção e a contratação de pessoal, bem como caracterizar e definir os procedimentos padrão, identificando e conceituando os recursos a serem utilizados.

§1°- As normas estabelecidas nesse Regulamento serão aplicadas exclusivamente no âmbito das relações estabelecidas nos Contratos de Gestão celebrados com o Estado de Goiás, e serão regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho — CLT.

§2°- Os procedimentos especificados por esse Regulamento serão regidos pelos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, boa-fé, isonomia, julgamento objetivo, eficiência e probidade e, bem ainda, pela adequação aos objetivos do IPGSE.

§3° É vedado, nos termos da Lei Federal nº 9.029/95, a adoção de qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso à relação de emprego, ou sua manutenção, por motivo de sexo, origem, raça, cor, estado civil, situação familiar ou idade, ressalvadas, neste caso, as hipóteses de proteção ao menor previstas no inciso XXXIII, do art. 70 da Constituição Federal.

§4°- Os procedimentos de recrutamento e seleção de pessoal serão realizados pela área de Recursos Humanos do IPGSE, através de técnicas e pessoal capacitado, facultada a realização por terceiro interposto, total ou parcialmente, obedecidos em quaisquer casos os procedimentos estabelecidos nesse Regulamento.

Art. 2° - Para a finalidade deste regulamento considera-se:

I. Recrutamento: toda atividade desenvolvida com o intuito de atrair candidatos interessados ao preenchimento de cargo, a partir de uma vaga com perfil e necessidade previamente definidos.

II. Recrutamento externo: conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.

III. Recrutamento misto: conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos internos e externos, potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.

IV. Cargo: composição de todas as atividades desempenhadas pelo profissional empregado que podem ser englobadas em um todo unificado e que figura em certa posição formal do organograma da empresa.

V. Função: conjunto de tarefas ou de atribuições, sistemáticas e reiteradas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

VI. Triagem: Análise comparativa entre as informações registradas pelo candidato no formulário de cadastro do currículo e os requisitos publicados da vaga.

VII. Seleção: toda atividade desenvolvida para a escolha, dentre os candidatos triados, do profissional que melhor atende aos requisitos da vaga de trabalho oferecida.

VIII. Pessoal: todos os profissionais que desempenham atividade vinculada aos objetivos da Instituição, com vínculo empregatício direto, não terceirizado.

IX. Remanejamento: movimentação de pessoal entre setores ou entre unidades, no mesmo cargo.

X. Promoção: alteração de cargo ou função, em linha ascendente, do profissional já empregado da Instituição, que, tendo participado de processo seletivo, for selecionado para novo cargo ou função.

Art. 3° - A Gerência Corporativa de Recursos Humanos será a responsável em orientar os procedimentos para o recrutamento e seleção de pessoal das Unidades.

Parágrafo único - A abertura do processo de recrutamento e seleção se dará mediante autorização expressa do Superintendente Executivo.

Art. 4° - A contratação de pessoal se dará pelo critério de recrutamento e seleção, podendo ser externa ou mista.

Art. 5° - O comunicado do recrutamento dar-se-á por através publicação de Aviso no Site da Organização Social, contendo o "cargo" com indicação do sítio do IPGSE (www.ipgse.org.br) para consulta do edital com as informações adicionais acerca da vaga, com um prazo mínimo de três dias de antecedência.

Art. 6° - O sítio do IPGSE informará obrigatoriamente o cargo, o número de vagas, a carga horária, salário, benefícios, perfil básico exigido para o cargo ou função, etapas do processo, conceitos/pesos atribuídos a cada uma das etapas, o endereço e prazo para o cadastro dos currículos.

Parágrafo único - Outros meios de comunicação, poderão ser utilizados sempre que a administração julgar conveniente.

Art. 7° - A inscrição dos candidatos, na fase de recrutamento dar-se-á através do cadastro eletrônico do currículo, através do sítio (www.ipgse.org.br), no link 'trabalhe conosco'.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 8° - A seleção dos candidatos se dará obedecendo aos critérios tecnicamente admitidos, através de prova escrita e análise curricular, podendo ser conjugada a outros instrumentos como, avaliação psicológica, entrevista técnica, comprovação de experiência e/ou habilitação técnica operacional, testes psicológicos, provas situacionais entre outros legalmente admitidos, desde que previamente previstos e divulgados no edital.

Art. 9° - A prova escrita, de caráter classificatório e eliminatório, é a fase da seleção que consiste em aferir o candidato nas matérias de conhecimento geral e/ou vinculadas à área de trabalho em que desenvolverá o seu exercício funcional.

Parágrafo único: A prova escrita será aplicada em dia, horário e local previamente informados no sítio do IPGSE.

Art. 10° - A análise curricular, de caráter classificatório, é a fase da seleção que consiste na verificação da habilitação e/ou qualificação profissional e da experiência para o cargo pretendido

Parágrafo único: A data, horário e local para entrega do currículo e dos respectivos documentos comprobatórios serão previamente informados no sítio do IPGSE.

Art. 11° - O peso para os fins de pontuação e classificação da prova escrita e da análise curricular, será expresso no respectivo edital.

Art. 12° - A avaliação psicológica, de caráter eliminatório, é a fase da seleção que consiste da entrevista psicológica e/ou aplicação de testes comportamentais.

§ 1° - Esta etapa será conduzida, obrigatoriamente, pela área responsável pela seleção, através de seu quadro de psicólogos, ou a critério da administração, através de empresa de consultoria ou profissionais da área de psicologia contratados especificamente para este fim.

§2° - Após aferição dos testes aplicados e/ou entrevista psicológica, o psicólogo avaliador recomendará ou não recomendará o candidato para ocupar o cargo pretendido.

§3° - A data, horário e local para a realização da avaliação psicológica serão previamente informados no sítio do IPGSE.

Art. 13° - A entrevista técnica, de caráter eliminatório, é a fase da seleção que tem por objetivo verificar as informações contidas no currículo, as habilidades do candidato, seu domínio na área pretendida, sua disponibilidade para atuar em conformidade com as exigências do cargo e determinações legais, bem como sua disponibilidade para início das atividades e condições de submeter-se aos horários estabelecidos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 14° - Em casos de urgência de contratação de pessoal, poderão ser dispensadas algumas das modalidades previstas nos incisos anteriores, a fim de dar celeridade na contratação trabalhista em menor tempo, considerando o caráter emergencial da Unidade Gerida. Para tal procedimento haverá, necessariamente, manifestação da Direção Administrativa da Unidade com as justificativas da necessidade emergencial da contratação.

Parágrafo Único — No caso de contratação de urgência, o processo seletivo obedecerá minimamente aos requisitos que regulamentam os procedimentos de seleção, respeitando os princípios da publicidade, economicidade, impessoalidade e eficiência.

Art. 15° - O remanejamento de empregados é critério de preenchimento de cargos e se dará sempre mediante observação e avaliação de desempenho, autorizado pelos Diretores das Unidades, com a expressa concordância do empregado remanejado.

Parágrafo único - O remanejamento só poderá ser autorizado com a condição de não acarretar prejuízos e/ou transtornos a área de origem, nem ao empregado remanejado, ressalvado o disposto na CLT e legislação esparsa.

Art. 16° - O preenchimento de função, de superintendências, controladoria, gerências, assessoramento e chefias previsto no organograma da filial do IPGSE, por se tratar de atividades de liderança e gestão, será de livre escolha do Diretor Presidente da Organização Social.

§1° - O preenchimento de funções das Diretorias das Unidades geridas, será de livre escolha do Diretor Presidente do IPGSE.

§2° - O preenchimento de funções de gerências, assessoramento e chefias previstas no organograma da Unidade Gerida será de indicação do Diretor Administrativo para aprovação do Diretor Presidente do IPGSE.

Art. 17° - Em todas as hipóteses elencadas no "caput do artigo 16° e em seu § 1° e 2°, serão observados os critérios da qualificação técnica e da fidúcia para o desempenho da função, ouvido a Gerência Corporativa de Recursos Humanos.

Art. 18° - Para os casos dos artigos 16° e 17° fica vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e Deputados Federais e Estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e Municípios, especificamente do Estado de Goiás, bem como dos Diretores e Superintendentes do IPGSE.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Art. 19° - O IPGSE manterá, para fins de divulgação das vagas e inscrição em seus processos seletivos, um sítio na internet - (www.ipgse.org.br), onde os candidatos interessados poderão tomar conhecimento e se inscrever para os processos seletivos em aberto.

§1° - Os candidatos triados para os processos seletivos em aberto deverão comparecer em dia/horário publicados no sítio do IPGSE para participação em cada uma das etapas do Processo Seletivo.

§2° - Após a publicação do comunicado de recrutamento de que trata o artigo 5°, o sítio do IPGSE na internet será o canal de comunicação com os candidatos para todas as etapas do processo seletivo, informações gerais, comunicação de data, horário e local da realização de cada etapa do processo seletivo e suas eventuais alterações, bem como da divulgação dos resultados e convocação para cada uma das etapas.

§ 3° - O IPGSE poderá, a seu critério, convocar os candidatos aprovados em processo seletivo, cujo resultado final tenha sido publicado a menos de 6 (seis) meses para o mesmo cargo.

§ 4° - A convocação de que trata o parágrafo anterior obedecerá à ordem de classificação, sendo automaticamente desclassificado o candidato que, convocado, não comparecer no dia, horário e local determinados na convocação.

Art. 20° - Os candidatos classificados acima das vagas divulgadas constituirão cadastro de reserva com validade de 6 (seis) meses, em conformidade com o § 3°, do artigo 19°, não se consubstanciando em garantia de contratação, mas em mera expectativa de direito.

Parágrafo único: A utilização do cadastro de reserva é uma faculdade do IPGSE, que, para tanto, avaliará as especificidades da vaga para a utilização do cadastro de reserva.

Art. 21°- O Processo de Seleção de Pessoal do IPGSE obedecerá às seguintes etapas:

I. A Primeira Etapa, consistirá da publicação de comunicado no sítio do IPGSE, que dará publicidade da abertura de processo seletivo para contratação de pessoal, constando o nome do cargo e o endereço eletrônico do IPGSE, onde o interessado obterá todas as informações da vaga no edital próprio.

II. A Segunda Etapa será a divulgação do edital no sítio do IPGSE, constando o cargo, número de vagas, carga horária, salário, benefícios, etapas do processo, conceitos/pesos atribuídos a cada uma das etapas, perfil básico, endereço e prazo para o cadastro dos currículos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

a) Todas as vagas publicadas ficarão abertas para inscrição de candidatos pelo período de três dias úteis, podendo ser prorrogado a critério da administração, devidamente justificado.

b) Os interessados deverão acessar o sítio do IPGSE e se inscrever para a vaga que pretende concorrer, sendo vedada a inscrição em dois ou mais processos, concomitantemente.

III. A Terceira Etapa é a triagem curricular, que consiste na análise comparativa entre as informações registradas no currículo cadastrado pelo candidato no sítio do IPGSE e os requisitos publicados da vaga.

a) A ausência de informações capazes de qualificar o candidato em face dos requisitos exigidos para o cargo ensejará a não convocação do candidato para as etapas subsequentes.

b) A relação dos candidatos cujos currículos foram triados para a vaga será publicada no sítio do IPGSE.

c) Todas as informações qualitativas e quantitativas inerentes aos requisitos exigidos para a vaga deverão ser comprovadas pelo candidato, através de documentos hábeis, que deverão ser encaminhados no dia, horário e local que será publicado no sítio do IPGSE.

IV. A Quarta Etapa será classificatória constituirá de prova escrita e/ou análise curricular.

a) Para a seleção do candidato serão utilizados critérios objetivos de classificação, em uma ou duas fases, através de prova escrita e/ou análise curricular, observadas as características da vaga, previamente divulgados no edital.

b) No caso da classificação se dar em duas fases, pela aplicação de prova escrita e análise curricular, o edital deverá informar o peso de cada uma delas.

c) Sendo adotado o critério classificatório em uma única fase, pela aplicação da prova escrita, o edital informará os critérios de pontuação e de ponto de corte.

d) Sendo adotado o critério classificatório em uma única fase, pela análise curricular, o edital informará quais as condições de pontuação por titulação e experiência e quando aplicável, o peso.

e) A prova escrita, de caráter objetivo, conterá questões objetivas com conteúdo de conhecimentos gerais e/ou conhecimentos específicos, conforme requeira o perfil da vaga, previamente divulgado no edital.

f) O edital definirá os critérios de desempate.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

V. A Quinta Etapa terá finalidade classificatória e/ou eliminatória e consistirá de uma ou algumas das avaliações psicológicas, previamente informadas no edital.

a) Testes Psicológicos, através testes psicométricos e/ou testes de personalidade.

b) Técnicas Vivenciais através de um ou algum dos métodos de dinâmica de grupo, psicodrama e entrevista comportamental.

Art. 22° - A contratação do candidato selecionado se efetivará mediante:

I. Conveniência administrativa e operacional.

II. Disponibilidade financeira.

III. Entrega da documentação completa, conforme requisitos descritos no instrumento de divulgação da vaga.

IV. Apresentação do Atestado de Saúde Ocupacional — ASO, declarando apto o candidato a exercer as funções que dele serão exigidas.

V. Demais dispositivos estatutários e previsão legal.

Art. 23° - A administração do IPGSE deverá disponibilizar os meios necessários para a realização do recrutamento e seleção.

Parágrafo único: Todos os documentos relacionados ao recrutamento e seleção deverão ser processados e/ou digitalizados e arquivados no Recursos Humanos da Unidade, por um período de dez anos, facultado o acesso às informações aos interessados, resguardada a imposição de sigilo profissional.

Art. 24° - A eficácia dos termos deste regulamento se submete ao controle estatal e social e pelo Conselho de Administração do IPGSE.

Art. 25° - Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 26° - Este Regulamento terá vigência na data de sua aprovação pelo Conselho de Administração da Instituição do IPGSE.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROCESSO SELETIVO

Para contratação de pessoal nas diversas áreas das Unidades geridas pelo Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados — IPGSE, é realizado Processo Seletivo, para que seja obedecido o regulamento de contratação de pessoal.

O Edital de Processo Seletivo é demonstrado a seguir:

EDITAL Nº xxx/20xx IPGSE - POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

O INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, entidade de direito privado e sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social pelo Decreto Estadual no 9.758 de 30 de novembro de 2020, no uso das suas atribuições, torna público, para conhecimento dos interessados, a abertura de Processo Seletivo para provimento de xxx vagas para contratação, a serem lotados de acordo com o Anexo I, destinado à contratação de funcionários, em regime Celetista, conforme instruções legais da Consolidação das Leis do Trabalho CLT, mediante as condições estabelecidas por esse Edital, respeitando o que estabelece o Regulamento de Recrutamento, Seleção e Contratação de Pessoal, com a finalidade de contrações de pessoas para cumprirem suas atividades junto à unidade gestora do contrato de gestão - IPGSE e também da unidade gerida - POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS, localizado a Rua 3, nº 1 - Residencial Atenas 2, Quirinópolis - GO, CEP: 75.860-000, sob gestão e operacionalização nos termos do Contrato de Gestão nº xxxxxx - SES - GO, firmado com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

O processo seletivo, em caráter emergencial, será regido por este Edital, e sua realização estará sob a responsabilidade do INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE.

1. O processo seletivo destina-se a selecionar candidatos para os cargos indicados Anexo I - Quadro de Vagas, do presente edital, conforme a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

2. O cadastro reserva com os candidatos aprovados e não contratados, poderão ser convocados respeitada a ordem de classificação dos candidatos, por um período de 06 (seis) meses da publicação do Resultado Final. Site https://igpse.org.br/processoseletivo/.

3. Os candidatos aprovados e classificados serão contratados pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, sob Regime Jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho.

4. Compreende - se como processo de seleção e suas etapas nos termos deste edital:

4.1 Candidatura; através do site: www.ipgse.org.br

4.2 Análise Curricular de caráter eliminatório/classificatório; entrega dos documentos através do site: www.ipgse.org.br.

4.3 Entrevista Comportamental/Técnica - Presencial

5. As despesas da participação em todas as etapas e em todos os procedimentos do Processo de Seleção correrão por conta do candidato, que não terá direito a ressarcimento.

6. O candidato aprovado ficará sujeito ao contrato de experiência de 30 (trinta) dias, renováveis por mais 30 (trinta) dias, podendo o contrato ser rescindido a qualquer tempo na conformidade com as disposições da CLT.

7. A aprovação do candidato neste processo seletivo simplificado gera apenas uma expectativa de direito à contratação. Sendo reservado ao INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE o direito de proceder a contratação em números que atenda apenas às suas necessidades e disponibilidade financeira.

8. Os candidatos aprovados, conforme este Edital, serão convocados na medida das necessidades do INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, no cumprimento das obrigações contratuais contidas no Contrato de Gestão no 08/2021 -SES/GO.

9. A inscrição do candidato implicará no completo conhecimento das condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos, sobre os quais o candidato não poderá alegar qualquer espécie de desconhecimento.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

10. O presente processo seletivo, ou qualquer das vagas, poderá ser cancelado (a) pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE a qualquer momento e fase do processo seletivo.

CAPÍTULO II

DAS CONDIÇÕES DE PARA PARTICIPAÇÃO

11. Ter nacionalidade brasileira ou ser naturalizado;

12. No caso do candidato do sexo masculino, estar em dia com o Serviço Militar;

13. Ter idade igual ou superior a 18 anos;

14. Ter escolaridade mínima, formação e experiência exigida para o cargo, conforme Anexo I;

15. Cumprir as determinações deste Edital.

CAPÍTULO III

DOS CARGOS E DAS VAGAS

16. Consta do Anexo I, a distribuição dos cargos e das vagas.

17. As atribuições, pré-requisitos, carga horária, remuneração e cargo/especialidade estão discriminados no Anexo I.

18. Os candidatos classificados, convocados e contratados receberão, além do salário base, os devidos adicionais de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho — CLT e conforme convenções e acordos coletivos de trabalho da respectiva categoria.

19. Os candidatos aprovados e classificados no limite das vagas oferecidas serão contratados pelo INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, os classificados serão lotados de acordo com as demandas da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS, localizado na Rua 3, nº 1 - Residencial Atenas 2, Quirinópolis - GO, CEP: 75.860-000 e também da unidade Gestora do IPGSE, e ocorrerá de acordo com a ordem de classificação.

20. Todos os convocados serão contratados de acordo com a lei 13.429/2017, em Regime jurídico: Celetista (CLT Decreto-Lei Federal n. 5.452, de 1 0/05/43), com jornada especificada no Anexo I, podendo ser esta carga horária alterada conforme a necessidade, oportunidade,

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

conveniência e disponibilidade financeira contratual do INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE.

CAPÍTULO IV

ETAPAS DE CANDIDATURA, ANÁLISE CURRICULAR E ENTREVISTA

21. O candidato antes de efetuar a sua inscrição, deverá se certificar se preenche os requisitos contidos neste Edital conforme Quadro de Vagas (Anexo I), além de ler e seguir atentamente as orientações para preenchimento dos formulários. O candidato que deixar campos sem preenchimento e/ou não venha apresente, na forma deste edital, os documentos que comprovem os requisitos mínimos para participação neste processo seletivo simplificado, será automaticamente desclassificado, sem direito à interposição de recurso.

22. O candidato deve ter ciência de que as aceitações às normas do processo seletivo tornam as regras do edital obrigatórias para o mesmo.

23. As inscrições serão realizadas por meio do sítio eletrônico do INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, e dar-se-á por meio do preenchimento da ficha de inscrição e envio do currículo e documentos comprobatórios mencionados no currículo, através do formulário disponível no site do www.ipgse.org.br.

24. A candidatura deverá ser feita exclusivamente via internet, no site www.ipgse.org.br, no período previsto no cronograma ANEXO IV.

25. É de responsabilidade do candidato a veracidade dos dados informados para a efetivação da candidatura, podendo ser desclassificado em qualquer etapa, caso fique comprovado a inverdade da informação ou a não comprovação do perfil exigido pela vaga.

26. As datas referentes às etapas do processo seletivo serão publicadas no endereço eletrônico www.ipgse.org.br, sendo de inteira responsabilidade do candidato acompanhar o andamento do processo seletivo. (ANEXO IV).

27. O INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE não se responsabiliza por problemas na inscrição motivados por ordem técnica, falha de computadores ou de comunicação, congestionamento das linhas de comunicação, bem como quaisquer outros fatores que venham a impossibilitar a transferência dos dados.

28. Para fazer sua inscrição, o candidato deverá conectar-se ao endereço eletrônico www.ipgse.org.br, link "Trabalhe Conosco", link "Processo Seletivo", e realizar o cadastro através

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

do link "Candidatar", no período previsto no Edital de publicação da vaga. anexar seu currículo e documentos comprobatórios em arquivos no formato PDF. O tamanho máximo de cada arquivo anexado deverá ser de 3 MB e a soma de todos os documentos anexados com o máximo de 35 MB.

29. O envio do currículo e do arquivo com documentos comprobatórios é de caráter obrigatório e eliminatório. Serão desclassificados os candidatos que não enviarem o arquivo no momento da inscrição.

30. Somente serão consideradas válidas, para fins de triagem, as experiências profissionais dos últimos 05(cinco) anos, na área de atuação para a qual concorre.

31. Estágios e trabalhos voluntários não serão considerados como experiência profissional.

32. DA ETAPA DA ANÁLISE CURRICULAR é de natureza classificatória, com pontuação máxima de 60 pontos, e será realizada com base nos critérios objetivos constantes na tabela do ANEXO II deste chamamento e ainda de acordo com as seguintes regras:

32.1. Serão eliminados candidatos que obtiverem pontuação inferior a 20 pontos na análise curricular e ou não ter o pré-requisito mínimo estipulado no Anexo I;

32.2. Os candidatos apresentarão para a Análise Curricular os comprovantes dos títulos e experiências conforme anexo I em formato PDF anexados no cadastro do currículo.

32.3. A avaliação dar-se-á mediante somatória dos pontos obtidos na análise conjunta dos itens, conforme ANEXO II, os quais deverão constar os títulos e experiências do candidato devidamente comprovados.

32.4. Os comprovantes de conclusão de Graduação, Pós-graduação, Especialização, Mestrado e Doutorado devem ser expedidos por instituições oficiais ou reconhecidos nos termos da legislação vigente.

32.5. Os comprovantes de cursos de extensão devem ter no mínimo 30h de carga horária.

32.6. Os documentos de comprovação de experiência deverão ser através da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), com envio da cópia da primeira e segunda página e as demais com comprovação de anotação, Contrato de Trabalho, declaração ou certidão de tempo de serviço em papel timbrado emitido pelo respectivo órgão, informando o período com data de admissão e desligamento, especificando o cargo e a descrição das atividades desenvolvidas, Registro no Conselho e Comprovante de pagamento da Anuidade do Conselho da Classe.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

33. Somente serão aceitos os documentos relacionados no ANEXO II observados o limite máximo de pontos definidos no referido anexo.

34. Caso a documentação apresentada não cumpra as exigências estabelecidas nesse Edital, os pontos não serão apurados. É de responsabilidade do candidato conferir toda a sua documentação, certificando-se de que todas as informações prestadas no ato de CANDIDATURA, estejam devidamente comprovadas.

35. Não serão aceitos documentos ilegíveis anexados conforme previsto neste Edital.

36. O candidato deverá se inscrever para a vaga que pretende concorrer, sendo vetada a inscrição em duas vagas, concomitantemente.

37. Será indeferido o pedido de inscrição do candidato que deixar de observar qualquer das formalidades deste Edital;

38. A qualquer tempo, a participação do candidato poderá ser vetada, com sua eliminação do processo seletivo, desde que verificada falsidade ou irregularidade nas informações prestadas ou nos documentos apresentados.

39. O processo seletivo será gratuito em todas as suas etapas.

40. O resultado será divulgado no site www.ipgse.org.br, na data prevista no cronograma. ANEXO IV.

41. Da etapa de ENTREVISTA é de natureza eliminatória, e ocorrerá conforme o cronograma (ANEXO IV), podendo esse prazo ser estendido de acordo com a necessidade da Comissão de Avaliação.

41.1. Nessa etapa o candidato terá que comparecer na data e horário da entrevista conforme informações no site: www.ipgse.org.br

a) nesta etapa, os candidatos serão avaliados e considerados aptos ou inaptos, observados os seguintes critérios:

I. Conhecimento técnico na área;

II. Competências para o cargo;

III. Perfil Comportamental

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

b) esta etapa é de caráter eliminatório;

41.2. A Entrevista valerá 40 pontos.

41.3. Local, data e horário da Entrevista será divulgado no site: www.ipgse.org.br

41.4. O resultado será divulgado no site www.ipgse.org.br, na data prevista no cronograma.

42. DAS INSCRIÇÕES PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

42.1. Serão reservadas 5% das vagas para pessoas com deficiência, interessadas em concorrer nessa condição sendo adotados os critérios previstos no art. 37, VIII da CF/88, na Lei Federal n. 7853/89 e seu regulamento.

42.2. As vagas destinadas aos candidatos com deficiência, deverão ser compatíveis, física e mentalmente, com a atividade a ser realizada, de maneira que não comprometa as atividades descritas no Anexo I deste Edital;

42.3. As vagas destinadas aos candidatos inscritos na condição como deficientes, se não providas, por falta de candidatos ou pela reprovação no processo, serão preenchidas pelos demais candidatos, observando ordem classificatória.

42.4. Para efeito deste processo seletivo simplificado considera-se pessoa com deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou reduções de suas funções psicológicas, fisiológicas, mentais ou anatômicas, suficientes para gerar incapacidade para o desempenho de atividades na forma ou na medida considerada dentro dos\ padrões adotados como normais para o ser humano, condições essas que deverão ser comprovadas via parecer médico. As pessoas com deficiência que necessitarem de condições especiais para realização de alguma (a) da (s) etapa (s) deverá informar via e-mail, no endereço: wvvw.ipgse.org.br

42.5. O candidato, antes de se inscrever, deverá verificar se as atribuições do cargo (Anexo I) para a vaga pretendida são compatíveis com sua deficiência.

42.6. O candidato que se declarar com deficiência, resguardadas as condições especiais previstas em lei, concorrerá em igualdade de condições com os demais candidatos, no que se refere aos critérios de aprovação constantes nesse Edital.

42.7. O candidato que se declarar PCD, deverá enviar laudo médico expedido nos últimos 180 dias (cento e oitenta) dias anteriores à avaliação, que ateste a espécie, o grau e nível de deficiência, com expressão referência ao CID.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

CAPÍTULO V

DOS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO E DESEMPATE

43. A Classificação final dos candidatos será feita pelos resultados obtidos na Análise Curricular e Entrevista, sendo obtida a média da pontuação das etapas.

44. Em caso de empate, terá preferência o candidato que, nesta ordem:

44.1. Idade igual ou superior a 60(sessenta) anos, conforme Art. 27 Parágrafo Único, do Estatuto do Idoso;

44.2. Persistindo o empate, terá preferência o candidato com maior idade.

CAPÍTULO VI

DOS CRITÉRIOS DE ELIMINAÇÃO

45. Estarão eliminados, os candidatos que:

45.1. Não entregar laudo médico no dia da avaliação multiprofissional, caso inscrito como PCD;

45.2. Como PCD, se tiverem sua deficiência reconhecida pelo parecer do médico assessor do certame como incompatível com cargo/função;

45.3. Os candidatos que não realizarem a candidatura no site ou anexarem a documentação comprobatória conforme Anexo II;

45.4. Caso fique comprovado a inveracidade da informação ou a não comprovação do perfil exigido para a vaga;

45.5. Não atenda aos requisitos constantes no ANEXO I;

45.6. Não cumprir as etapas previstas neste Edital.

CAPÍTULO VII

DA INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS

46. O prazo de interposição de recurso das ETAPAS — Análise Curricular e Entrevista, serão de acordo com cronograma estabelecido no Edital.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

47. Para interposição de recursos o candidato deverá, através do e-mail: ipgse.psrecursos@ipgse.org.br. Todos os recursos deverão ser redigidos em formulário próprio, disponível no Anexo III — Formulário Interposição de Recursos, assinados e posteriormente enviados em formato PDF juntamente com documento de identificação (Carteira Nacional de Habilitação, Registro Geral/Carteira de Identidade ou Carteira Funcional).

48. O resultado da análise dos recursos poderá alterar a ordem de classificação dos candidatos.

49. As informações prestadas no formulário de recurso e seu preenchimento são de inteira responsabilidade do candidato.

50. Será negado conhecimento ao recurso que estiver fora das regras estabelecidas em Edital.

51. A comissão de Avaliação desse Edital não se responsabiliza por recurso não recebido por qualquer motivo de ordem técnica, falha em computadores ou de comunicação, congestionamento de linhas de comunicação, bem como quaisquer outros fatores que impossibilitem a transferência de dados.

52. Não será aceito pedido de revisão de recurso.

53. O resultado será divulgado no site https://igpse.org.br/processo-seletivo/, na data prevista no cronograma

CAPÍTULO VIII

DO RESULTADO FINAL, CONVOCAÇÃO E CONTRATAÇÃO

54. O resultado final será divulgado no site www.ipgse.org.br em data prevista no cronograma e a convocação para contratação obedecerá à rigorosa ordem de classificação dos candidatos.

55. O candidato aprovado terá convocação pelo site: www.ipgse.org.br.

56. O candidato convocado deverá que se apresentar para início do processo admissional, no prazo de máximo de 2 (dois) dias úteis após a convocação, com a documentação citada no formulário E-Social www.ipgse.org.br no site sob pena de perda da vaga.

57. O não comparecimento a qualquer uma das etapas do processo seletivo implicará na eliminação do candidato, não cabendo qualquer justificativa e/ou recurso.

58. São condições para a contratação:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

58.1. Ter sido aprovado neste processo seletivo;

58.2. Apresentar a documentação completa, conforme relação acostada no site www.ipgse.org.br;

58.3. Ser declarado apto no Atestado de Saúde Ocupacional — ASO a exercer as funções que dele serão exigidas.

59. O candidato convocado deverá para comparecer ao Departamento de Recursos Humanos da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS. Havendo incompatibilidade insanável, atestada pelo serviço de Medicina do Trabalho (SESMT), entre o cargo e a patologia porventura identificada no candidato aprovado, este não poderá ser contratado.

60. A contratação será realizada por CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

61. A aprovação e classificação no Processo Seletivo constitui mera expectativa de direito à contratação. Ficando a concretização desse ato condicionada à exclusivo interesse e conveniência do IPGSE, da rigorosa ordem de classificação, do prazo de validade do concurso.

CAPÍTULO IX

DISPOSIÇÕES FINAIS

62. A CANDIDATURA, implicará a aceitação das normas para o Processo Seletivo, contidas nas instruções aos candidatos, neste Edital e em outros meios que vierem a ser publicados, sem direito algum a compensação decorrente de anulação ou do cancelamento de sua CANDIDATURA, da eliminação no processo ou, ainda do seu não aproveitamento por falta de vagas ou por inobservância dos ditames e dos prazos fixados.

63. O Candidato aprovado no processo seletivo será convocado, obedecendo à ordem de classificação, a assinar contrato de trabalho com o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE), de acordo com as necessidades do Instituto, inclusive no que diz respeito ao contrato de experiência e rescisão contratual.

64. Caso o número de aprovados ultrapasse o número de vagas, será formado um Cadastro de Reserva e os aprovados neste Edital, serão convocados oportunamente de acordo com a disponibilidade de vagas futuras.

65. A admissão do candidato ocorrerá através de contrato de experiência, pelo prazo de 30 dias renováveis por mais 30 dias, conforme art. 445, parágrafo único da CLT.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

66. A inexatidão de informações, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, eliminará o candidato do processo, anulando-se todos os atos da CANDIDATURA, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou penal.

67. Não serão fornecidas cópias de documentos, atestados, certificados ou certidões relativas às notas dos candidatos.

68. Não é garantida ao candidato aprovado no processo seletivo, a contratação.

69. Os casos omissos neste Edital, referentes ao Processo Seletivo serão resolvidos pelo Departamento de Recursos Humanos de acordo com suas atribuições.

70. ANEXOS

I. Quadro de Vagas;

II. Formulário de Análise Curricular;

III. Formulário de Interposição de Recurso;

IV. Cronograma.

ASSINATURAS DA DIRETORIA DO IPGSE

DO CONTRATO DE TRABALHO

A contrato individual de trabalho é o documento por meio do qual se constitui uma relação de emprego entre duas partes. Através deste instrumento, o contratado – dito empregado – concorda em trabalhar para o contratante – denominado empregador -, prestando-lhe determinados serviços de maneira habitual.

No contrato individual de trabalho, estarão especificadas a função ocupada pelo trabalhador, o local de exercício do trabalho, a sua remuneração e a sua jornada de trabalho, dentre outras questões.

É possível ainda incluir neste contrato cláusulas especiais, tais como a de confidencialidade, a de vedação à concorrência e a de exclusividade.

Esse modelo é aplicável tanto às relações trabalhistas firmadas por prazo indeterminado, quando não há um momento fixado para o seu final – quanto àquelas estabelecidas por prazo

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

determinado (incluindo o contrato de experiência), ou seja, os contratos que tem duração já previamente combinada pelas partes.

Igualmente, estão incluídas neste momento tanto os trabalhos a tempo parcial quanto a tempo integral.

Modelo do Contrato de Trabalho

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as partes: O Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE) pessoa jurídica, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o Nº 18.176.322/0001-51, com Endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Centro, Rio Verde, Estado de Goiás, CEP: 75.901-140, que por força do presente contrato passa a ser denominado EMPREGADOR;

..... (nome), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), titular do CPF nº (.....), RG (.....), residente à Rua..... (endereço) doravante designado EMPREGADO;

Firmam o presente CONTRATO DE TRABALHO POR PRAZO DETERMINADO, nos termos da Artigo 456 da Consolidação das Leis Trabalhistas, e seguintes cláusulas assim pactuadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – Do salário: 1.1

O EMPREGADO receberá a remuneração R$ XXXX,XX por mês.

CLÁUSULA SEGUNDA - Da prestação dos serviços:

2.1 O horário de trabalho será anotado na ficha de registro e a eventual redução da jornada por determinação da EMPREGADORA, não inovará este ajuste, permanecendo sempre integra a obrigação do EMPREGADO de cumprir o horário/turno que for determinado, observando o limite legal.

2.2 Obriga-se o EMPREGADO a prestar serviços em horas extraordinárias, sempre que lhe for determinado pela EMPREGADORA na forma prevista em Lei. Na hipótese desta faculdade pela EMPREGADORA, o EMPREGADO receberá as horas extraordinárias com acréscimo legal, salvo ocorrência de compensação, com consequente redução da jornada de trabalho em outro dia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

2.3 Aceita o EMPREGADO, expressamente, a condição de prestar serviços em qualquer dos turnos de trabalho, isto é, tanto durante o dia como à noite, desde que sem simultaneidade, observadas as prescrições legais, reguladoras do assunto, quanto a remuneração.

2.4 Fica ajustado nos termos que dispõe o Parágrafo 1º do artigo 469, da Consolidação das Leis Trabalhistas, que o EMPREGADO acatará ordem emanada da EMPREGADORA para prestação de serviços tanto na localidade do Contrato de Trabalho, como em qualquer outro município dentro do território nacional.

2.5 O EMPREGADO fica ciente do Regulamento da EMPREGADORA e das Normas de Segurança que regulam suas atividades na EMPREGADORA e se compromete a usar os equipamentos de segurança fornecidos, sob a pena de ser punido por falta grave, nos termos da Legislação vigente e demais disposições inerentes a segurança e medicina do trabalho.

CLÁUSULA TERCEIRA – Demais disposições

3.1 Em caso de dano causado pelo EMPREGADO, fica a EMPREGADORA autorizada a efetivar o desconto da importância correspondente ao prejuízo.

E por estarem assim contratados, nos termos de seus respectivos interesses, mandaram as partes lavrar o presente instrumento que assinam na presença de 02 (duas) testemunhas, para as finalidades de direito.

EMPREGADO	IPGSE

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

MODELOS DE FORMULÁRIOS

Requisição de Pessoal

REQUISIÇÃO DE PESSOAL		
Data:		
Requisitante:		
Cargo solicitado:	Setor:	
Salário:	Verbas adicionais:	
DADOS GERAIS		
MOTIVO	**FORMA DE CONTRATAÇÃO**	**HORÁRIO DE TRABALHO**
( ) Pedido de demissão	( ) CLT - Contrato de Experiência	Entrada:
( ) Licença	( ) Prazo Determinado	Saída:
( ) Término de Contrato	( ) CLT - Período:	Escala:
( ) Promoção	( ) Estágio - Período:	
( ) Transferência	( ) Aprendiz - Período:	Outros:
( ) Aumento de Quadro	( ) RPA - Período:	
( ) Estatutário (removido ou afastado)	( ) Pessoa Jurídica	
( ) Substituição		
Em substituição:		
REQUISITOS DO CARGO		
Experiência desejada:		
Competências necessárias (Conhecimentos|Habilidades|Atitudes):		
Tarefas a serem desempenhadas:		
Observação:		
IDADE	**ESCOLARIDADE**	**OUTROS**
( ) Indiferente	( ) Ensino Fundamental	CNH: ( ) SIM ( ) NÃO
( ) De _____ até _____ anos.	( ) Ensino Médio	VIAGENS: ( ) SIM ( ) NÃO
	( ) Ensino Superior	VEÍCULO PRÓPRIO: ( ) SIM ( ) NÃO
SEXO	Curso:	
( ) M ( ) F ( ) Indiferente	Período:	
APROVAÇÃO FINAL		
Gestor da Área	Diretor da Área	Diretor Administrativo
_____ Assinatura e Carimbo	_____ Assinatura e Carimbo	_____ Assinatura e Carimbo
Data: ____/____/_____	Data: ____/____/_____	Data: ____/____/_____
INFORMAÇÕES DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS		
Cargo:		
Nome do Aprovado:		
Data da Admissão:	Salário:	
Recrutamento: ( ) Interno ( ) Externo ( ) Promoção ( ) Transferência		

Figura 185 - Requisição de Pessoal

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Solicitação de Desligamento

SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO		
SOLICITANTE		
Nome:		Data da Solicitação:
Cargo:		
DADOS DO COLABORADOR		
Nome:		Data de Admissão:
Função:		Setor:
Necessário reposição:	RP Anexa:	
Verificado data base e condição de estabilidade (Cipeiro, retorno licença acidente trabalho, retorno licença maternidade, etc):		
JUSTIFICATIVA DO DESLIGAMENTO		
AÇÕES DO RH		
Entrevista de Desligamento:		
TIPO DE DESLIGAMENTO		
INICIATIVA EMPREGADOR	INICIATIVA DO EMPREGADO	
( ) Demissão Sem Justa Causa	( ) Rescisão antecipada da experiência	
( ) Demissão Por Justa Causa	( ) Pedido de demissão	
( ) Término Contrato Prazo Determinado	( ) Término Contrato Prazo Determinado	
( ) Antecipado Contrato Prazo Determinado	( ) Antecipado Contrato Prazo Determinado	
( ) Término de contrato de experiência	( ) Consensual	
( ) Consensual		
Outros:		
AVISO PRÉVIO	**DATA DO AVISO:**	
Aviso Prévio Empregador: ( ) Trabalhado ( ) Indenizado	Aviso Prévio Empregado: ( ) Trabalhado ( ) Não trabalhado	
APROVAÇÃO FINAL		
Gestor da Área _____ Assinatura e Carimbo Data: ____/____/_____	Diretor da Área _____ Assinatura e Carimbo Data: ____/____/_____	Diretor Administrativo _____ Assinatura e Carimbo Data: ____/____/_____
DEPARTAMENTO DE PESSOAL – UNIDADE		
Recebido em:	Responsável:	
Observações:		

Figura 186 - Solicitação de Desligamento

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIA NOS PERÍODOS DE 45 E 90 DIAS

O período de experiência é uma fase crucial tanto para os profissionais quanto para o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE). Embora um candidato possa se destacar durante o processo de seleção, são necessários alguns meses para avaliar se ele atende às necessidades e expectativas da organização. Isso envolve verificar se ele está qualificado e apto para integrar a equipe de colaboradores e desempenhar as responsabilidades inerentes ao cargo de forma excelente.

Durante essa fase, é de suma importância que o departamento de Recursos Humanos (RH) e os líderes estejam vigilantes e observem atentamente os comportamentos, personalidade, estilo de trabalho e atitudes do novo colaborador. Isso possibilita uma avaliação minuciosa e justa dessa situação. Mais do que ferramentas técnicas, a observação é crucial para determinar se o colaborador demonstrará um desempenho sólido e uma integração eficaz após a efetivação na organização. Aspectos a serem considerados incluem:

Evolução Profissional

Após a contratação, é essencial avaliar o progresso do colaborador, verificando se as habilidades e competências identificadas durante a seleção estão sendo desenvolvidas para aprimorar sua performance, aumentar a produtividade e, consequentemente, gerar resultados positivos para a Policlínica. Contar com profissionais em constante evolução contribui significativamente para o sucesso das entregas.

Pontualidade e Assiduidade

Durante o período de experiência, é fundamental observar a pontualidade e assiduidade do colaborador. Atrasos frequentes ou faltas regulares podem indicar falta de compromisso e desinteresse pelo Serviço. Embora imprevistos possam ocorrer, é importante evitar que isso se torne uma rotina.

Comportamento no Ambiente de Trabalho

Durante esse período, também é crucial avaliar o comportamento do colaborador, sua adaptação às novas rotinas e demandas, sua interação com colegas e, especialmente, sua proatividade ao executar tarefas. É importante observar se o colaborador é proativo e dedica-se a dar o seu melhor, bem como a aprender com os outros.

Adaptação às Normas e Cultura Organizacional

Outro ponto relevante é avaliar a adaptação do novo colaborador às normas, políticas e cultura organizacional. É essencial verificar se ele está seguindo os valores e regras do Serviço, como horários e prazos, por exemplo.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Comprometimento

O comprometimento do colaborador durante o período de experiência também é essencial. Isso inclui verificar se ele entrega suas tarefas no prazo, realiza suas atividades com cuidado, demonstra interesse em aprender sobre assuntos além do escopo do cargo, e busca entender as metas e objetivos do trabalho, alinhando suas próprias metas a eles.

Trabalho em Equipe e Relações Interpessoais

Nesse período, que pode durar até 90 dias, de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), é importante observar como o colaborador se relaciona com seus colegas e como ele contribui para o trabalho em equipe no setor. Avaliar esses aspectos é crucial, pois um bom relacionamento interpessoal e um trabalho em equipe eficaz contribuem para a fluidez dos processos organizacionais, auxiliando no alcance seus objetivos a curto, médio e longo prazo.

Aos 45 e 90 dias após a admissão, realizar-se-á a Avaliação de Experiência, com foco em competências. A avaliação será direta, realizada pela chefia imediata, garantindo-se o feedback ao colaborador.

O formulário será encaminhado à chefia imediata, pelo menos 15 dias antes do término dos dois períodos de experiência. Este formulário deverá retornar ao RH, devidamente preenchido, em até 5 (cinco) dias após a entrega, justificado e assinado pelos envolvidos.

A justificativa tem caráter obrigatório em casos de solicitação de desligamento caso o colaborador apresente deficiências funcionais acentuadas. Se a liderança decidir por sua demissão, ela deverá enviar juntamente com o formulário de justificativa de demissão a solicitação de vaga para a substituição do colaborador.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Sistemática de Avaliação de Desempenho

A) INTRODUÇÃO

O IPGSE conduzirá regularmente a Avaliação de Desempenho com o objetivo de avaliar tanto o desempenho individual quanto de grupos de colaboradores. Trata-se de um procedimento que engloba a identificação, diagnóstico e análise do comportamento de um colaborador ao longo de um determinado período, avaliando sua conduta profissional, competência técnica e interações com colegas de trabalho.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Serão realizadas Avaliações em intervalos de 45 e 90 dias a partir do início das atividades, além de avaliações semestrais e anuais. Relatórios serão fornecidos aos gestores e colaboradores envolvidos, oferecendo a opção de entrega tanto em formato físico quanto virtual.

A avaliação tem como propósito examinar as práticas exemplares dos colaboradores, fomentando o desenvolvimento tanto profissional quanto pessoal. O seu foco é aprimorar a execução das responsabilidades laborais no ambiente de trabalho. Adicionalmente, ela desempenha um papel fundamental como instrumento auxiliar na gestão de recursos humanos da empresa. Ela enriquece essa gestão com informações essenciais para a tomada de decisões relativas a reconhecimentos, ajustes salariais, desligamentos, necessidades de capacitação, entre outros. O procedimento de avaliação do desempenho dos colaboradores compreende, dentre outras dimensões, a comparação entre as expectativas almejadas e os resultados efetivamente alcançados. Esse processo é segmentado em várias etapas:

• Observação cotidiana do comportamento do colaborador, avaliando seus avanços e áreas de melhoria, conquistas e desafios, fornecendo feedback constante e imediato;

• Pronta identificação e resolução de problemas emergentes, visando manter um alto nível de motivação e conquista de resultados de forma contínua;

• Realização de entrevistas formais periódicas de avaliação de desempenho, durante as quais avaliadores e avaliados discutem os resultados alcançados no período em questão, redefinem metas, compromissos mútuos e, quando necessário, implementam ações corretivas.

B) PLANO DE AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS

A gestão baseada em competências transcende a simples administração, representando um meio altamente eficaz para nutrir talentos dentro das Organizações. Por meio dessa abordagem, é possível direcionar as atividades das pessoas com o propósito de forjar uma organização eficaz, aquela que alcança suas metas e objetivos delineados. Esse tópico ganha proeminência devido à sua crucial relevância para o funcionamento exemplar das Organizações.

O conceito de competência estabelece a qualificação essencial que um colaborador deve possuir para executar uma tarefa específica. As competências são classificadas em três dimensões:

• Conhecimentos (informação, compreensão do quê, entendimento do porquê);

• Habilidades (capacidades técnicas, aptidão, habilidades de como fazer);

• Atitudes (motivação para agir, identidade, resolução).

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Torna-se evidente, então, que competência ultrapassa a mera reunião de habilidades que alguém detém, abrangendo igualmente todos os valores e convicções que moldam suas ações, influenciando suas interações e orientando suas decisões.

Competências podem ser agrupadas em categorias humanas (relativas ao indivíduo) ou organizacionais (ligadas à empresa). Importante destacar que é o conjunto de competências individuais que sustenta a competência organizacional. A competência organizacional não existe sem o alicerce das competências individuais.

Nessa perspectiva, o IPGSE está constantemente em busca de indivíduos aptos a desempenhar suas funções de maneira eficaz. Isso não se limita à melhoria técnica relacionada às tarefas, mas se estende para o cumprimento competente das atividades como um todo.

No processo de desenvolvimento profissional dos colaboradores, é crucial considerar não apenas as dimensões técnicas, mas também os aspectos sociais e comportamentais inerentes ao trabalho.

Ao definirmos um perfil de competências individuais para um cargo, estamos explicitando nossas expectativas em relação ao comportamento, atitudes, habilidades e conhecimentos que os profissionais devem possuir para desempenhar seu trabalho de maneira eficiente.

Três classes de competências individuais são valorizadas e cultivadas, contribuindo de maneira substancial para a construção das competências organizacionais: competências pessoais, técnicas e gerenciais.

Ao delinear as competências individuais no âmbito do IPGSE, também se torna possível estabelecer a competência principal do IPGSE como um todo. Portanto, a competência organizacional é realizada quando os profissionais incorporam essa mesma competência.

O paradigma da gestão por competência deve ter início a partir da definição dos objetivos estratégicos fundamentados na competência principal do IPGSE. Alguns fatores cruciais devem ser considerados na formulação dos objetivos, incluindo a missão (propósito), a visão (cenário futuro desejado) e os valores (princípios éticos).

O perfil de competências desempenha um papel crucial no processo de alinhar as aptidões individuais com os propósitos estratégicos do IPGSE. Para alcançar esse fim, é imperativo estabelecer uma gestão clara e precisa, permitindo a formulação de metas e objetivos definidos, de modo a extrair ao máximo o potencial de cada profissional.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A abordagem de gestão por competências requer investimento em termos de tempo e recursos para o desenvolvimento pessoal. Isso visa assegurar que cada indivíduo contribua de maneira mais eficaz para os objetivos da organização, agregando valor tanto às pessoas quanto ao IPGSE e aos clientes-usuários.

C) AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS

A Avaliação de Desempenho por Competências se distingue da avaliação de desempenho convencional, pois associa o desempenho atual do profissional às competências essenciais para um determinado cargo.

Embora o IPGSE tenha a capacidade de recrutar, contratar e reter talentos de qualidade, é essencial implementar uma gestão eficaz por meio da Avaliação de Desempenho por Competências. Isso visa proporcionar feedback e garantir que esses profissionais estejam equipados com as ferramentas e o apoio necessários para se transformarem em ativos excepcionais.

A Avaliação de Desempenho por Competências avalia a atuação dos colaboradores, abrangendo tanto comportamentos como habilidades técnicas, e como esses fatores contribuem ou não para o alcance de metas preestabelecidas.

Esse método de avaliação permite avaliar o estágio atual de desenvolvimento de um colaborador, identificando os aspectos que precisam ser fortalecidos. Além disso, oferece uma perspectiva mais detalhada e abrangente das competências estratégicas necessárias, em linha com os objetivos organizacionais, e as exigências específicas do cargo ocupado pelo colaborador.

Essa compreensão acerca da administração de talentos serve como alicerce para embasar decisões em todas as fases, desde o recrutamento e seleção até a elaboração de planos individuais de capacitação e a movimentação em promoções, tanto na vertical quanto na horizontal.

D) PRINCIPAIS VANTAGENS

Para a Organização:

- Aprimoramento na comunicação entre gestores e colaboradores;
- Geração de documentação mais abrangente e minuciosa das avaliações, facilitando a tomada de decisões;
- Facilitação de feedbacks mais frequentes, o que resulta em solução mais ágil de problemas e em maior reconhecimento de realizações;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- Acompanhamento dos distintos níveis de competências e comportamentos dos colaboradores, contribuindo para um alinhamento mais profundo entre os valores da organização e o profissional. Isso implica que o perfil do colaborador deve estar alinhado e harmonizar com as expectativas da cultura organizacional.

Para o colaborador:

- Clareza ampliada sobre sua contribuição para os objetivos do IPGSE;
- Oportunidades mais amplas para avanço na carreira;
- Melhor entendimento sobre a razão subjacente à necessidade de desenvolver novas habilidades;
- Todas as conquistas e contribuições são registradas e permanecem acessíveis, proporcionando base para ações de reconhecimento por parte dos gestores.

E) IDENTIFICAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS

Competências Essenciais

As competências essenciais estabelecem os valores centrais e pontos fortes que auxiliam, do ponto de vista comportamental, uma organização a se destacar em um ambiente de mercado competitivo.

Competências de Liderança

Capturam a essência dos líderes eficazes e a traduzem em comportamentos tangíveis e observáveis. Isso possibilita criar e personalizar um plano de liderança com base em dimensões comerciais, pessoais e de transformação.

Competências Técnicas

Englobam a aplicação de conhecimentos e habilidades essenciais para desempenhar com eficácia uma função específica ou um conjunto de tarefas dentro da organização. Estão em sintonia com o conhecimento e as habilidades exigidas para um desempenho bem-sucedido em áreas especializadas.

Competências Gerais

As competências gerais delineiam a interseção de habilidades, motivações e atributos necessários para um desempenho eficiente em uma ampla variedade de funções dentro da organização. Também reconhecidas como habilidades interpessoais, as competências gerais desempenham um papel fundamental no sucesso profissional em praticamente todos os contextos, níveis e posições.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

GESTÃO DE DESEMPENHO COM FOCO EM COMPETÊNCIAS

Aqui estão os elementos essenciais para otimizar o plano de gestão de desempenho baseado em competências:

Definição de Metas e Competências Requisitadas

O ponto inicial é estabelecer as metas e as habilidades necessárias, englobando tanto as interações interpessoais quanto as competências técnicas relacionadas às funções. Independentemente de definir individualmente ou em equipe, é crucial que essas metas e habilidades se alinhem ao desenvolvimento das principais aptidões da organização, para respaldar a missão, visão e valores do IPGSE.

Identificação de Lacunas

Após claramente delinear o perfil de competências para cada função, é imperativo mapear as deficiências. Isso pode ser obtido por meio de pesquisas ou entrevistas, para obter uma compreensão mais precisa do nível de conhecimento de cada colaborador. Determinar o domínio das tarefas é fundamental para identificar áreas de melhoria, não somente em termos de tarefas, mas também em relação ao comportamento no ambiente de trabalho. Isso abrange compreender a rotina, avaliar se a produtividade está afetada e compreender a execução das atividades.

Um fator crucial nesse tipo de avaliação de desempenho é também a avaliação dos valores do colaborador, tanto profissionais quanto pessoais. Isso permite compreender se esses valores estão alinhados com a cultura organizacional ou se necessitam de realinhamento.

Priorização do Desenvolvimento

Após identificar as lacunas, a próxima etapa é incentivar e capacitar os colaboradores. Isso pode ocorrer por meio de treinamentos em toda a extensão do IPGSE ou em reuniões individuais. Uma maneira eficaz de fomentar a aprendizagem contínua é implementar um programa de desenvolvimento.

Monitoramento e Documentação

Esses elementos são fundamentais em qualquer avaliação de desempenho baseada em competências bem-sucedida:

- Acompanhar as Atividades de Aprendizado Contínuo proporciona insights para identificar áreas de ajuste necessárias.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

- A documentação simplificará a tomada de decisões fundamentadas em dados.

A avaliação será um processo contínuo e regular.

O IPGSE conduzirá Avaliações de Competências para analisar o comportamento de cada colaborador ao longo do tempo, avaliando a postura profissional, o conhecimento técnico e as relações com colegas de trabalho.

Serão realizadas Avaliações nos intervalos de 45 e 90 dias a partir do início das atividades, além de avaliações semestrais e anuais. Relatórios serão fornecidos aos gestores e colaboradores envolvidos, em formato físico ou virtual.

A avaliação baseada em competências desempenha um papel fundamental na administração de recursos humanos, fornecendo informações cruciais para a tomada de decisões referentes a incentivos, remuneração, desligamentos e necessidades de capacitação. O processo de avaliação inclui comparação entre expectativas e resultados, abrangendo várias etapas:

- Observação diária do comportamento do colaborador, progressos, limitações, sucessos e falhas, com feedback constante;
- Identificação e resolução imediata de problemas emergentes, visando manter um alto padrão de motivação e desempenho;
- Entrevistas formais de avaliação periódica, durante as quais avaliadores e avaliados revisam os resultados alcançados e redefinem diretrizes, compromissos e correções, se necessário.

Gerenciar pessoas implica compreender e identificar seu potencial e necessidades. A avaliação regular e objetiva é, portanto, essencial, oferecendo vantagens ao gestor, tais como:

- Avaliar o colaborador de acordo com sua faixa salarial, com base no desempenho, utilizando pontuações numéricas;
- Identificar necessidades de treinamento e embasar seleção de pessoal;
- Embasar promoções por mérito;
- Identificar colaboradores para realocação interna;
- Resolver conflitos internos de forma personalizada;
- Avaliar o progresso profissional;
- Mensurar a absorção de conhecimento de treinamentos;
- Avaliar níveis de motivação e crescimento;
- Regularmente avaliar satisfação, empenho e comprometimento.

A avaliação de desempenho será realizada pelo gestor e pelo próprio colaborador, incluindo o período de experiência de 45 e 90 dias.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Auto avaliação:

Esse é um tipo que pode ser muito vantajoso quando se tem uma equipe madura e engajada na melhoria dos resultados. Além disso, é uma excelente forma de fazer com que os colaboradores se sintam como parte importante dos processos de melhoria pretendidos pela gestão para alcançar os resultados esperados.

Na auto avaliação, o próprio colaborador é incentivado a listar suas fraquezas e pontos fortes. Em uma segunda etapa do processo, ele discute essa autoanálise com seu líder. Assim, juntos, colaboradores e gestores podem procurar as soluções para eliminar possíveis gargalos e melhorar os processos.

O uso dessa ferramenta é um estímulo para que os profissionais possam refletir sobre a sua performance, promovendo seu autoconhecimento e oferecendo a chance de eles mostrarem seu grau de amadurecimento e sua capacidade de entender os feedbacks repassados pela gestão rumo à melhoria contínua.

Um ponto de atenção para a equipe de Recursos Humanos está em verificar a imparcialidade do colaborador e do seu líder no momento da análise. É fundamental que o diálogo seja transparente e que os resultados não sejam fruto apenas do atendimento aos interesses individuais dos profissionais que participam da auto avaliação.

Avaliação de desempenho 180°

A avaliação de desempenho 180° é um meio tradicional, em que o desempenho individual do colaborador é averiguado pelo seu gestor direto, que acompanha de perto suas tarefas de rotina. Entre seus benefícios, está a garantia da padronização nos critérios de análise, o que possibilita que todos sejam avaliados sobre os mesmos tópicos.

Uma forma de minimizar problemas nesse tipo de avaliação é a calibragem de avaliação de desempenho. A partir dela, todos os relatórios são submetidos a um comitê composto pelo gestor de pessoas, por representantes do RH e por profissionais de diferentes níveis hierárquicos.

A ideia é analisar os critérios utilizados pelos líderes para deixar o nível de exigência mais uniforme e evitar a contaminação dos relatórios por problemas pessoais entre líder e liderado.

A importância do feedback

O feedback ou retroalimentação, é a principal ferramenta para a percepção dos itens avaliados, pois através dele o avaliador comunica ao avaliado sua posição. Seja ela satisfatória ou não.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Portanto, o IPGSE juntamente com a Administração da Unidade e o seu setor de Recursos Humanos, informará o avaliado e buscará aperfeiçoamento, traçando um plano de desenvolvimento.

Sendo a comunicação o mais importante para avaliar o desempenho, o feedback é a principal ferramenta para construir a união da organização e seus colaboradores, pois permite clara negociação de objetivos, portanto, todos saem ganhando quando as metas são atingidas.

Segundo Pontes (2005), para consolidar um modelo cooperativo entre a administração e os colaboradores, é necessário a construção de uma via de mão dupla, na qual ganhem a organização e os funcionários.

Todo colaborador deve ter um pleno conhecimento de sua avaliação. Através do feedback é possível que ele mesmo trace metas para alcançar seus objetivos pessoais. Através do feedback o colaborador poderá planejar o seu futuro dentro da organização, atingindo suas expectativas.

SUGESTÕES DE CONDUTAS PARA COMBATER O ABSENTEÍSMO DOS COLABORADORES E ESTIMULAR A PRODUÇÃO

Sucintamente absenteísmo é o quantitativo de faltas ou atrasos dos colaboradores. Se em qualquer empresa isso já é um problema, em um ambiente de saúde, uma ausência inesperada de um colaborador, maximiza e muito a problemática da questão.

Essa ausência, por vezes se dá por adoecimento do servidor (motivos alheios ao trabalho ou até por questão de saúde ocupacional). Não só por doença isso ocorre, existem também os motivos de ordem legal, tais como: casamento, luto, doação de sangue, acompanhamento de dependente em médico, etc.

Uma cultura de engajamento, com práticas gerenciais bem delineadas e que combate o comportamento prejudicial é a prática a ser adotada pelo IPGSE junto aos colaboradores da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS.

A primeira ação é a identificação dos fatores que motivam o absenteísmo, tais como ausência de reconhecimento, sensação de não ser desafiado no ambiente laboral, excesso de carga de trabalho trazendo sensação de sobrecarga, ausência de um líder capacitado (tecnicamente e em habilidades de gestão), ruídos e falhas na comunicação interna.

No IPGSE, buscamos manter uma atenção constante às rotinas de trabalho, identificando oportunidades de aumentar o engajamento e a satisfação dos colaboradores em relação às suas atividades. Utilizamos abordagens de gestão humanizada e valorizamos a escuta ativa para

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

avaliar mudanças, queixas e sugestões dos colaboradores, a fim de implementar ações que agregam valor.

Com o objetivo de promover uma parceria sólida e reforçar os laços com a equipe, os gestores da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS serão orientados a realizar reuniões regulares com seus times. Além disso, a área de gestão de pessoas promoverá diversos fóruns e reuniões, com a finalidade de ouvir tanto líderes quanto colaboradores. Esse esforço visa engajar todos os envolvidos na identificação dos desafios enfrentados e na busca de soluções benéficas para a instituição.

Para o IPGSE a motivação do colaborador é fator decisivo e buscado continuamente. A gestão humanizada, motivadora, acolhedora e estimulante possibilita um ambiente propício para a satisfação profissional.

Ademais, ouvir o colaborador, lhe dando voz, permite que o mesmo se sinta ouvido e que suas demandas (quando justas) sejam acolhidas, minimizando assim o absenteísmo.

CONHECER PARA ENFRENTAR:

É preciso conhecer as razões de ausências para criar mecanismos de enfrentamentos a elas. Para isso é preciso aferir as causas e montar estratégias de controle.

O papel do gestor na identificação da raiz do absenteísmo, no conjunto dos servidores sob sua responsabilidade, é extremamente relevante para o encaminhamento da possível solução.

Observa-se que um conjunto de causas desse absenteísmo pode ficar claro numa relação de confiança entre o colaborador e a sua chefia imediata. Vejamos algumas dessas causas:

CONFLITOS PESSOAIS QUE AFETAM O DESEMPENHO - orientar a busca de apoio profissional;

SENSAÇÃO DE CONSTANTE OBSERVAÇÃO - rever procedimentos de rotina;

AUSÊNCIA DE RECONHECIMENTO - desenvolver postura de valorização;

ASSÉDIO MORAL - buscar identificar tais procedimentos;

PRESSÃO NO TRABALHO E EXCESSO DE RESPONSABILIDADES - rever rotinas e roteiros e distribuição de tarefas;

ORIENTAÇÕES CONTRADITÓRIAS NA EXECUÇÃO DE TAREFAS - normatizar e disponibilizar orientações;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

ESTABELECIMENTO DE METAS INATINGÍVEIS - discutir com a equipe, periodicamente, as condições de viabilidade de alcance das metas e buscar sugestões;

INFRAESTRUTURA INADEQUADA PARA O AMBIENTE DE TRABALHO - discutir com a equipe e encaminhar solicitações aos setores competentes;

DIFICULDADE NOS RELACIONAMENTOS ENTRE A CHEFIA E OS SUBORDINADOS - desenvolver dinâmicas com o auxílio da psicologia e RH, realizar reuniões para esclarecimento de situações de insatisfação no trabalho, tendo em vista o clima organizacional;

SITUAÇÕES COMPLICADORAS CAUSADAS PELA EMPRESA - reuniões periódicas, para evitar acúmulo de insatisfações;

PROBLEMAS LIGADOS À SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR - buscar auxílio da psicologia, para a melhor abordagem e encaminhamento para ajuda profissional;

QUALIDADE DE VIDA - valorização do colaborador, o que gera motivação para buscar as metas e investir na empresa. Colaborador mais saudável e menos estressado, diminuindo os afastamentos temporários por estes motivos.

COMUNICAÇÃO EFETIVA

Investimos em canais de comunicação porque reconhecemos que isso contribui para reduzir ruídos e promover uma conexão mais natural dos colaboradores com a estratégia da empresa. Ao oferecer a oportunidade de serem ouvidos e bem informados, aumentamos as chances de que o trabalho seja executado com excelência, proporcionando maior segurança para a POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS.

Nesse sentido, o IPGSE está comprometido com a implementação de ações como comitês, grupos de discussão, redes sociais, entre outras iniciativas. Essas práticas envolvem os colaboradores e os incentivam a atuar como disseminadores de notícias, eventos e ações, acelerando a circulação eficiente das informações.

AMBIENTE DE TRABALHO

Vamos criar um ambiente de trabalho saudável, reconhecendo sua importância fundamental para manter a produtividade, reter talentos e reduzir o absenteísmo. Colaboradores que não se sentem à vontade no ambiente de trabalho e enfrentam desafios interpessoais devido a uma gestão inadequada não podem contribuir plenamente e tendem a faltar para evitar conflitos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Para promover um cenário propício ao desenvolvimento e à motivação da equipe para alcançar resultados excelentes, adotaremos a prática regular de pesquisas de clima organizacional. Essa abordagem nos permitirá identificar os pontos fortes e as oportunidades de aprimoramento da instituição na perspectiva dos colaboradores, possibilitando o destaque do que traz satisfação e o planejamento de ações para enfrentar ou resolver desafios e problemas na POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO:

Uma estratégia de enfrentamento bastante usual e muito eficaz é a bonificação por assiduidade do colaborador, atribuindo-lhe uma importância pecuniária junto ao seu salário, como "prêmio" por ter cumprido sua carga horária na totalidade.

O aniversário também é uma data em que, via de regra, as pessoas não desejam passar trabalhando, deste modo, criar uma bonificação com folga no dia do aniversário, é ação eficaz para estimular a assiduidade dos colaboradores.

Ademais, nos processos de promoção, será levado em conta atrasos e faltas como critério de classificação, gerando assim entre os colaboradores a noção de que para crescer na unidade é necessário ser diligente com sua carga horária.

TIPOS DE ABSENTEÍSMO:

Absenteísmo voluntário: é a falta do colaborador por motivos alheios, não justificados e nem amparados por lei;

Absenteísmo por doença: ausências justificadas pela doença ou necessidade de intervenções do colaborador;

Absenteísmo por doença laboral: faltas explicadas por acidente de trabalho ou doença laboral;

Absenteísmo compulsório: definido como impedimento de comparecer ao trabalho, ainda que por motivo alheio à sua vontade, tais como prisão e suspensão administrativa.

TÉCNICAS PARA ESTÍMULO DA PRODUTIVIDADE:

Educação continuada (treinamento de equipe)

Quando uma equipe sabe bem as suas funções e o que é necessário fazer, ela se sente mais confiante e consequentemente deslancha e se torna bastante produtiva. Por isso, faremos constantes treinamentos com a equipe.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Documentando os aprendizados de cada processo

Quando erramos em algo, é quase automático nos sentirmos frustrados. Mas devemos lembrar que cada erro gera um aprendizado, e para que isso fique claro, devemos documentar quais foram esses aprendizados, e onde podemos melhorar para evitar que o erro se repita.

Quando tudo isso é documentando, fica fácil gerenciar o processo na unidade e tornar qualquer erro, fator de ser ainda mais produtivo.

Desenvolvimento de fluxos:

O fluxo do trabalho é a lógica dos processos da equipe. Por exemplo, se determinada atividade começa em uma equipe e termina em outra. Será que esse fluxo está funcionando ou está gerando retrabalho?

Se essa atividade estiver gerando atrasos, é preciso entender qual é o gargalo no processo, e então montar um plano de ação para resolver esse problema. Ir testando algumas formas até tornar o trabalho ágil e eficiente para todos.

Incentivos e ambiente acolhedor:

Como já mencionado, o estímulo por meio de incentivos, sejam eles financeiros, de reconhecimento ou de algum benefício como uma folga, é um estímulo ao aumento da produtividade.

Além disso o ambiente de trabalho humanizado e acolhedor, permite ao colaborador se sentir confortável, e com bem-estar de modo que a produção aumentada se torna um fator natural nesse processo.

Incentivos de Carreira com Foco em Competências

A previsão de incentivos, melhorias na carreira e progressão ocorrerão utilizando-se a análise da Avaliação de Desempenho do ano corrente, o progresso e o histórico funcional. Para casos de carreira e progressão, será considerada, também, a análise de compatibilidade dos pré-requisitos do colaborador e da vaga.

Para todos os casos, o mínimo de tempo exigido pelo RH é que o colaborador tenha pelo menos 03 (três) meses de permanência no cargo atual, na condição de contrato por tempo indeterminado ou determinado.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3.5.4 Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças).

Cada vez mais, as instituições estão reconhecendo que o ativo mais valioso de um negócio são seus colaboradores. Portanto, as responsabilidades do departamento de Recursos Humanos vão muito além de simples contratações e demissões, abrangendo aspectos como o desenvolvimento de carreiras, treinamentos, formulação de estratégias e muito mais.

Os métodos ultrapassados, pilhas de documentos em papel e processos manuais já não conseguem acompanhar a dinâmica desse setor nas instituições modernas. Diante de tantas tarefas cruciais, a priorização do fechamento de processos já não pode ser a principal preocupação de um departamento tão estratégico.

Enquanto algumas organizações ainda levam quase uma semana para concluir essa tarefa, outras que adotaram a automação na gestão de pontos conseguem realizá-la em apenas um dia. Isso evidencia que as empresas atualizadas ganham uma vantagem competitiva significativa.

Portanto, é crucial que as instituições compreendam que o investimento em modernização e automação dos processos de Recursos Humanos não apenas agiliza as operações, mas também fortalece a sua posição no mercado, garantindo uma gestão mais eficaz de seus ativos mais valiosos: seus colaboradores.

Estrita observância à legislação:

A execução das tarefas relacionadas aos procedimentos de contratação, registro, elaboração da folha de pagamento, gestão de férias e término de contratos, juntamente com todas as obrigações legais necessárias para manter o emprego do colaborador, serão realizadas de acordo com as leis e respeitando os princípios fundamentais do direito, conforme estabelecido na CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e nas convenções coletivas das diversas categorias profissionais. O objetivo das relações trabalhistas e dos acordos estabelecidos com os trabalhadores e sindicatos é reduzir os riscos de litígios e possíveis passivos trabalhistas. A rigidez no controle e no cumprimento dos prazos legais para o pagamento de benefícios e encargos é fundamental na conduta do departamento.

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis seguirá as diretrizes estabelecidas na portaria 1510 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) para implementar o sistema de registro de ponto eletrônico. Isso envolve o uso de um dispositivo e software de

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

registro de ponto eletrônico que são seguros e aprovados pelo MTE. Esse sistema permite que os colaboradores gerem comprovantes de suas marcações de entrada, intervalos e saída sempre que realizarem um registro. É responsabilidade dos colaboradores fazer esses registros de acordo com a escala de trabalho mensal, seguindo estritamente os horários estabelecidos.

CONTROLE EM TEMPO REAL

Este sistema permite que o gestor esteja sempre atualizado sobre o desempenho de sua equipe, incluindo informações sobre a pontualidade e as horas extras realizadas. Todas essas informações são acessíveis de maneira rápida e conveniente, podendo ser acessadas online, em qualquer lugar e a qualquer momento.

O sistema proposto pelo IPGSE adota o reconhecimento biométrico, eliminando possíveis fraudes e reforçando ainda mais a segurança em um ambiente tão crítico como a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

Além disso, em consideração à segurança das informações do parceiro público, neste caso, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), esse sistema proporciona uma camada adicional de segurança para os documentos em caso de auditoria.

RELATÓRIOS GERENCIAIS E INDICADORES

Quando os dados ainda são manuais, os relatórios costumam ser desatualizados e despendem muito tempo para gerar os indicadores. Em sistemas automatizados como o proposto pelo IPGSE, tanto relatórios, gráficos quanto indicadores estão sempre com as últimas informações registradas, prontos para serem utilizados na tomada de decisão.

CONTROLE DE PESSOAL

INFORMAÇÕES GERAIS

A adoção da Planilha de Escalas de Trabalho é uma importante medida de controle que auxilia na visualização dos profissionais escalados mensalmente.

A planilha proporciona uma visão clara e organizada das escalas de trabalho de toda a equipe, permitindo que os gestores e funcionários vejam facilmente os horários de trabalho. Ela facilita ainda a programação de turnos, folgas e férias, possibilitando um planejamento mais eficiente da força de trabalho.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Seu uso contribui para evitar erros de agendamento, como sobreposição de horários ou falta de pessoal em momentos críticos, além de facilitar o monitoramento das horas extras trabalhadas ajudando a evitar custos desnecessários.

A planilha pode ser facilmente ajustada para acomodar mudanças na demanda ou na disponibilidade dos funcionários, apoiando a comunicação entre os membros da equipe, pois todos têm acesso às escalas atualizadas.

Sua utilização contribui para garantir que a organização esteja em conformidade com regulamentações trabalhistas, como limites de horas de trabalho e descansos obrigatórios, otimizando a distribuição de tarefas e horários de trabalho, e subsidiando para uma melhor gestão do tempo e maior produtividade.

ESCALAS DE TRABALHO

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis estabelece regras gerais tanto para compor as escalas de profissionais da saúde, quanto dos profissionais de apoio.

Nessa perspectiva, há que se considerar que, na relação entre empregado e empregador, existem obrigações dos dois lados.

Para o empregado, há a necessidade de um período de descanso e demais afazeres, indispensáveis para qualquer ser humano. Portanto, há previsão legal dos intervalos Inter e intrajornada, previstos no Art. 66 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. O primeiro, faz referência a um período de descanso entre o final de uma jornada de trabalho e início de outra, já o segundo, refere-se às pausas que ocorrem dentro da jornada de trabalho, como a hora da alimentação, do repouso, dentre outros.

As escalas de trabalho mensais serão criadas pela supervisão direta, seguindo os limites e regulamentos estipulados por lei, conforme mencionado anteriormente. Essas escalas serão apresentadas ao departamento de Recursos Humanos com pelo menos 15 dias de antecedência ao início do mês em questão. Dessa forma, o funcionário terá conhecimento de seus horários e dias de folga com pelo menos 10 dias de antecedência.

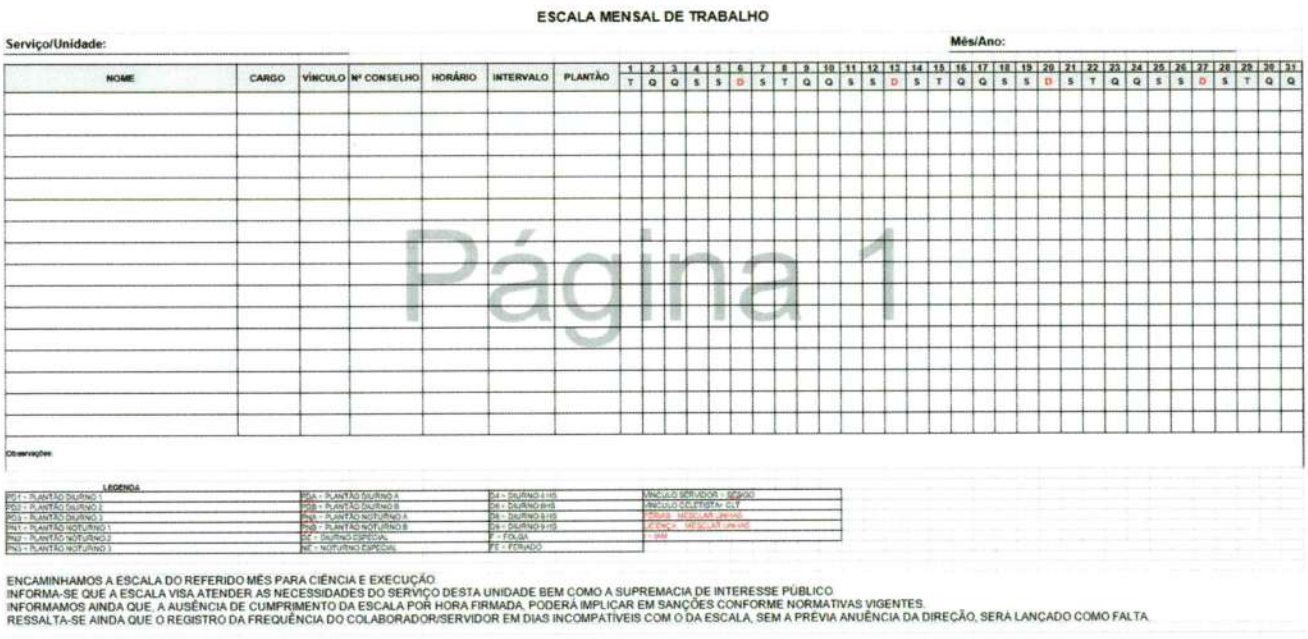
A troca de turno (horário de trabalho ou dia de serviço) com um colega será permitida apenas em casos de extrema necessidade e deve obedecer a determinadas condições. A primeira condição diz respeito à troca de serviço, que deve ocorrer entre o primeiro e o último dia do mês da troca, visando facilitar o acompanhamento do funcionário e a garantia do cumprimento da carga horária mensal. A segunda condição está relacionada ao pedido de troca, que deve ser

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

feito com um mínimo de 72 horas de antecedência e mediante o preenchimento completo de um formulário específico para trocas de turno, contendo justificativa e assinatura de ambos os funcionários envolvidos.

A terceira condição diz respeito à aprovação da solicitação de troca, que só ocorrerá se autorizada pelo responsável pelo setor e área, além da aprovação da diretoria competente, que encaminhará o pedido ao departamento de Recursos Humanos. Em caso de falta no turno que o funcionário se comprometeu a cobrir para o colega, o funcionário faltoso será responsabilizado e sofrerá o desconto correspondente em seu salário.

MODELO DE ESCALA DE TRABALHO:



ESCALA MENSAL DE TRABALHO

Serviço/Unidade: Mês/Ano:

NOME	CARGO	VÍNCULO	Nº CONSELHO	HORÁRIO	INTERVALO	PLANTÃO	1 T	2 Q	3 Q	4 S	5 S	6 D	7 S	8 T	9 Q	10 Q	11 S	12 S	13 D	14 S	15 T	16 Q	17 Q	18 S	19 S	20 D	21 S	22 T	23 Q	24 Q	25 S	26 S	27 D	28 S	29 T	30 Q	31 Q

Página 1

Observações:

LEGENDA

PD1 - PLANTÃO DIURNO 1	PDA - PLANTÃO DIURNO A	DJ - DIURNO 6 HS	VÍNCULO SERVIDOR - SERGIO
PD2 - PLANTÃO DIURNO 2	PDB - PLANTÃO DIURNO B	D6 - DIURNO 6HS	VÍNCULO CELETISTA - CLT
PD3 - PLANTÃO DIURNO 3	PNA - PLANTÃO NOTURNO A	D8 - DIURNO 8 HS	FÉRIAS - REGULAR (JAN/ANO)
PN1 - PLANTÃO NOTURNO 1	PNB - PLANTÃO NOTURNO B	D9 - DIURNO 9 HS	LICENÇA - REGULAR (JAN/ANO)
PN2 - PLANTÃO NOTURNO 2	SE - DIURNO ESPECIAL	F - FOLGA	I - IAM
PN3 - PLANTÃO NOTURNO 3	NE - NOTURNO ESPECIAL	FE - FERIADO	

ENCAMINHAMOS A ESCALA DO REFERIDO MÊS PARA CIÊNCIA E EXECUÇÃO.
INFORMA-SE QUE A ESCALA VISA ATENDER AS NECESSIDADES DO SERVIÇO DESTA UNIDADE BEM COMO A SUPREMACIA DE INTERESSE PÚBLICO.
INFORMAMOS AINDA QUE, A AUSÊNCIA DE CUMPRIMENTO DA ESCALA POR HORA FIRMADA, PODERÁ IMPLICAR EM SANÇÕES CONFORME NORMATIVAS VIGENTES.
RESSALTA-SE AINDA QUE O REGISTRO DA FREQUÊNCIA DO COLABORADOR/SERVIDOR EM DIAS INCOMPATÍVEIS COM O DA ESCALA, SEM A PRÉVIA ANUÊNCIA DA DIREÇÃO, SERÁ LANÇADO COMO FALTA.

Figura 187 - Escala Mensal

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Eu_____, colaborador (a) da unidade/serviço _____, função_____solicito troca de plantão do dia ____/____/____, a ser realizado pelo colaborador (a) _____, e compensado por mim no dia _____/_____/_____ .

Justificativa:_____

_____ _____

Solicitante Solicitado

_____

Responsável pela Unidade/Serviço

Figura 188 - Autorização de Remanejamento

Para a adiantamento de horários, atrasos e saídas, é permitida uma margem de até 10 minutos por dia. Qualquer situação excepcional deve ser explicada em um formulário específico para o tratamento do registro de ponto. Os colaboradores que estejam de sobreaviso, conforme estabelecido na escala, devem registrar seus horários de chegada e partida sempre que forem chamados para comparecer a Policlínica. Da mesma forma, para os colaboradores que realizarem horas extras, estas só podem ocorrer mediante autorização prévia do responsável pelo setor e área, com uma justificativa apropriada.

JUSTIFICATIVA PARA NÃO MARCAÇÃO DO PONTO ELETRÔNICO

Colaborador:

Serviço/Unidade:

☐ Marcação **não efetuada** – Data:____/____/____

☐ Marcação **efetuada indevidamente** – Data:____/____/___

Horário da **Não Marcação** / **Marcação Indevida** (horário a ser registrado ou cancelado):

☐Entrada – ____:____h ☐ Término do Intervalo – ____:____h

☐Início do Intervalo – ____:____h ☐ Saída – ____:____h

Justificativa para **não marcação**:	Justificativa para **marcação indevida**:
☐ Problema no Ponto ☐Esquecimento	☐ Marcação em duplicidade
☐ Falha na Digital	☐ Marcação em horário indevido
☐ Atendimento no Setor	☐
☐ Outros_____	

Figura 189 - Justificativa para não marcação

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

JUSTIFICATIVA PARA NÃO MARCAÇÃO DO PONTO ELETRÔNICO

	Outros_____

Declaro que as informações acima são verdadeiras, preenchidas por mim, com a finalidade de justificar a não marcação / marcação indevida no SREP (Sistema de Registro Eletrônico de Ponto)

___/___/___ Data | Assinatura Colaborador | Assinatura Supervisor

Figura 190 - Justificativa para não marcação

APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA AFASTAMENTOS (FÉRIAS E LICENÇAS) EM UMA UNIDADE HOSPITALAR

INTRODUÇÃO

O absenteísmo, uma questão que persiste desde a fundação das empresas, pode ser desafiador de abordar, dado que os funcionários frequentemente têm o hábito de faltar sem justificativa adequada. No entanto, a área de Recursos Humanos, comprometida com sua missão contínua, deve constantemente avaliar esse processo e desenvolver estratégias para intervir nesse cenário, que flutua diariamente. Dado que algumas tarefas têm um alto valor no serviço, a ausência do colaborador pode afetar a organização, especialmente quando é essencial que este profissional esteja presente no trabalho. Qualquer redução nesse índice pode causar problemas na gestão do trabalho.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

O absenteísmo envolve a ausência dos colaboradores devido a faltas injustificadas, justificadas, atrasos, férias e afastamentos. Embora a maioria das ausências seja justificada por atestados médicos, nem todas são necessariamente causadas por motivos médicos. Quando ocorrem faltas injustificadas em ausência de controle adequado do absenteísmo, medidas podem ser tomadas.

Faltas leves, como atrasos e saídas antecipadas podem resultar em advertências, podendo em caso de reincidência levar a medidas mais severas no futuro, como suspensões ou até mesmo desligamento. O Artigo 482 da CLT, o qual lida com rescisão contratual por justa causa, imputa ao colaborador que comete falta grave rigorosas punições.

Ao identificar o absenteísmo e suas causas, é possível abordá-lo de diversas maneiras. Isso inclui fornecer feedback aos colaboradores, reconhecimento em equipe, bonificações por assiduidade, prioridade na escolha de férias e implementação de ações disciplinares quando necessário.

Os líderes devem implementar um controle mais efetivo do absenteísmo, desenvolvendo métodos para aumentar a assiduidade dos colaboradores e aplicar medidas disciplinares para manter um padrão consistente. Também podemos estabelecer regras e procedimentos, responsabilizando e advertindo aqueles que não cumprem com suas obrigações.

Devido ao impacto negativo que a redução inesperada da força de trabalho pode causar, a assiduidade se torna um elemento fundamental em todas as empresas. As faltas são consideradas problemas organizacionais, e, portanto, o absenteísmo deve ser controlado por meio de ferramentas que abordem questões legais, incentivando o compromisso dos colaboradores com a presença no trabalho diário.

Para promover a assiduidade, é necessário considerar a possibilidade de bonificar os funcionários por bom desempenho e aplicar advertências por condutas inadequadas. Essas práticas visam reduzir as taxas de absenteísmo, garantindo a presença dos colaboradores, reduzindo a sobrecarga de tarefas, minimizando o estresse e mantendo um fluxo eficaz das atividades diárias. A seguir, serão apresentados critérios que podem ser considerados para o planejamento e aprovação de afastamentos em um ambiente hospitalar.

Prioridade Baseada nas Necessidades de Atendimento: A necessidade de garantir a continuidade do atendimento médico aos pacientes deve ser o principal critério. Avalie a distribuição dos profissionais em cada equipe, especialidade e setor, priorizando afastamentos que causem menor impacto nas operações diárias.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Antecedência na Solicitação: Estabeleça um prazo mínimo para solicitação de afastamentos, permitindo que a administração possa planejar os recursos humanos adequadamente. Isso evita sobrecargas e permite ajustes na escala de trabalho.

Equilíbrio na Distribuição: Evite que um grande número de profissionais de uma mesma equipe ou setor esteja ausente simultaneamente. Mantenha um equilíbrio para que o atendimento não seja comprometido.

Registro de Histórico: Mantenha um registro dos afastamentos anteriores de cada colaborador, considerando suas solicitações anteriores, períodos e motivos. Isso pode ajudar na tomada de decisão ao analisar solicitações futuras.

Motivo do Afastamento: Avalie o motivo do afastamento. Licenças médicas, por exemplo, podem ter prioridade sobre férias regulares. Casos de doenças contagiosas também devem ser tratados de forma especial para evitar a disseminação.

Capacitação e Treinamento: Considere a participação em treinamentos e capacitações ao planejar os afastamentos. Busque minimizar o impacto ao aproveitar períodos de menor demanda.

Rotação de Equipe: Promova uma rotação justa nas solicitações de férias para que todos os colaboradores tenham a oportunidade de usufruir de períodos de descanso.

Cobertura por Profissionais Temporários: Em casos de afastamentos mais longos, avalie a possibilidade de contratar profissionais temporários para garantir a continuidade do atendimento e minimizar o impacto.

Análise das Causas de Afastamentos Frequentes: Monitore e analise os afastamentos frequentes de um mesmo colaborador. Se houver um padrão, investigue as causas e busque soluções para melhorar a saúde e o bem-estar do profissional.

Comunicação Transparente: Mantenha uma comunicação transparente com os colaboradores sobre os critérios de afastamento, os procedimentos de solicitação e os motivos que podem influenciar as decisões. Lembre-se de que a flexibilidade e o bom senso também são importantes. Cada situação pode ter suas particularidades, e a capacidade de adaptação às circunstâncias específicas é fundamental para a gestão eficaz dos afastamentos em uma unidade hospitalar.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

PROGRAMA DE ACOLHIMENTO

APRESENTAÇÃO

O programa de acolhimento em uma Policlínica pode reduzir os afastamentos ao promover o bem-estar dos funcionários, fornecendo suporte emocional e treinamento adequado. Isso melhora a satisfação no trabalho, reduzindo o estresse e contribuindo para a prevenção de problemas de saúde relacionados ao trabalho, como o esgotamento profissional. Diante do início de qualquer profissional em uma Instituição, há o desconhecimento, sobretudo das normativas e estrutura organizacional, além de desconhecer também os processos de trabalho já estabelecidos.

Essa lacuna na formação do novo trabalhador afeta negativamente o serviço como um todo, frustrando as expectativas da equipe que o aguarda e as deste em relação ao novo serviço que inicia. É no sentido de encontrar caminhos e mecanismos para a melhor integração dos novos profissionais à Unidade que, será traçado neste programa, estratégias de acolhimento para o profissional que inicia suas atividades nesta Instituição, proporcionando-lhe um espaço de apreensão de conhecimento nos âmbitos operacionais e comportamentais, para que o mesmo desenvolva uma visão contextualizada da Instituição e, após este processo de informação, possa sentir-se parte integrante e responsável pelo seu fazer e de seu local de trabalho.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Desenvolver ações que facilitem o acolhimento do novo profissional na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, possibilitando ao profissional conhecer a estrutura, os valores e as normas da Instituição a qual passa a fazer parte, conhecer ainda as expectativas da organização em relação a ele, às suas atribuições e ao seu papel nos processos de trabalho, permitindo ao recém-admitido prestar um atendimento com qualidade aos usuários do SUS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I – Promover o acolhimento e integração dos profissionais;

II – Buscar uma melhor relação entre funcionário e a Instituição, diminuindo os temores e ansiedades que são vivenciados pelos recém-admitidos;

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

III - Possibilitar ao recém-admitido informações sobre visão, missão, diretrizes organizacionais, normas e procedimentos da instituição, os benefícios que ela oferece, além de informações sobre a gestão de pessoas, avaliação do desempenho e remuneração;

IV - Facilitar a adaptação do recém-admitido às rotinas, competências, atividades a serem desenvolvidas e aos procedimentos de segurança padronizados e exigidos de cada setor;

V - Proporcionar uma melhor adaptação do profissional à equipe de trabalho.

JUSTIFICATIVA

Sabe-se que a forma como a instituição recebe seus novos funcionários e os integra à sua cultura, ao seu contexto e ao seu sistema de trabalho, é muito importante porque traz em seu bojo os elementos que contribuirão para definir o desempenho do novo funcionário. Os principais objetivos a serem alcançados pela integração são redução da ansiedade das pessoas, redução da rotatividade, economia do tempo e adequação das expectativas à realidade da empresa.

A rotatividade no quadro de trabalhadores de saúde representa um grande problema enfrentado principalmente pelos Gestores de Enfermagem e implica, significativamente, na qualidade do cuidado e também nos custos para a organização. A perda de profissionais experientes afeta o nível de cuidado prestado e aumenta o investimento necessário à admissão de um novo trabalhador. Reter e comprometer os profissionais em seus postos de trabalho, manter a qualidade da assistência, promover motivação e envolvimento aos novos funcionários, proporciona ganho tanto para o campo institucional quanto para o individual, diminuindo custos na contratação e treinamento.

Assim, faz-se necessário a criação de estratégias para o aumento do grau de satisfação dos profissionais em relação ao treinamento recebido para a execução do trabalho e do acompanhamento da chefia em relação ao trabalho.

Ao facilitar a adaptação do novo funcionário, a instituição eleva as chances de sucesso na contratação realizada, aumentando a capacidade de resposta do funcionário para atender às necessidades do serviço de maneira mais rápida e autônoma sobre seu trabalho, estimulando o relacionamento mais próximo e saudável entre ele e a equipe.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

O Programa de Acolhimento justifica-se na busca de proporcionar ao profissional o sentir-se parte integrante e responsável pelo seu fazer e de seu local de trabalho auxiliando na maior assertividade do processo seletivo.

PÚBLICO-ALVO

Os profissionais recém-admitidos de todos os vínculos que desempenharão suas atividades na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

AÇÕES

O Programa de Acolhimento da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis será desenvolvido pela Gerência de Recursos Humanos, a qual será composta por dois profissionais que coordenarão as ações e treinamentos, utilizando o corpo clínico e profissionais da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis para o desenvolvimento do acolhimento dos novos profissionais, devendo o mesmo ser implementado nas seguintes linhas de ação:

ACOLHIMENTO INICIAL

Finalidade: receber o funcionário e fornecer informações iniciais relevantes sobre a Instituição da qual passa a fazer parte.

Responsáveis: Recursos Humanos em parceria com o SESMT (Serviço Especializado em Saúde e Medicina do Trabalho) local, experiência da área de atuação do novo profissional.

Atribuições de cada setor

Recursos Humanos

a) apresentar ao funcionário informações iniciais relevantes sobre a Instituição, suas normas e diretrizes de forma objetiva e sucinta;

b) responsável pela conferência da documentação necessária para a instrução do dossiê funcional e pelos cadastros biométricos para o acesso à Unidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

c) apresentar ao recém-admitido para ciência, termo de comprometimento e recebimento do kit acolhimento:

Regulamentação de Trabalho;
Normas Gerais de Funcionamento;
Folders explicativos: NR32 e Ergonomia e bloco de anotações;
Descrição do cargo que ocupará e carta de orientação sobre o acesso eletrônico ao seu Perfil de Competências exigidas.
d) responsável pelo encaminhamento do funcionário ao Gestor de sua área de atuação e ao SESMT local.

SESMT

Local Responsável em fornecer informações inerentes à NR 32 e demais temas inerentes à Segurança e Medicina no trabalho.

Gestor do setor de lotação (chefia imediata)

a) responsável na habituação, orientação e acompanhamento do profissional quanto às atividades a serem desenvolvidas e às rotinas e procedimentos adotados no setor.

b) responsável na criação de procedimento padrão para o acompanhamento inicial do profissional recém-admitido, contemplando os conhecimentos necessários sobre os procedimentos de segurança e rotinas padronizadas adotadas em cada setor.

TREINAMENTO INTRODUTÓRIO

Finalidade da ação

Proporcionar aos novos profissionais um conjunto de orientações que objetivem promover a integração ao seu contexto de trabalho, instrumento desenvolvido para auxiliar os profissionais na assimilação de princípios, valores, objetivos, normas e conceitos pertinentes à organização.

Responsável

Ação implementada pelo Recursos Humanos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Recepção ao evento

Os novos profissionais receberão cartão de boas-vindas com a descrição da Missão, Visão e Valores da Instituição.

Metodologia

Realização de palestras com informações pertinentes à: Estrutura Organizacional, Humanização, Controle de Infecção, Gestão da Qualidade, Educação Continuada e Projetos, Recursos Humanos e Regulação em Saúde/SUS.

Competências a serem trabalhadas

Assimilação de princípios, valores, objetivos, normas e conceitos pertinentes à organização.

Objetivo

Instrumentalizar a socialização organizacional dos recém-admitidos.

Público-alvo

Novos funcionários do IPGSE.

Carga horária

06 horas.

Periodicidade

Grupos quinzenais para os profissionais admitidos no período.

TREINAMENTO INICIAL PARA O EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES

Finalidade

Promover a formação e a integração inicial de novos funcionários, facilitando a adaptação do recém-admitido às rotinas, competências, atividades a serem desenvolvidas e aos procedimentos de segurança exigidos de cada setor, para o atendimento das necessidades do serviço de maneira mais rápida, autônoma e segura, e ainda estimular o relacionamento mais próximo e saudável entre o novo profissional e a equipe.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Responsáveis

Ação implementada pelo Gestor da área de lotação do novo profissional.

Competências a serem trabalhadas

a) orientação e acompanhamento do profissional quanto às atividades a serem desenvolvidas, rotinas e procedimentos adotados no setor;

b) criação de procedimento padrão para o acompanhamento inicial do profissional recém-admitido, promovendo os conhecimentos necessários sobre os procedimentos de segurança e rotinas padronizadas em cada setor;

Metodologia

a) Os profissionais passarão pelo Treinamento Inicial para o Exercício das Funções composto por um programa teórico-prático estruturado para atender as necessidades de cada seção, conduzido pelo setor de Educação Permanente e pela gerência de lotação do novo funcionário. (Duração mínima de 7 dias).

b) Orientação e acompanhamento por profissional mais experiente. O funcionário será acompanhado pelo Supervisor da área. O treinamento deverá ser estruturado de acordo com as peculiaridades de cada área de modo a proporcionar ao funcionário maior segurança no desempenho das funções inerentes ao cargo. As atividades serão realizadas gradativamente, conforme o desempenho demonstrado no dia a dia.

Objetivos

a) preparação desse novo profissional para a aplicação prática dos conhecimentos às atividades inerentes ao seu cargo;

b) orientação e acompanhamento do novo funcionário quanto às atividades a serem desenvolvidas, rotinas, protocolos e procedimentos adotados no setor;

c) treinamento sobre políticas e protocolos institucionais: política de gerenciamento de riscos, protocolo de higienização de mãos, identificação do paciente, prevenção de quedas, prevenção de úlcera por pressão.

Público-alvo

Novos profissionais.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Carga horária

O treinamento a ser definido conforme as necessidades de cada Gestor e quantidade de participantes por turma, deverá ter uma programação mínima de 7 dias, com carga horária mínima de 42 a 60 horas.

Periodicidade

De acordo com a admissão de novos profissionais.

Resultados esperados

Os resultados esperados serão norteados pela melhora dos requisitos de conhecimento, atitudes, habilidades e eficácia organizacional:

a) melhor adaptação do novo funcionário às rotinas e competências exigidas ao desempenho de suas funções;

b) maior compreensão da importância do emprego dos protocolos em serviços de saúde da rede pública na construção do processo de trabalho e do modelo de atenção em saúde, com o estabelecimento de uma aprendizagem significativa;

c) utilização efetiva dos protocolos institucionais no dia a dia;

d) diminuição da rotatividade e de custos com seleção de pessoal.

Avaliação

A avaliação do treinamento em serviço será realizada por meio de instrumentos padronizados:

a) avaliação inicial do funcionário: onde se mede o nível de conhecimento pré-existente do profissional;

b) avaliação do Supervisor imediato com 45 dias de experiência (contratação) (pós treinamento): avaliação de desempenho estruturada de acordo com as competências organizacionais e técnicas de cada função;

c) avaliação do Supervisor imediato com 90 dias de experiência (contratação): avaliação de desempenho estruturada de acordo com as competências organizacionais e técnicas de cada função, porém com grau de complexidade mais elevado alinhamento dos resultados com as necessidades de desenvolvimento dos treinandos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

A avaliação do Programa ocorrerá por meio do controle de indicadores específicos realizados anualmente:

Média do aproveitamento teórico prático do treinamento admissional da equipe (avaliação inicial), avaliação do Gestor com 45 e com 90 dias (avaliação do alinhamento dos resultados com as necessidades de desenvolvimento dos treinandos);

Avaliação do profissional sobre o programa de acolhimento (satisfação quanto ao programa oferecido e quanto aos condutores do treinamento);

Turnover no período de experiência (90 dias) e suas causas de desligamento.

O programa de acolhimento deverá ser validado através de ação conjunta dos gestores de todas as esferas da Policlínica, pois o sucesso do mesmo depende da coparticipação de todos os envolvidos no processo, que devem garantir que o funcionário se sinta pertencente ao seu grupo de trabalho no seu ambiente de atuação.

DISPOSIÇÕES GERAIS

O Programa traçado será avaliado anualmente e reestruturado à medida que os objetivos forem alcançados ou que se delinearem novas demandas.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

3.6 Metodologia de Projetos.

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

INTRODUÇÃO

A proposta de trabalho visa planejar de maneira central as ações, atividades, processos e procedimentos necessários para efetuar a gestão financeira, operacional e de resultados da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis. Além disso, é fundamental considerar outro elemento crucial: assegurar atendimento de saúde de alta qualidade e eficiência para o público que procura a unidade, um dos princípios e deveres primordiais do Estado, como estabelecido na Constituição Federal de 1988.

O sucesso desta iniciativa depende essencialmente de um planejamento bem estruturado, pois ele define o destino desejado da instituição e os caminhos necessários para atingir suas metas. Para que um plano seja eficaz, é imprescindível o engajamento de indivíduosem diferentes níveis da organização, além de uma comunicação clara e objetiva que assegure a compreensão dos objetivos por todos os envolvidos. É necessário, também, coordenar as atividades de maneira integrada para garantir que os resultados almejados sejam alcançados.

Alcançar esse propósito requer a compreensão dos diferentes níveis de planejamento: **ESTRATÉGICO, TÁTICO E OPERACIONAL**, que se distinguem pela temporalidade das ações, pelos níveis hierárquicos envolvidos e pelo impacto no desempenho global da organização.

O sucesso depende essencialmente do planejamento pois ele estabelece o destino desejado de uma instituição e os caminhos a serem percorridos para alcançar suas metas.

Para que um plano seja eficaz é imperativo engajar indivíduos em diversos níveis, estabelecer uma comunicação clara, garantir que todos compreendam seus objetivos e coordenar as atividades da organização para garantir a realização dos objetivos.

Para alcançar esse propósito é fundamental compreender os distintos níveis de planejamento: estratégico, tático e operacional, os quais se distinguem pela temporalidade das ações, pelos estratos hierárquicos envolvidos e pelo modo como cada um deles afeta o desempenho global da organização.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

OBJETIVO DO TERMO DE COLABORAÇÃO

Este projeto tem o objetivo de garantir a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis prestar assistência médica acessível e de qualidade, promovendo a prevenção de doenças. Ele deve desempenhar um papel vital no treinamento e pesquisa, oferecendo atendimento multidisciplinar, reduzindo desigualdades de saúde e priorizando a eficiência e sustentabilidade. Por fim a unidade necessita integrar a participação comunitária e a colaboração com outros serviços de saúde.

Estas ações asseguram bem-estar, saúde e dignidade para as pessoas por meio de profissionais que ofereçam serviços humanizados, de alta qualidade e com ética.

Essa visão está em sintonia com a do Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE). Trata-se de uma organização social na área da saúde, com a missão de promover o bem-estar da população, alinhando seus valores aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O edital do Chamamento Público determina que Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis tem como objeto o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde em regime de funcionamento de segunda à sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h às 19h.

A base para a parceria que está sendo estabelecida entre o IPGSE e a SES/GO para gerenciar a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis é fundamentada na conformidade com a Lei nº 8080/90 e os princípios e diretrizes do SUS, além de estrita adesão às regulamentações de saúde e meio ambiente.

Neste projeto, a unidade será gerenciada com base em métricas mensuráveis, com constante busca pela obtenção das mais elevadas certificações de qualidade em saúde. Esta gestão também se concentrará na implementação da Política de Educação Permanente em Saúde e na adoção da Política Nacional de Humanização no atendimento, ambas em conformidade com as normativas do SUS.

PLANEJAMENTO

Planejamento Estratégico

O planejamento estratégico representa o ponto de partida, delineando a visão de futuro da organização com base na análise de fatores ambientais externos e internos, estabelecendo seus valores, visão e missão.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

A responsabilidade pelas decisões do planejamento estratégico recai sobre a alta administração. As ações planejadas têm um horizonte de longo prazo, geralmente cobrindo períodos de 5 a 10 anos, priorizando uma abordagem holística da organização, sem se ater a detalhes minuciosos, dada a dificuldade de prever tantos pormenores para um período tão estendido.

É crucial salientar que, devido à natureza de longo prazo das ações, o planejamento necessita de revisões e atualizações contínuas, assegurando que as informações permaneçam pertinentes e fundamentais para orientar a tomada de decisões. Esse procedimento é essencial para minimizar disparidades substanciais entre o plano estabelecido e a execução efetiva.

Planejamento Tático

Enquanto o planejamento estratégico abrange toda a organização, o planejamento tático tem uma aplicação mais focalizada, muitas vezes centrando-se em processos específicos de ponta a ponta.

O papel do planejamento tático é estabelecer metas e condições que viabilizem a execução das estratégias delineadas no planejamento estratégico. Como este nível de planejamento é mais específico, as decisões podem ser tomadas por indivíduos que ocupam posições intermediárias entre a alta direção e as equipes operacionais, como executivos de diretoria e gerentes.

Uma característica distintiva do planejamento tático é o horizonte de tempo mais curto, geralmente de 1 a 3 anos, concentrando-se em ações de médio prazo que se aproximam do período considerado no planejamento estratégico. Nesse estágio, os planos começam a adquirir maior nível de detalhe, representando a decomposição do plano estratégico ao traduzi-lo em planos concretos, como planos de produção e recursos humanos, entre outros.

Planejamento Operacional

O planejamento operacional é o estágio em que as ações e metas definidas pelo nível tático são traduzidas em ações concretas para alcançar os objetivos estratégicos. Nesse plano, as pessoas responsáveis pela execução das ações de curto prazo, normalmente com duração de 3 a 6 meses, desempenham um papel fundamental.

Aqui, todos os estratos da organização estão envolvidos e são responsáveis por supervisionar as atividades diárias, assegurando a execução de todas as tarefas e operações de acordo com os procedimentos estipulados, com o foco na obtenção de resultados específicos.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

É fundamental ressaltar que a concretização de um planejamento estratégico depende da efetivação adequada dos planos nos níveis tático e operacional, uma vez que se trata de um processo integrado e interdependente.

Cada nível desempenha um papel essencial: o estratégico guia a visão geral, o tático desdobra essa visão em planos de ação mais específicos, e o operacional executa esses planos. Portanto, é imperativo que os planejamentos envolvam todos os membros da equipe, incentivando o comprometimento de todos com a consecução dos resultados.

VISÃO

O IPGSE busca oferecer atendimento abrangente e de alta qualidade, valorizando a cidadania e o indivíduo, com profissionais altamente qualificados. A principal meta é fornecer serviços de excelência, com foco na satisfação e no bem-estar dos pacientes e suas famílias.

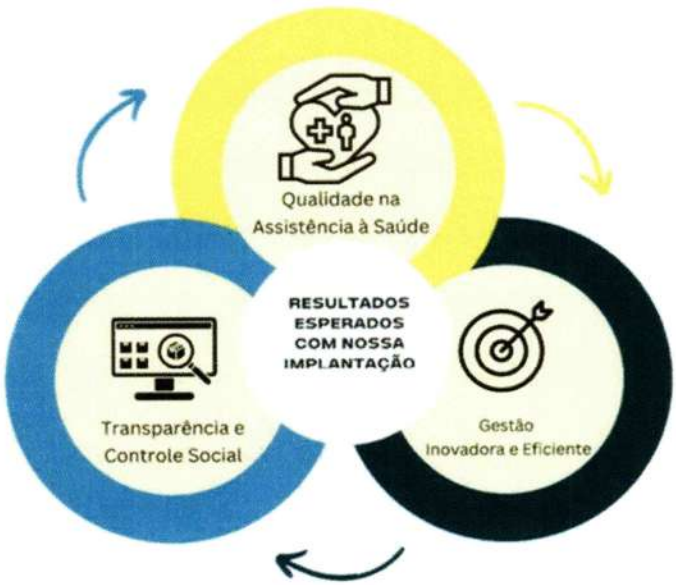


Figura 191 - Visão IPGSE

O IPGSE possui a visão de tornar possível a recepção dos pacientes da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis com a expectativa de que o cuidado seja abrangente, promovendo o respeito à cidadania e a valorização do indivíduo. A ênfase está na entrega de atendimento de alta qualidade, com profissionais altamente qualificados e especializados em suas áreas de atuação. O principal objetivo é fornecer serviços de excelência, com ênfase na satisfação e bem-estar do usuário e de sua família como o maior diferencial.

VISÃO DE FUTURO

ACREDITAÇÃO

A Acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) é um processo voluntário de avaliação externa que busca garantir a qualidade e segurança dos serviços de saúde oferecidos por instituições de saúde no Brasil. Esse sistema de acreditação é uma das principais ferramentas para promover a excelência no setor de saúde.

A ONA desenvolveu um conjunto de padrões e critérios que avaliam a estrutura, processos e resultados das organizações de saúde. Existem três níveis de acreditação: ONA 1, ONA 2 e ONA 3, com diferentes níveis de complexidade e exigências. Cada nível representa um grau maior de excelência e compromisso com a qualidade e segurança dos serviços.

Os serviços de saúde que buscam a acreditação ONA passam por um rigoroso processo de avaliação, que envolve a análise de documentos, inspeção presencial e entrevistas com profissionais e pacientes. Essa avaliação é conduzida por especialistas treinados e independentes da instituição. A busca pela acreditação ONA traz diversos benefícios para a unidade, principalmente, para os pacientes. Entre esses benefícios estão:

- Melhoria da qualidade assistencial: O foco na qualidade dos processos e resultados leva a uma prestação de cuidados de saúde mais segura e eficaz.
- Maior segurança do paciente: A avaliação rigorosa ajuda a identificar e corrigir potenciais riscos e erros, reduzindo os incidentes adversos.
- Padronização de procedimentos: A implementação de protocolos e diretrizes contribui para a uniformidade e consistência nos cuidados prestados.
- Aumento da eficiência: A otimização dos processos resulta em maior eficiência operacional, reduzindo desperdícios e custos.
- Maior confiança do público: A acreditação ONA é um selo de qualidade reconhecido pelos pacientes e pelo mercado, aumentando a credibilidade da instituição.
- Foco na melhoria contínua: O compromisso com a acreditação incentiva a instituição a buscar constantemente maneiras de aprimorar seus serviços.
- A Acreditação ONA em hospitais desempenha um papel fundamental na melhoria da qualidade e segurança dos serviços de saúde, e a gestão do IPGSE à frente da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis buscará melhorar a sua governança de modo a elevar o nível de acreditação atual da unidade.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

FOCO NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

A incessante busca por melhores práticas no cuidado à saúde, juntamente com a necessidade de oferecer serviços de alta qualidade e segurança, impulsiona as organizações, na buscar programas de qualidade. Esses programas permitem aprimorar a gestão da assistência, aumentar a eficiência dos serviços com base em padrões predefinidos e na aplicação de conceitos, técnicas e ferramentas do modelo de gestão da qualidade.

Na área da saúde, a gestão de qualidade visa proporcionar a educação contínua dos profissionais em toda a organização, alinhada a uma abordagem lógica de trabalho. Além disso, busca constantemente administrar indicadores que apoiem o monitoramento do desempenho organizacional e dos resultados assistenciais e gerenciais, visando à melhoria contínua. Isso leva à racionalização dos processos de trabalho e à identificação de critérios cada vez mais avançados para diversos serviços, incluindo o de enfermagem.

Para implementar a gestão de qualidade, é necessário utilizar ferramentas e métodos que permitam avaliar a realidade com base em informações sólidas. As ferramentas da qualidade desempenham um papel crucial na busca pelos objetivos desejados, facilitando a análise e/ou intervenção em várias situações. Seu uso pode ser o ponto de partida para melhorias, redução de custos e riscos, e aumento da eficácia na resolução de problemas.

A estruturação e adaptação das estratégias visam alcançar um planejamento operacional eficiente e eficaz, promovendo a efetividade. Todas as etapas orientadoras serão continuamente monitoradas e revisadas em todos os setores da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, utilizando as ferramentas de qualidade como apoio.

Essas etapas orientadoras também serão monitoradas e revisadas constantemente em todos os processos e perspectivas das atividades assistenciais, envolvendo todas as equipes técnicas responsáveis do IPGSE (unidade gestora) e da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis (unidade gerida).

Na área da saúde, é fundamental adotar medidas precisas e consistentes de forma contínua e eficaz. Portanto, é essencial realizar uma gestão que minimize a possibilidade de desalinhamento com as estratégias e ações delineadas neste Termo de Colaboração.

Estratégias

Aprimorar a Qualidade da Assistência em uma unidade de saúde é crucial para garantir cuidados médicos eficazes e seguros aos pacientes. Isso não apenas melhora os resultados

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

clínicos e a satisfação dos pacientes, mas também contribui com o conceito da instituição de saúde, a atração de profissionais qualificados e a eficiência no uso de recursos, promovendo, assim, um sistema de saúde mais confiável e eficaz. O IPGSE, para o planejamento da assistência na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, programa:

Realizar avaliações regulares da experiência e competência para assegurar o acesso da comunidade à instituição de saúde, e efetuar aprimoramentos com base nos dados obtidos dessas análises;

Conhecer os obstáculos que dificultam a utilização dos serviços prestados pela unidade;

Empregar abordagens adequadas ao planejamento estratégico, assim como aquelas acordadas com a Secretaria Estadual de Saúde (SES/GO);

Empreender análise do atendimento, bem como dos procedimentos e mecanismos de conexão com a rede de cuidados de saúde;

Desenvolver sugestões referentes à ampliação da disponibilidade dos serviços de saúde para a população, com fundamentação no diagnóstico da situação atual e no contexto da saúde da comunidade;

Expor as recomendações elaboradas e dados essenciais às autoridades de saúde estadual e municipal, ao Conselho Estadual e Local de Saúde e às partes interessadas;

Levar a evolução da qualidade assistencial a todos os locais de atendimento da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, envolvendo a implementação de medidas e processos em todos as áreas relevantes.

INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE

CICLO PDCA

A utilização de ferramentas de qualidade contribui para o desenvolvimento de um serviço de alto nível que antecipa as necessidades dos usuários e facilita a administração ao identificar, compreender e resolver problemas. O Ciclo PDCA, por exemplo, será aplicado de maneira sistemática em todos os setores da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis durante a execução das atividades assistenciais, juntamente com outras ferramentas de gestão de qualidade vigentes no IPGSE.

Isso visa primordialmente aperfeiçoar constantemente os serviços oferecidos, sempre com o objetivo de proporcionar atendimento excelente, altamente eficaz e eficiente, resultando na máxima eficácia.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Assim, será implementada a ferramenta de qualidade conhecida como Ciclo PDCA, com o propósito de estabelecer um ciclo contínuo de operações otimizadas, permitindo maior alcance da demanda proposta. De maneira resumida, o Ciclo PDCA, também chamado de Ciclo de Deming ou Ciclo de Shewhart, é uma ferramenta de gestão que visa promover a melhoria contínua dos processos por meio de quatro etapas: Planejar, Executar, Verificar e Agir.

Poucos métodos demonstram tanta eficácia na busca pela melhoria contínua, uma vez que orientam ações sistemáticas que aceleram a obtenção de resultados superiores, garantindo a sobrevivência e o crescimento das organizações.

Primeira Fase: P (Plan = Planejar)

Esta fase é caracterizada pelo estabelecimento de um plano de ações e está dividida em duas etapas:

a) a primeira consiste em definir o que se quer, com a finalidade de planejar o que será feito. Esse planejamento envolve a definição de objetivos, estratégias e ações, os quais devem ser claramente quantificáveis (metas);

b) a segunda consiste em definir quais os métodos que serão utilizados para se atingir os objetivos traçados.

Segunda Fase: D (Do = Fazer/Desenvolver/Executar)

Caracteriza-se pela execução do que foi planejado e, da mesma forma que a primeira fase, está dividida em duas etapas:

a) consiste em capacitar a organização para que a implementação do que foi planejado possa ocorrer. Envolve, portanto, aprendizagem individual e organizacional;

b) consiste em implementar o que foi planejado.

Terceira Fase: C (Check = Checar/Verificar)

Esta fase consiste em checar, comparando os dados obtidos na execução com o que foi estabelecido no plano, com a finalidade de verificar se os resultados estão sendo atingidos conforme o que foi planejado. A diferença entre o desejável (planejado) e o resultado real alcançado constitui um problema a ser resolvido.

Dessa forma, esta etapa envolve a coleta de dados do processo e a comparação destes com o do padrão e a análise dos dados do processo fornecem subsídios relevantes à próxima etapa.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Quarta Fase: A (Action = Agir)

Esta fase consiste em agir, ou melhor, fazer as correções necessárias com o intuito de evitar que a repetição do problema venha a correr. Podem ser ações corretivas ou de melhorias que tenham sido constatadas como necessárias na fase anterior.

Envolve a busca por melhoria contínua até se atingir o padrão, sendo que essa busca da solução dos problemas, por sua vez, orienta para a necessidade de capacitação e o preenchimento das lacunas de conhecimento. Estes são necessários à solução do problema, propiciando a criação de novos conhecimentos e a atualização do padrão.

O Ciclo PDCA será aplicado de forma a acelerar a correção dos procedimentos que serão executados para as estratégias de operacionalização das atividades assistenciais e os atendimentos de urgência, as saídas cirúrgicas e o serviço de apoio diagnóstico e terapêutico para atendimento interno, dispondo de forma assertiva às demandas advindas dos usuários.

As questões relacionadas a toda operacionalização serão equacionadas de forma proativa, sendo sanadas assim as possíveis lacunas resultantes do constante monitoramento.

PLANO DE AÇÃO 5W2H

O método conhecido como 5W2H, que envolve as perguntas "O quê?", "Quem?", "Quando?", "Por quê?", "Onde?", "Como?" e "Quanto custa?", é uma abordagem utilizada para evitar desalinhamentos no desenvolvimento de planos de ação nas organizações.

Esse método consiste em fazer essas perguntas fundamentais para obter informações essenciais que servirão como base para o planejamento de maneira geral.

A planilha 5W2H é uma ferramenta incrivelmente valiosa para empresas que buscam crescimento e desejam realizar planejamentos eficazes. Devido à sua praticidade, pode ser adotada por organizações de diversos tamanhos, uma vez que não requer uma equipe técnica especializada.

Basta ter alguém que saiba conduzir todo o processo, organizando-o para alcançar resultados de sucesso.

Este método simplificado é usado para agilizar todos os processos. Em outras palavras, considerando a necessidade de um atendimento eficaz e humanizado, a utilização da planilha 5W2H permite à unidade obter maior eficiência operacional.

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Vale ressaltar que, em um ambiente onde os recursos muitas vezes são escassos, a falta de planejamento adequado para ações e processos pode resultar em prejuízos significativos e na perda de vantagem competitiva.

PROGRAMA 5S

O Programa 5S é uma estratégia concebida para iniciar melhorias em aspectos fundamentais de uma organização rumo à busca da excelência.

Senso de Utilização (*Seiri*): Envolve a gestão consciente de recursos, evitando desperdícios e acumulação desnecessária.

Senso de Ordenação (*Seiton*): Implica organizar materiais e equipamentos de maneira padronizada para fácil acesso.

Senso de Limpeza (*Seisou*): Significa manter um local de trabalho sempre limpo, com a contribuição de todos, evitando ações que causem sujeira.

Senso de Saúde (*Seiketsu*): Construído a partir dos sensos anteriores, inclui ações voltadas para a saúde pessoal dos funcionários.

Senso de Autodisciplina (*Shitsuke*): Refere-se ao fato de que as pessoas envolvidas no programa reconhecem sua importância, e os sensos se tornam parte natural da rotina de trabalho.

O objetivo primordial dos 5S é influenciar os profissionais, promovendo trabalho em equipe e induzindo mudanças em atitudes e mentalidades, de modo que a melhoria contínua seja eficaz. Isso é alcançado por meio da educação e do treinamento para que todos compreendam a filosofia envolvida.

Cada um dos sensos representa uma fase sequencial na implementação, seguindo uma ordem específica, até que todos os sensos façam parte da cultura da empresa de forma integrada.

OUTRAS FERRAMENTAS DE QUALIDADE

Na gestão a Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis, o IPGSE ainda utilizará as seguintes ferramentas de qualidade:

Brainstorming

O Brainstorming é uma técnica de geração de ideias em grupo, onde os participantes contribuem livremente com sugestões e soluções para um problema ou tópico específico. Essa

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

abordagem promove a criatividade, o pensamento divergente e a colaboração, sendo amplamente usada para tomar decisões, resolver desafios e identificar oportunidades em diversas áreas, desde negócios até inovação.

Diagrama de Dispersão

Um diagrama de dispersão é uma ferramenta gráfica que representa a relação entre duas variáveis. Ele exibe pontos em um gráfico bidimensional, permitindo visualizar tendências, correlações ou padrões nos dados. É amplamente utilizado para análise estatística, pesquisa e tomada de decisões em áreas assistenciais.

Diagrama de Causa e Efeito

O Diagrama de Causa e Efeito, também conhecido como Diagrama de Ishikawa ou Diagrama de Espinha de Peixe, é uma ferramenta de qualidade que ajuda a identificar e analisar as causas de um problema específico. Ele organiza as possíveis causas em categorias principais, permitindo uma análise estruturada e eficaz para identificar soluções e melhorar processos. É amplamente usado na gestão da qualidade e resolução de problemas em diversos setores.

Fluxogramas

Fluxogramas são representações gráficas que descrevem sequências de passos ou processos. São amplamente utilizados para visualizar e comunicar procedimentos, identificar pontos de melhoria e padronizar operações em diversas áreas da unidade, facilitando a compreensão e otimização das atividades.

Matriz de GUT

A Matriz de GUT (Gravidade, Urgência e Tendência) é uma ferramenta de gestão usada para avaliar e priorizar problemas ou situações. Ela atribui valores a cada fator (gravidade, urgência e tendência) para classificar e ordenar questões com base em sua importância relativa. Isso ajuda na alocação eficiente de recursos e na resolução de problemas de forma estratégica. É especialmente útil em situações de gestão de riscos e tomada de decisões.

Gráfico de Pareto

O Gráfico de Pareto é uma representação visual que ajuda a identificar e priorizar os fatores mais significativos em um conjunto de dados ou problemas. Baseado no princípio de que poucos elementos (20%) frequentemente contribuem para a maioria dos resultados (80%), ele

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

auxilia na tomada de decisões focadas na melhoria de áreas críticas, sendo uma ferramenta valiosa na gestão de qualidade e resolução de problemas.

PLANO ESTRÁTEGICO E METAS

O planejamento estratégico será baseado em três pilares: QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE, GESTÃO INOVADORA E EFICIENTE, e TRANSPARÊNCIA E CONTROLE SOCIAL. Esses pilares serão desdobrados em ações específicas, com cronogramas detalhados para cada fase de implementação, além de estimativa de custos e monitoramento contínuo dos resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

Com a implementação deste plano estratégico, espera-se:

1. QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Melhoria significativa nos indicadores de qualidade e segurança, com impacto direto nos resultados clínicos e na satisfação dos usuários.

2. GESTÃO INOVADORA E EFICIENTE: Redução de custos operacionais, otimização dos recursos financeiros e humanos e uso de tecnologias para modernização dos processos.

3. TRANSPARÊNCIA E CONTROLE SOCIAL: Fortalecimento da participação comunitária, maior engajamento social e aprimoramento da transparência institucional.

QUALIDADE E OS INDICADORES DE DESEMPENHO

O IPGSE informará, conforme a periodicidade determinada pela SES/GO, os Resultados dos Indicadores de Desempenho que estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis. Estes indicadores mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade e são informados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades de saúde, os quais serão extraídos diariamente pela SES/GO. Para a gestão da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis as metas de desempenho são as seguintes:

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Indicadores de Desempenho	Meta
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	100%
Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertadas	100%
Percentual de Exames de Imagem com resultado liberado em até 72 horas	≥ 70%
Taxa de acuracidade de estoque dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	≥ 99%
Percentual de consultas farmacêuticas em relação ao número de processos do CEAF atendidos no mês	> 5%
Taxa de perda financeira por vencimento	< 0,5%

Tabela 108 - Indicadores de Desempenho

CRONOGRAMAS DE EXECUÇÃO

Para a implantação desta proposta de trabalho, o IPGSE projeta o seguinte cronograma para o cumprimento dos objetivos propostos no plano de trabalho a ser firmado no Termo de Colaboração com a SES/GO:

AÇÃO	PERÍODO											
	mês 1	mês 2	mês 3	mês 4	mês 5	mês 6	mês 7	mês 8	mês 9	mês 10	mês 11	mês 12
Definição e nomeação de corpo diretivo												
Inventário de equipamentos												
Inventário de bens												
Verificação dos contratos de trabalho e prestação de serviços												
Definição da equipe para												

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

AÇÃO	PERÍODO											
	mês 1	mês 2	mês 3	mês 4	mês 5	mês 6	mês 7	mês 8	mês 9	mês 10	mês 11	mês 12
compor a gestão de pessoas	■											
Implantação da gestão proposta pela instituição	■	■										
Seleção de novos colaboradores		■	■									
Manutenção preventiva dos equipamentos			■			■			■			■
Implantação das comissões		■	■	■								
Implantação dos fluxos operacionais para as áreas assistenciais e de apoio		■	■	■								
Aprovação dos regimentos internos	■											
Implantação dos POP's	■	■	■	■	■	■	■					
Implantação das atividades propostas como incremento	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implantação das ferramentas da qualidade			■	■	■	■	■					
Implantação das políticas de RH		■	■	■	■							

Tabela 109 – Cronograma de execução

CUSTOS ESTIMADOS

Os custos para a gestão da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis estão assim estimados pelo IPGSE:

ITEM	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA	CUSTEIO MENSAL
1	**Pessoal**	**R$ 1.466.336,73**
1.1	Salários	R$ 299.575,79
1.2	Serviços Médicos - Pessoa Jurídica	R$ 970.210,69
1.3	Serviços Odontológicos - Pessoa Jurídica	R$ 53.918,89
1.4	Encargos Sociais e Trabalhistas	R$ 109.345,16
1.5	Provisionamento	R$ 33.286,20
2	**Materiais e Medicamentos**	**R$ 250.000,00**
2.1	Medicamentos	R$ 150.000,00
2.2	Materiais Hospitalares	R$ 100.000,00
3	**Materiais Diversos**	**R$ 70.000,00**
3.1	Material em Geral / Gêneros Alimentícios	R$ 20.000,00
3.2	Material de Expediente	R$ 30.000,00
3.3	EPI - Equipamento de Proteção	R$ 5.000,00
3.4	Material para manutenção	R$ 10.000,00
3.5	Produtos Químicos	R$ 5.000,00
4	**Prestação de serviços de Terceiros**	**R$ 303.704,52**
4.1	Energia Elétrica	R$ 8.000,00
4.2	Água e Esgoto	R$ 5.000,00
4.3	Serviço de Gestão de Frotas (Combustível)	R$ 10.000,00
4.4	Locação de Equipamentos	R$ 50.000,00
4.5	Serviços de Coleta de Resíduos	R$ 8.000,00
4.6	Serviços de Dedetização	R$ 2.500,00
4.7	Serviços de Vigilância	R$ 25.954,52
4.8	Locação de Imóveis	R$ 1.250,00
4.9	Serviços Contábeis / RH	R$ 22.000,00
4.10	Serviços de Apoio Administrativo	R$ 40.000,00
4.11	Serviços de Comunicação e Marketing	R$ 9.000,00
4.12	Serviços Gráficos	R$ 2.000,00
4.13	Análise Laboratoriais	R$ 60.000,00

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

4.14	Locação de Veículos para Transporte de Pacientes em Tratamento Dialítico	R$	60.000,00
5	**Manutenção**	**R$**	**120.000,00**
5.1	Manutenção Equipamentos	R$	80.000,00
5.2	Manutenção das Máquinas de Hemodialise	R$	20.000,00
5.3	Manutenção Predial	R$	20.000,00
6	**Informática**	**R$**	**117.000,00**
6.1	Consultoria na área de infraestrutura de T.I.	R$	19.000,00
6.2	Locação de Equipamentos de informática	R$	48.000,00
6.3	Sistemas de Informações	R$	50.000,00
7	**TOTAL MENSAL**	**R$**	**2.327.041,25**
	CUSTOS GLOBAIS		
8	**TOTAL ANUAL**	**R$**	**27.924.495,03**
9	**TOTAL CONTRATO DE GESTÃO**	**R$**	**83.773.485,08**

Tabela 110 – Custos Estimados

A proposta terá validade de 120 dias, contados a partir da data de sua apresentação.

ALUISIO PARMEZANI PANCRÁCIO

Diretor Presidente

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS (IPGSE)

ANEXO 1 – ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

(64) 3050-3275 | Rua Avelino de Faria nº200 - Setor Central Rio Verde - Goiás - CEP: 75.901-140
Endereço Eletrônico: E-mail: contato@ipgse.org.br

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA Nº: 3/2024 - SES/GMAE - CG-14421

GOIANIA, 03 de setembro de 2024.

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, órgão da Administração Direta do Poder Executivo do Estado de Goiás, criada pela Lei n. 3.999, de 14 de novembro de 1961, item 2, inciso I, art. 6º, por meio de sua Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios, **atesta**, para os devidos fins e a pedido do interessado, que o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados – IPGSE, entidade sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ Nº 18.176.322/0001- 51, com endereço na Rua Avelino de Faria, nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140, Rio Verde/GO, qualificada no Estado de Goiás como Organização Social de Saúde, por meio do Decreto Estadual nº 9.758, de 30 de novembro de 2020, atualmente mantém vínculo com esta Pasta para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços das seguintes Unidades de Saúde: **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, desde 26/01/2021,** consoante Contrato de Gestão, em **caráter emergencial**, nº 08/2021 - SES (000019169540) e nº 88/2022-SES (000034143998), agora em decorrência de Chamamento Público (Termo de Colaboração nº93/2024) e **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade de Quirinópolis, desde 26/07/2024,** consoante Termo de Colaboração **Emergencial** nº 93/2024 (62857181), cujas capacidades hospitalares e ambulatoriais estão descritas nos respectivos Ajustes de Parceria, disponíveis em:

PC Quirinópolis: https://ipgse.org.br/termo-de-colaboracao-e-ou-fomento-policlinica/

HERSO: ainda não publicado pela parceira privada, contudo, assim que restar publicado, será acessado por meio do link https://goias.gov.br/saude/selecionar-acesso-as-informacoes-das-organizacoes-sociais/

Dessa forma, encaminhados os autos às Coordenações responsáveis pela consolidação das informações de monitoramento, avaliação e fiscalização dos Contratos de Gestão para manifestação, assim como para a Gerência de Custos, as quais proferiram as seguintes informações:

A **Gerência de Custos - GEC** exarou o Despacho nº 202/2024 (64101759), no qual informa que utiliza o sistema de gestão de custos - *Key Performance Indicators for Health* (KPIH), da consultora Planisa, para o acompanhamento dos custos na gestão das Unidades de Saúde do Estado e que, no **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**, o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE vem alimentando o sistema de forma satisfatória desde 26 de janeiro de 2021. Todavia, em relação à **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade de Quirinópolis**, informa que devido ao início da vigência do **Termo de Colaboração Emergencial n° 93/2024 SES/GO,** (SEI nº 62857181), em 26/07/2024, não houve lançamentos de dados no sistema de gestão de custos até 27/08/2024.

2335

A **Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão - COMFIC/GMAE-CG**, por intermédio do Despacho nº 401/2024 (v. 64300243) apresentou as informações de produção em conformidade com os dados enviados via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde - SIGUS e relatórios produzidos pela Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) inerente à unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – HERSO**. Assim, seguem abaixo as produções, por ano de competência, dos serviços contratados e realizados da respectiva unidade, validados pela referida coordenação:

Tabela 01 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – HERSO:

PLANILHA DE PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS E REALIZADOS								
LINHAS DE CONTRATAÇÃO	2021 JAN A DEZ		2022 JAN A DEZ		2023 JAN A DEZ		2024 JAN a JUL	
Serviços	Contratado	Realizado	Contratado	Realizado	Contratado	Realizado	Contratado	Realizado
Internações Hospitalares	3.972	3.313	5.952	3.645	4.838	5.936	3.458	2.704
SADT Externo	*	*	7.380	13.019	11.380	19.314	7.805	10.548
Atendimento de Urgência e Emergência	970	5.777	*	6.684	*	4.969	*	2.359
Atividade Ambulatorial	1000	12.039	16.800	19.499	18.584	27.292	11.711	20.233
Cirurgias Programadas	*	*	*	*	2.400	1.951	1.400	1.306
Hospital Dia	*	*	*	*	704	634	616	580

Fonte: SIGUS

Deste modo, a COMFIC informa que, relativo ao período de janeiro de 2021 a junho de 2022, a partir dos dados demonstrados da Unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – HERSO** não houve cumprimento integral das metas contratualizadas nos Indicadores de Produção estabelecidas no Contrato de Gestão, posto que apresentaram uma produção abaixo da meta, sendo permitida uma variação de até 10% a menor ao centro da meta nas linhas de contratação. Já, inerente ao ano de 2023 e 2024 (até o momento analisado), verifica-se que a unidade citada cumpriu de forma integral com tais indicadores.

Lado outro, referente à **Policlínica Estadual da Região Sudoeste -Unidade Quirinópolis**, a COMFIC esclarece que ainda não há dados de produção e desempenho a serem analisados, haja vista que o Ajuste de Parceria, em caráter emergencial, teve seu início de vigência em 26/07/2024 e ainda não houve lançamento de dados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde - SIGUS.

A **Coordenação de Acompanhamento Contábil - CAC/GMAE-CG**, via Despacho nº 1983/2024 (64444399), pondera que tem por atribuição a avaliação e o monitoramento diário da prestação de contas dos diversos hospitais e policlínicas, gerenciadas por Organizações Sociais, na área de saúde, por intermédio de Contratos de Gestão e Termos de Colaboração, celebrados pelo Estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO), no qual todas as despesas e/ou pagamentos empreendidos pelas OS's, são analisadas sob o aspecto contábil e financeiro, uma vez que tais informações são inseridas por estas entidades no Sistema de Prestação de Contas Econômico-Financeiro (SIPEF), conforme regulamentação expressa na Portaria nº1.038/2017 - GAB/SES-GO.

Informa que, do ponto de vista da prestação de contas mensal, o **Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE)** tem executado a inserção das informações fiscais e contábeis, referentes ao **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO) e da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade de Quirinópolis,** impulsionando as ações destas unidades hospitalares, sob o prisma da contratação de prestadores de serviços e de materiais, assim como a contratação de pessoal, em convergência com o seu Regulamento de

Compras, Contratações de Serviços e Obras, Locações e Alienações, o qual foi aprovado pela Controladoria Geral do Estado de Goiás.

A **Coordenação de Transparência e Integridade - CTI/GMAE-CG,** consoante Despacho nº 76/2024 (64094260) informa que, relativo à unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO)**, Contrato de Gestão Emergencial, o IPGSE vem divulgando de forma satisfatória o acesso à informação e ressalta que conforme última avaliação dos Ajustes de Parceria realizada pela Superintendência de Governo Aberto e Participação Cidadã, a unidade ficou em 16º lugar no *ranking*, obtendo um índice de aprovação de 95,02% (Despacho nº 76/2024, v. 64094260).

Não obstante, inerente à **Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Unidade de Quirinópolis,** informa que, em virtude da publicação do Termo de Colaboração Emergencial nº 93/2024 no Diário Oficial do Estado (DOE) em 26/07/2024, ainda não houve tempo hábil para a realização do monitoramento integral no Portal da Transparência referente à Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Unidade Quirinópolis. Contudo, as informações vem sendo paulatinamente inseridas naquele sítio eletrônico.

Por fim, a **Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão - GMAE - CG** responsável pela consolidação das informações, juntamente com a Coordenação de Prestação de Contas - COPRESCON desta unidade, destacam que o Secretário de Estado da Saúde – SES/GO, no uso de suas atribuições e, em observância ao disposto no item 17 do Anexo I e item 1 do Anexo III, da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, **certificou** as contas da Organização Social em questão, concernente aos Contratos de Gestão (emergenciais) n° 08/2021 e 088/2022 SES/GO, como **REGULARES COM RESSALVAS,** consoante Pareceres de Julgamento Nº 28/2022 SES/GAB, Nº 15/2023 SES/GAB e Nº 17/2024 (64099176 64099188 64099534), ante o gerenciamento e operacionalização do Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, exercícios 2021, 2022 e 2023, respectivamente, com fulcro no Art. 73 da Lei 16.168, de 11 dezembro de 2007.

Contudo, no que se refere à Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Unidade Quirinópolis - Termo de Colaboração Emergencial n° 93/2024 SES/GO, considerando que a prestação de contas anual se dá no exercício subsequente, informa-se que não há prestação de contas/parecer de julgamento para a referida unidade, haja vista, que o instrumento contratual teve seu inicio de vigência em 26/07/2024.

RAFAELA TRONCHA CAMARGO
Gerente de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão

PEDRO DE AQUINO MORAIS JÚNIOR
Superintendente de Monitoramento de Contratos de Gestão e Convênios

LUCIANO DE MOURA CARVALHO
Subsecretário de Vigilância e Atenção Integral à Saúde

RASIVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR
Secretário de Estado da Saúde

Documento assinado eletronicamente por **RAFAELA TRONCHA CAMARGO**, **Gerente**, em 09/09/2024, às 12:23, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

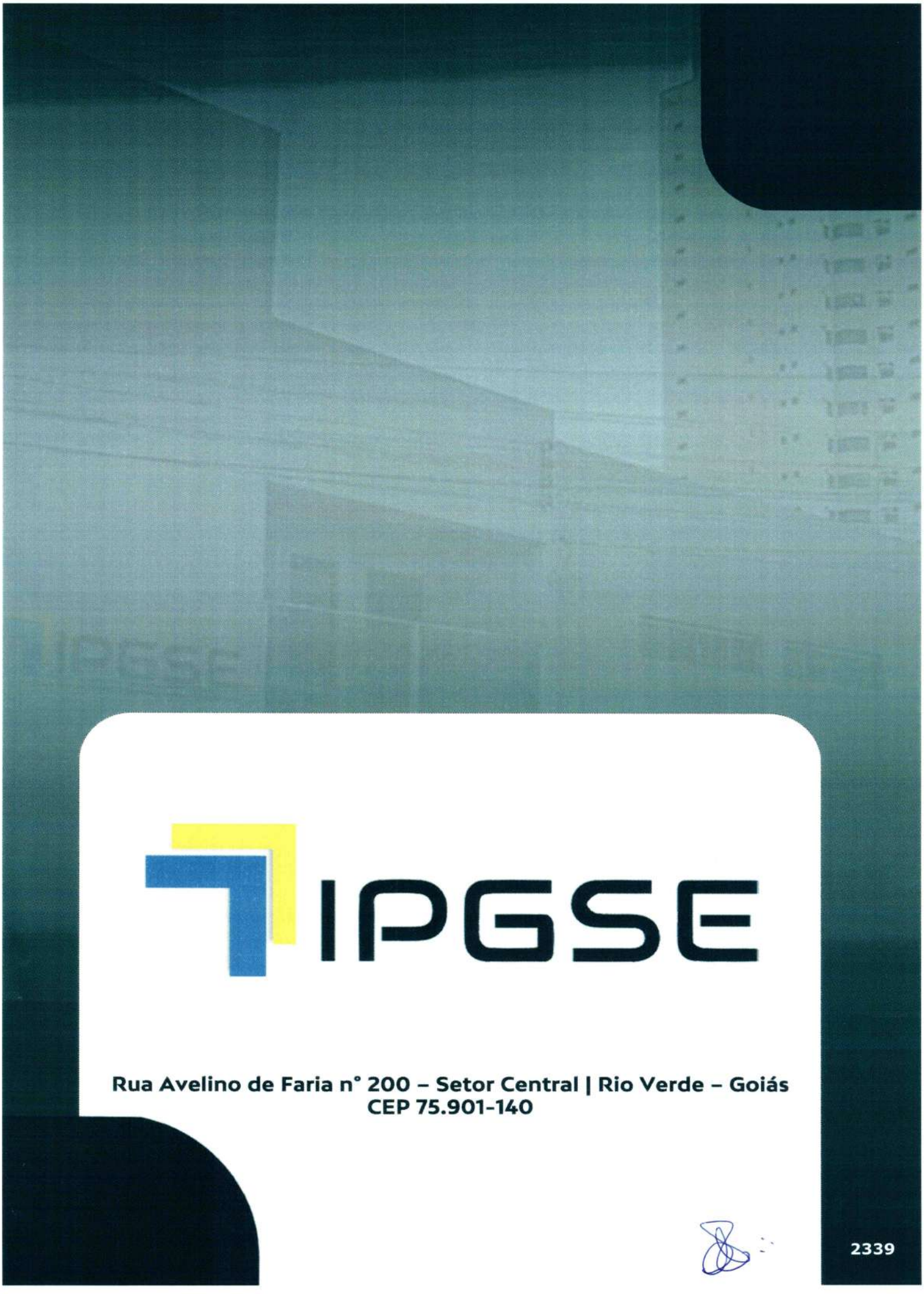
Documento assinado eletronicamente por **PEDRO DE AQUINO MORAIS JUNIOR**, **Superintendente**, em 11/09/2024, às 09:56, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **LUCIANO DE MOURA CARVALHO**, **Subsecretário (a)**, em 12/09/2024, às 11:25, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 17/09/2024, às 12:33, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **64435172** e o código CRC **A1331283**.

GERÊNCIA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO
RUA SC 1 299, S/C - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - GOIANIA - GO - CEP 74860-270 - (62)3201-3870.



IPGSE

Rua Avelino de Faria n° 200 – Setor Central | Rio Verde – Goiás
CEP 75.901-140