Proposta de trabalho para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ,** conforme disposições do Chamamento Público nº 002/2022 – SES/GO.

Março – 2022

Sumário

I. TÍTULO 6
APRESENTAÇÃO INSTITUTO PÁTRIS 6
Organograma Institucional 7
1.1. OBJETIVOS 8
1.1.1. Objetivo Geral 8
1.1.2. Objetivos Específicos 9
1.2. PROPOSTA DO MODELO GERENCIAL 9
2. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES 11
2.1. IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS 13
2.1.1. Fluxos Operacionais compreendendo Circulação em Áreas Restritivas, Externas e Internas e Internamento 13
2.1.2. Fluxos para Registros e Documentos de Usuários e Administrativos 31
2.1.3. Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados e Roupas 43
2.1.4. Fluxo Unidirecional de Resíduos de Serviço de Saúde 50
2.2. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO 58
2.2.1. Implantação de Logística de Suprimentos 58
2.2.2. Proposta para Regimento Interno da Unidade 69
2.2.3. Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem 101
2.2.4. Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário. 119
2.2.5. Proposta para Regimento do Corpo Clínico do Hospital 123
2.3.0. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS 133
2.3.1. Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais 133
2.3.2. Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para Almoxarifado e Patrimônio Do Hospital 136
2.3.3. Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira e Gestão de Custos do Hospital 165
3. INCREMENTO DE ATIVIDADES 178
3.1. Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais 178
4. QUALIDADE OBJETIVA / IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES 192
4.1. Comissão de Ética Médica (CEM) 192
4.2. Comissão de Ética em Enfermagem (CEE) 203
4.3. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) 208
4.4. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) 226
4.5. Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) 249
4.6. Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) 257
4.7. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) 269

4.8. Comitê Transfusional Multidisciplinar (CTM) 280
4.9. Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com risco para Longa Permanência Hospitalar 291
4.10. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) 299
4.11. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) 318
4.12. Comissão Interna de Qualidade (CIQ) 323
4.13. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CRP) 335
4.14. Comissão de Verificação de Óbitos (CVO) 342
4.15. Comissão de Residência Médica (COREME) 349
4.16. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT) 362
4.17. Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) 369
REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - COREMU 370
CAPÍTULO II 371
4.18. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 383
4.19. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) 398
4.20. Comissão de Proteção Radiológica (CPR) 405
4.21. Comissão de Biossegurança (CI) 410
4.22. Comissão de Padronização de Produtos para Saúde (CPPS) 417
4.23. Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele (CPCIP) 425
4.24. Núcleo Interno de Regulação (NIR) 434
4.25. Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) 445
4.26. Comissão de Investigação do Óbito Materno, Infantil e Fetal (CMMIF) 452
4.27. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos Para Transplantes (CIHDOTT) 459
4.28. Comitê de Compliance 471
4.29. Outras Comissões: 480
4.30. Comissão Permanente de Humanização Hospitalar (CPHH) 485
4.31. Comissão de Educação Permanente em Saúde (CEPS) 492
5. QUALIDADE SUBJETIVA 498
5.1. ACOLHIMENTO 532
5.2. ATENDIMENTO 556
6. QUALIDADE TÉCNICA 577
6.1. Experiência anterior em Gestão Hospitalar da Organização ou dos gestores do corpo diretivo 577
6.2. Estrutura e Experiência da Diretoria 577
6.2.1. Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo 577
Organograma do Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó 578

Diretor Técnico:.....580
Diretor Administrativo/Financeiro 581
Gerente de Enfermagem:.....583
6.2.2. Titulação de especialistas em Administração/gestão Hospitalar dos membros da Diretoria e Coordenações 584
6.2.3. Experiência mínima de 1 ano da Diretoria no gerenciamento de Unidade Hospitalar.....584
6.3. Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar 584
6.3.1. Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as propostas no plano de trabalho 584
6.3.2. Protocolos de Enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de Ambulatório e Urgência.....588
6.3.3. .. Protocolos Assistenciais de Atenção Médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicinacomo nas Emergências e Unidades de Terapia Intensiva de adulto e de Pediatria. 675
6.3.4. Protocolos Assistenciais de Atenção Médica e rotinas operacionais para os Ambulatórios, Hospital-dia e Enfermarias,destaque para os plantões e sobreavisos.
6.3.5. Apresentação do Quadro de Metas para a Área Médica (por especialidades) observados, em especial as consultas em Ambulatório, Internações hospitalares e de Terapia Intensiva.....982
6.3.6. Apresentação de Quadro de pessoal Técnico por área de atividade profissional (por especialidade), compatível com as atividades do Plano de Trabalho. 985
6.3.7. Protocolos de Enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME, bloco cirúrgico.....988
6.4. Implementação e funcionamento de outros Serviços
6.4.1. Instruções para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima.....1048
6.4.2. Instruções para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.....1051
6.4.3. Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.....1071
6.4.4. Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Unidade.....1129
6.4.5. Apresentação da Padronização de Medicamentos e Materiais Médicos Hospitalares 1150
6.4.6. ..... Apresentação de critérios para a Contratação de Terceiros para os Serviços de Limpeza, Vigilância e Manutenção Predial.....1175
6.4.7. .....Descrição de funcionamento da Unidade de Faturamento 1193
6.5. Política de Recursos Humanos
6.5.1. Apresentação de Projeto de Desenvolvimento Humano com Pesquisa periódica de Clima Organizacional e definição de uso das Informações.....1229
6.5.2. 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.....1271

6.5.3. ..... Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho. 1282

6.6. Metodologia de Projetos..... 1333

6.6.1. Proposta de Trabalho com adequado planejamento., visão de futuro, cronogrmas de execução, custos estimados e resultados factíveis..... 1367

6.6.2 Projetos táticos e operacionais a serem realizados a alcançar e definição das estratégias de implantação. 1343

Anexo I – Experiência anterior em gestão hospitalar da Organização ou dos Gestores do corpo diretivo;

Anexo II – Titulação de especialistas em administração/gestão hospitalar dos membros da diretoria e coordenações ;

I. TÍTULO

Proposta de trabalho para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**,** conforme disposições do Chamamento Público nº 002/2022 – SES/GO.

A contratação de Organização Social de Saúde pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás para a referida Unidade de Saúde tem respaldo na Lei Estadual nº 15.503/2005 e suas alterações, na Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás e suas alterações e subsidiariamente, na Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações.

O referido documento foi elaborado em obediência ao Termo de Referência da Unidade, contendo o Plano de Trabalho e detalhando a metodologia a ser implantada pelo INSTITUTO PATRIS.

APRESENTAÇÃO INSTITUTO PÁTRIS

Somos uma organização social, entidade do terceiro setor, de constituição nacional, sem fins lucrativos, contamos com escritórios nas cidades de Cuiabá/MT e filial em Goiânia/GO.

O INSTITUTO PATRIS nasceu da ideia de amor e respeito à nossa terra e ao nosso povo. A instituição foi construída em pilares sólidos, comprometidos com o bem comum e o comprometimento em fazer o melhor para o desenvolvimento da nossa população, com todos os recursos disponíveis, porém de maneira responsável, ética e humana.

Temos, por finalidade estatutária, a realização de atividades nas áreas de saúde, educação, ensino, esporte, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação de meio ambiente, arte e cultura, turismo, desenvolvimento social, e comunicação.

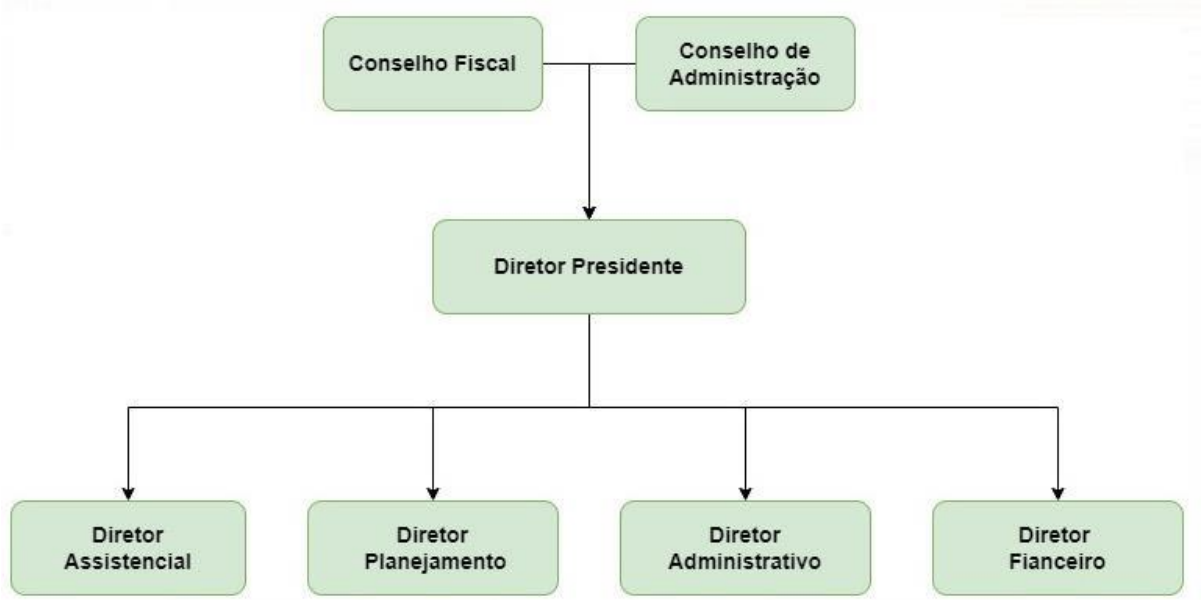
O INSTITUTO PATRIS almeja ser referência nacional na gestão de serviços públicos e privados, contribuindo para o desenvolvimento da sociedade, por meio da utilização de modernas ferramentas de gestão, do desenvolvimento de soluções tecnológicas, com profissionais altamente qualificados de diversas áreas, tendo como foco a atuação sustentável,

ética e transparente.

Os objetivos da instituição são voltados para a promoção da qualidade dos serviços prestados à sociedade, gerir os recursos financeiros de forma a otimizá-los, buscando a redução de despesas consideradas desnecessárias e definindo prioridade nos gastos e manutenção daqueles necessários à operacionalização dos serviços.

A estrutura organizacional está representada por profissionais altamente qualificados em suas funções para lidar com a condução dos objetivos do INSTITUTO PATRIS.

Organograma Institucional



1 – INTRODUÇÃO

O Estado de Goiás possui território de 340.257 km² e suas fronteiras estão estrategicamente delimitadas com quase todas as Regiões e o Distrito Federal. É o Estado mais populoso da Região Centro-Oeste do país, com população estimada de 7,2 milhões de habitantes para o ano de 2021 (IBGE). Possui, ainda, a nona maior economia entre as unidades federativas brasileiras.

A estrutura está organizada em 246 municípios, distribuídos em 18 (dezoito) regiões de saúde, agrupadas em 05 (cinco) Macrorregiões, cada região possui uma sede administrativa denominada Regional de Saúde, segundo o Plano Diretor de Regionalização – PDR, cuja última alteração foi em 2014. O **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** está localizado à Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO.

A Organização Social INSTITUTO PATRIS vem, por meio desta Proposta de Trabalho, se comprometer a prestar uma gestão com excelência nos serviços de média e alta complexidade aos usuários do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** com atendimento de qualidade e estratégias de gestão baseadas em economicidade e agilidade, preservando a saúde, zelando pela segurança e a qualidade de vida das pessoas.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo Geral

O INSTITUTO PATRIS tem como objetivo geral a missão de gerenciar, operacionalizar e executar as atividades e serviços de saúde no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, assegurando assistência universal e gratuita à população, em consonância com as políticas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como as diretrizes e protocolos da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, no regime de 24 horas/dia.

1.1.2. Objetivos Específicos

Adotar um modelo de gestão que atenda às necessidades da população do município de São Luís de Montes Belos - GO, calcado em resultado, melhorando o atual sistema, tornando mais céleres os processos de serviços, otimizando a qualidade ofertada e assegurando o alcance dos seguintes objetivos:

Nos objetivos específicos estão inclusos:

- Garantir a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população.
- Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada.
- Implantar um modelo de gerência voltado para resultados.
- Buscar a eficiência, eficácia e efetividade no modelo de gestão na saúde, adotado no Município de São Luís de Montes Belos - GO, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS.

1.2. PROPOSTA DO MODELO GERENCIAL

O presente projeto foi desenvolvido para propor o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** visando a implantação de um novo conceito em serviço público de saúde, a partir de um novo modelo de gestão, baseado em gestão participativa e de resultados, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde, preservando a missão da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, dentro da sua integralidade, universalidade e equidade, buscando a qualidade integral na prestação de serviços, de forma humanizada, eficaz e resolutiva.

A necessidade premente de complementar a oferta de serviços assistenciais, com objetivo de reduzir a demanda reprimida observada, é mandatória e influencia diretamente a ampliação do acesso universal aos serviços assistenciais que devem ser disponibilizados pelo SUS.

Outros óbices à administração eficiente, eficaz e efetiva são as dificuldades na administração direta da aquisição de insumos e medicamentos, além da manutenção e aquisição

de equipamentos. A agilização na gerência destes recursos materiais é fundamental para a melhor atenção ao paciente com necessidades urgentes e cruciais de manutenção da vida. Tais dificuldades surgem durante a execução dos processos administrativos.

Para a gestão, gerenciamento e operacionalização do gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, o INSTITUTO PATRIS utilizará de diferentes estratégias voltadas para a modernização e excelência em gestão, com o compromisso de atender ao interesse público e promover uma aliança entre a população e o Estado/município, assegurando a assistência universal e gratuita à população usuária do SUS.

A prática será voltada na realização de atividades publicáveis mediante qualificação específica e gestão participativa, onde todos os atores estarão envolvidos, com ênfase nos resultados e na qualidade da prestação dos serviços, de forma que os recursos financeiros sejam utilizados buscando a redução de despesas consideradas desnecessárias e definindo prioridade nos gastos e manutenção daqueles necessários à operacionalização das atividades.

A gestão da unidade será realizada por uma equipe técnica devidamente qualificada, preparada e selecionada para este fim, a fim de otimizar a utilização dos recursos e os processos gerenciais do hospital.

O modelo gerencial proposto obedecerá aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, atendendo às políticas públicas definidas em consonância com normas emanadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, mediante decretos, portaria, resoluções e normas sanitárias.

O plano de trabalho será desenvolvido no sentido de adotar um modelo de gestão que atenda às necessidades da população local, tornando mais céleres os processos de serviços e otimizando a qualidade dos serviços ofertados, assegurando o alcance dos seguintes objetivos:

• Qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;

• Ofertar ao usuário SUS assistência humanizada;

• Implantar um modelo de gerência voltado para resultados;

• Garantir a assistência mais rápida, minimizando complicações do quadro clínico e maior deslocamento dos usuários.

I. ÁREA DE ATIVIDADE

2. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

As atividades assistenciais, bem como os processos de trabalho devem ter seu início e término focados na QUALIDADE. Sob qualquer outra ótica, o objetivo poderá sofrer interferência, produzindo um resultado não esperado, não atingindo, portanto, a satisfação do usuário, assim como dos próprios colaboradores.

Atualmente já se observa o direcionamento das ações voltadas para a avaliação do desempenho norteadas por indicadores e metas de qualidade, mobilizando para a aplicação de programas de qualidade nas organizações de saúde com o objetivo de maximizar o desempenho gerencial e melhorar a eficiência dos serviços.

Como metodologia para obter e garantir uma assistência de qualidade com os recursos e tecnologia disponibilizados na instituição, torna-se obrigatória uma gestão participativa e integrada, com o envolvimento dos colaboradores das diversas áreas, discutindo problemas e apresentando soluções.

A qualidade da assistência do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, será avaliada através de indicadores objetivos, que dependem dos parâmetros concretos, com a finalidade de demonstrar numericamente o desempenho técnico e dos processos de tratamento desenvolvidos no Hospital ou ainda, através de indicadores subjetivos, os quais são obtidos através de Pesquisa de Satisfação do Paciente, por exemplo, onde registramos a voz do paciente, como importante referencial da qualidade percebida.

A utilização dos indicadores de qualidade subjetivos no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** para avaliar a assistência prestada aos pacientes será de fundamental importância para alcançarmos os resultados esperado. Sendo assim, apresentamos a proposta de focar na percepção do paciente sobre a satisfação, no que diz respeito à prestação do cuidado.

Toda equipe de médicos e demais colaboradores do Hospital são responsáveis pela tarefa de rastrear a qualidade da assistência, uma vez que está diretamente ligada aos cuidados

para com os pacientes, durante 24 horas do dia.

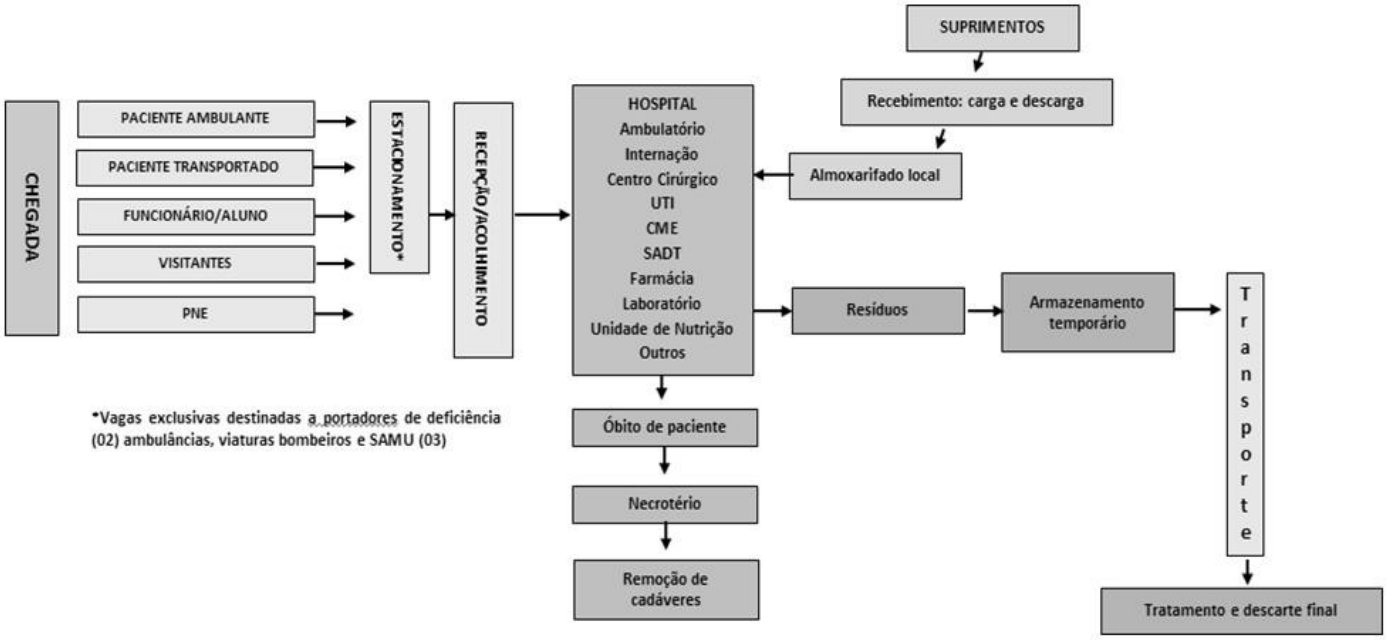
2.1. IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

2.1.1. Fluxos Operacionais compreendendo Circulação em Áreas Restritivas, Externas e Internas e Internamento

A definição dos fluxos operacionais contempla aspectos peculiares dos processos de trabalho e acesso do usuário à unidade, com vistas à qualidade do atendimento.

Para a utilização adequada dos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde é necessário estabelecer fluxo regionalizado, atendendo às necessidades dos usuários de maneira organizada. Fluxos inexistentes ou inadequados, a duplicidade de serviços para o mesmo fim e o acesso facilitado nos níveis de maior complexidade geram distorções que comprometem a integralidade, a universalidade, a equidade e racionalidade de gastos.

Fluxo para a Circulação Externa e Interna em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde



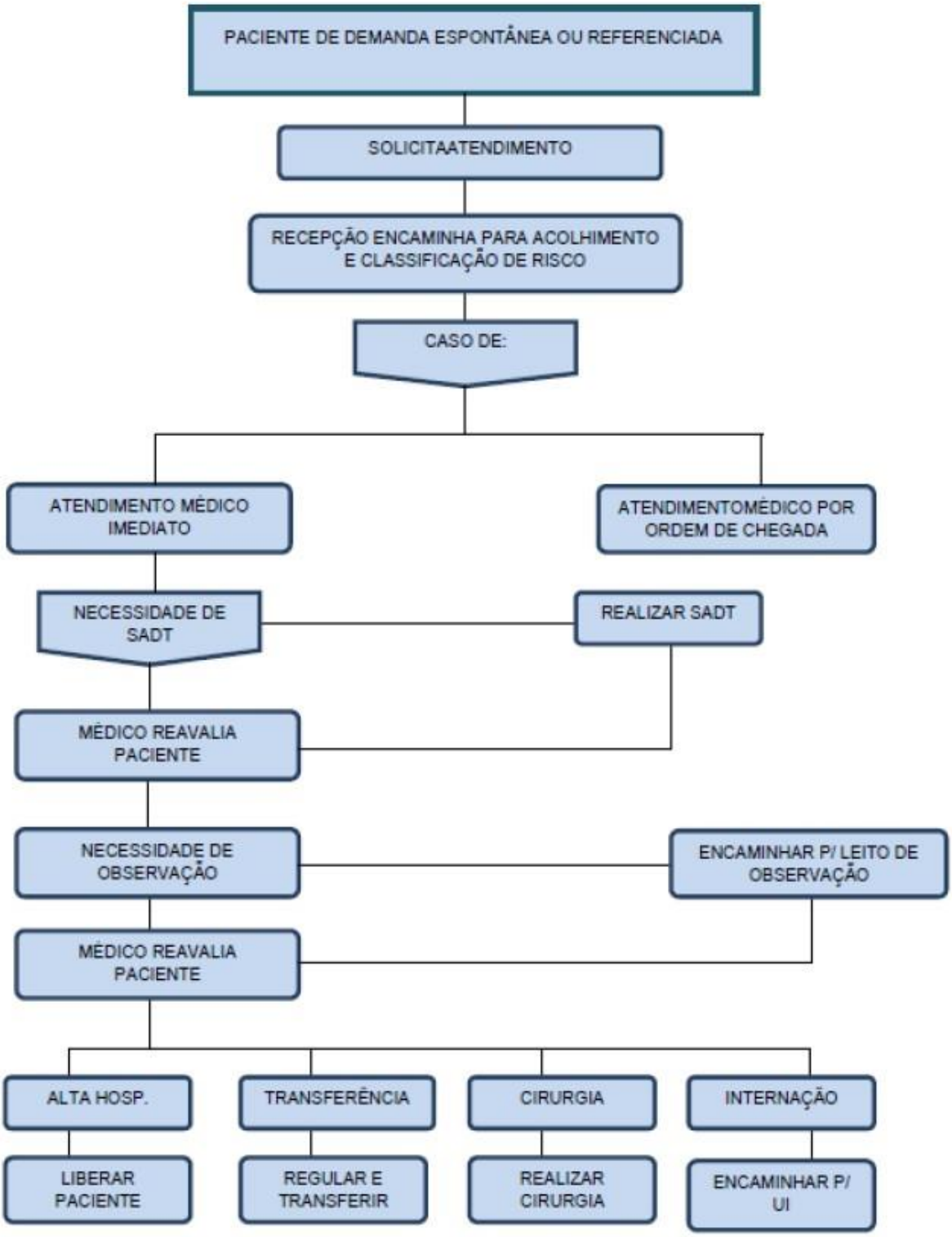
Organização do fluxo de usuários e acompanhantes para áreas irrestritas e restritas do Hospital:

Em relação ao controle de fluxo de entrada e saída de pacientes no setor de Urgência/Emergência, uma das estratégias mais utilizadas é a organização do atendimento por meio da utilização de protocolos de classificação do risco para priorizar os casos mais graves.

No Fluxo de Admissão de Pacientes para os pacientes oriundos de demanda espontânea ou referenciada deverá ser gerado ficha de atendimento no guichê e posterior encaminhamento do paciente à sala de classificação de risco. Caso a enfermeira avalie que a demanda do paciente se enquadre no perfil de atendimento do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, o mesmo é conduzido ao atendimento médico. Não se tratando de perfil, o paciente é contrarreferenciado para a unidade adequada, depois de devidamente acolhido.

Os pacientes transportados pelo SAMU e BOMBEIROS deverão entrar direto pela portaria da emergência. Enquanto o paciente é encaminhado a sala de emergência o funcionário do resgate vai ao guichê (pela parte interna) prestar informações sobre a identificação do paciente para que seja feito a ficha de atendimento.

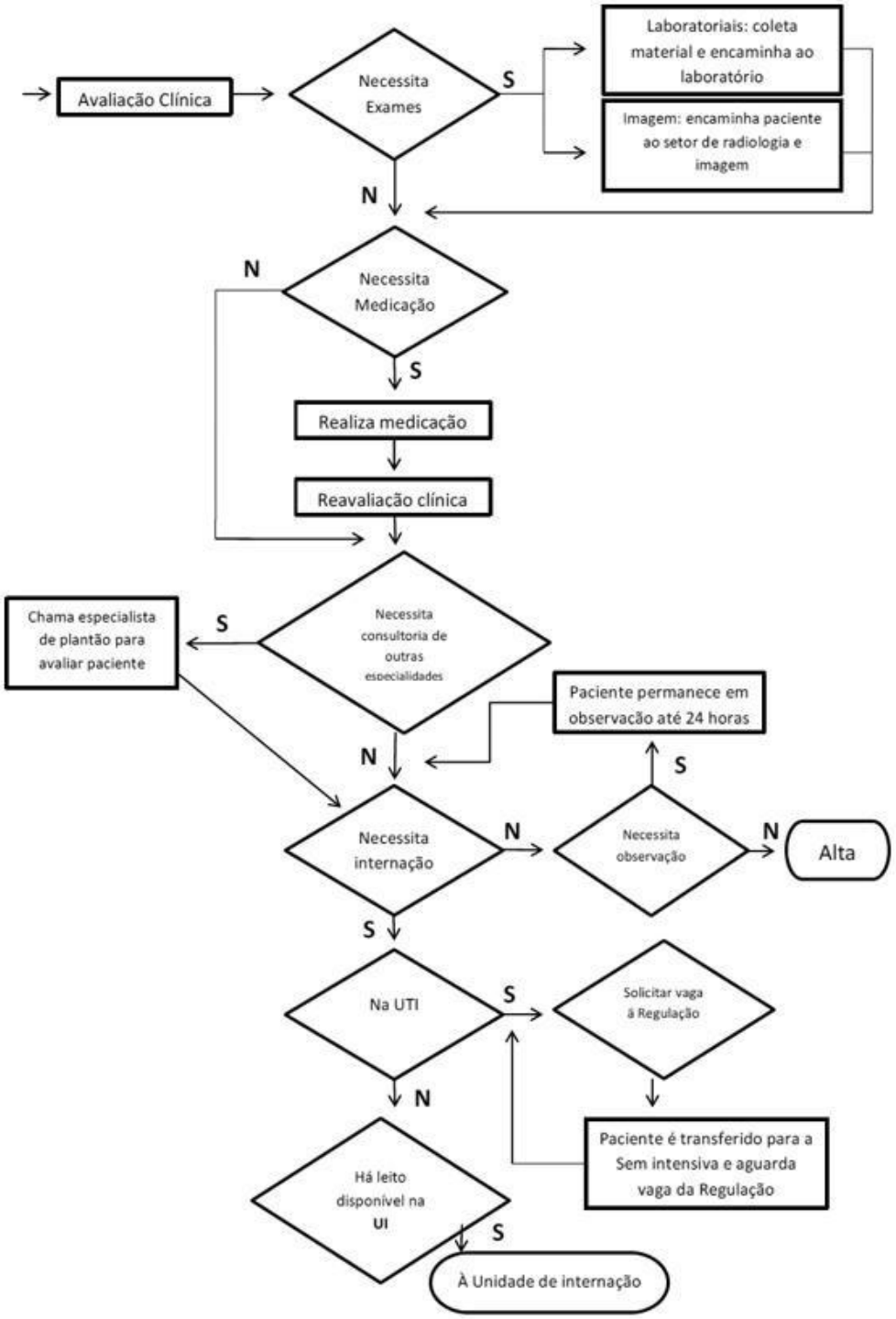
Fluxo de Atendimento da Urgência/Emergência:


PACIENTE DE DEMANDA ESPONTÂNEA OU REFERENCIADA
SOLICITAATENDIMENTO
RECEPÇÃO ENCAMINHA PARA ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
CASO DE:
ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO
ATENDIMENTOMÉDICO POR ORDEM DE CHEGADA
NECESSIDADE DE SADT
REALIZAR SADT
MÉDICO REAVALIA PACIENTE
NECESSIDADE DE OBSERVAÇÃO
ENCAMINHAR P/ LEITO DE OBSERVAÇÃO
MÉDICO REAVALIA PACIENTE
ALTA HOSP.
TRANSFERÊNCIA
CIRURGIA
INTERNAÇÃO
LIBERAR PACIENTE
REGULAR E TRANSFERIR
REALIZAR CIRURGIA
ENCAMINHAR P/ UI

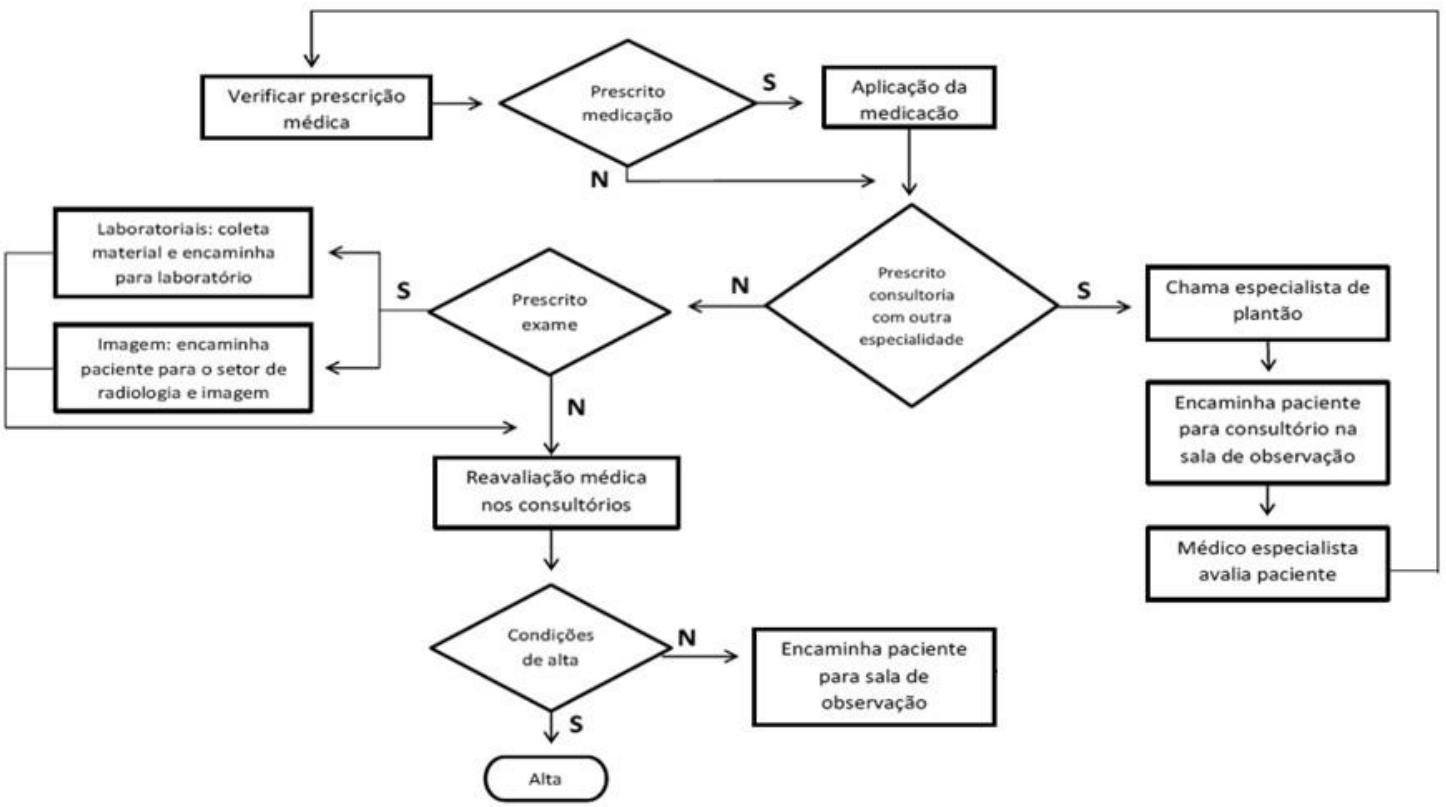
O macrofluxo de atendimento na Urgência/Emergência é apoiado pelos seguintes fluxos, que serão discutidos com toda a equipe do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** para sua efetiva implantação e será operacionalizado e monitorado pela equipe de enfermagem:

- Fluxo interno para realização de exames diagnósticos, por meio de solicitação informatizada com prioridade na realização e devolução, segundo a classificação do ACCR;
- Fluxo do usuário para atendimento médico: será definido o local de espera, onde o usuário aguardará pelo atendimento médico em local específico, de acordo com a classificação do seu agravo;
- Fluxo de consulta médica: o usuário será chamado de acordo com a Classificação do ACCR na seguinte ordem: Amarelo, Verde e Azul (vermelho e laranja deverão ser encaminhados diretamente à sala de emergência);
- Fluxo do usuário para o atendimento de enfermagem: será discutida com a equipe de enfermagem a implantação da Consulta de Enfermagem e, desta forma, após abertura da Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) o usuário será encaminhado à Consulta de Enfermagem;
- Fluxo da Sala de Observação, da Sala de Inalação e Medicação e Sala de Suturas, conforme exemplos abaixo, a serem readequados, em conjunto com as equipes de atendimento, após o início das atividades na unidade. Todos os locais de atendimento deverão ter seus fluxos redesenhados e pactuados internamente;

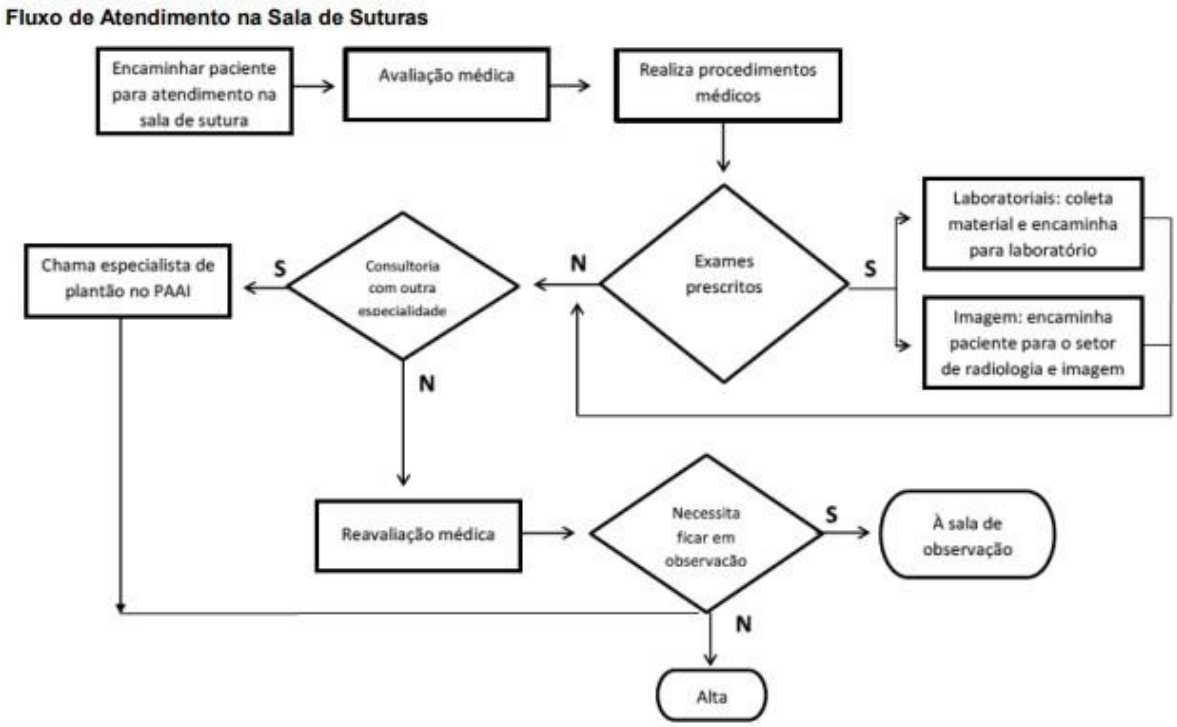
Fluxo de Atendimento da Sala de Observação



Fluxo de Atendimento da Sala de Inalação e Medicação



Fluxo de Atendimento da Sala de Suturas:



- Fluxo de Atendimento no Ambulatório: O atendimento ambulatorial deverá atender pacientes referenciados com critérios definidos pelo Complexo Regulador Estadual, para as especialidades definidas. O atendimento compreende: primeira consulta, interconsulta, consultas subsequentes (retornos) e procedimentos terapêuticos realizados por profissionais não médicos.

  a) Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do usuário a um profissional de determinada especialidade, por uma determinada patologia.

  b) Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, tanto no que refere ao atendimento médico quanto ao não médico.

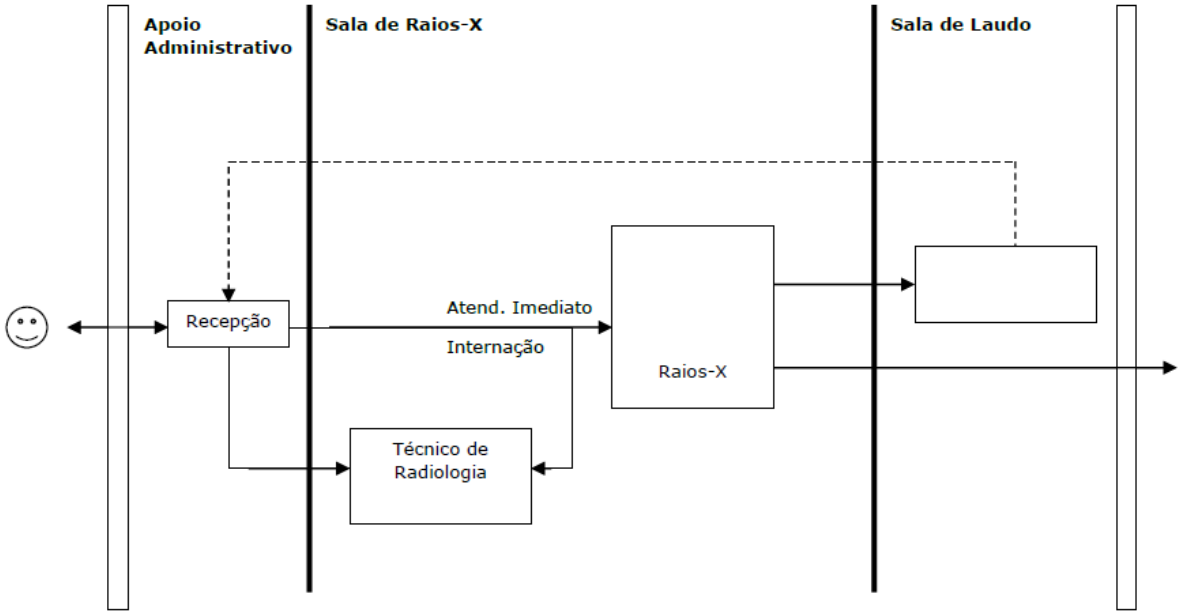
  c) As demais consultas deste cliente (retorno) serão consideradas consultas subsequentes, mesmo que atendido por outro profissional que não o inicial, desde que dentro da mesma especialidade.

Fluxo de atendimento do Ambulatório:

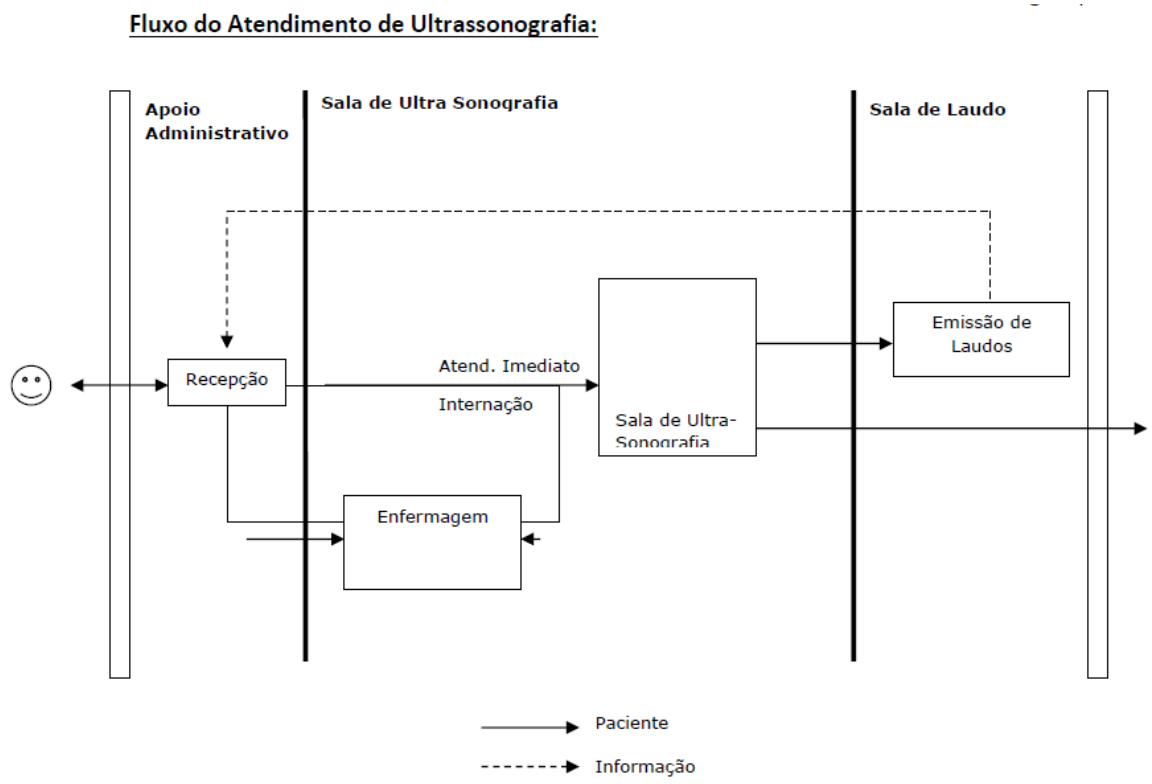
- Fluxo do Serviço de Apoio Diagnóstico: exames disponibilizados aos pacientes atendidos em regime de urgência/emergência, internação e ambulatorial do Hospital. Os Exames de tomografia e raio x solicitados de emergência/urgência no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** deverão ser realizados imediatamente após sua solicitação em pacientes vítimas de trauma e nas demais situações urgentes, em até 30 minutos após sua solicitação, e o resultado não poderá ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização.

  Exames solicitados em caráter eletivo deverão ser realizados no máximo em 24 horas após sua solicitação, salvo aqueles solicitados em vésperas de feriados e às sextas-feiras, que deverão ser realizados no primeiro dia útil subsequente.

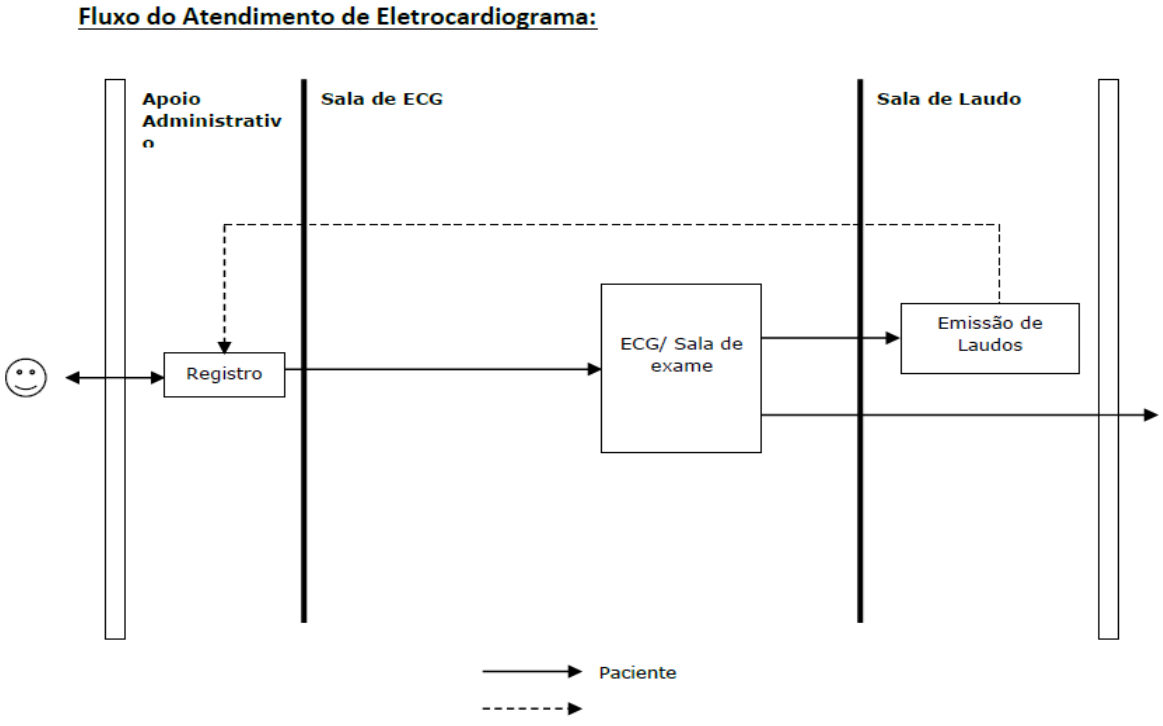
Fluxo da Radiologia:



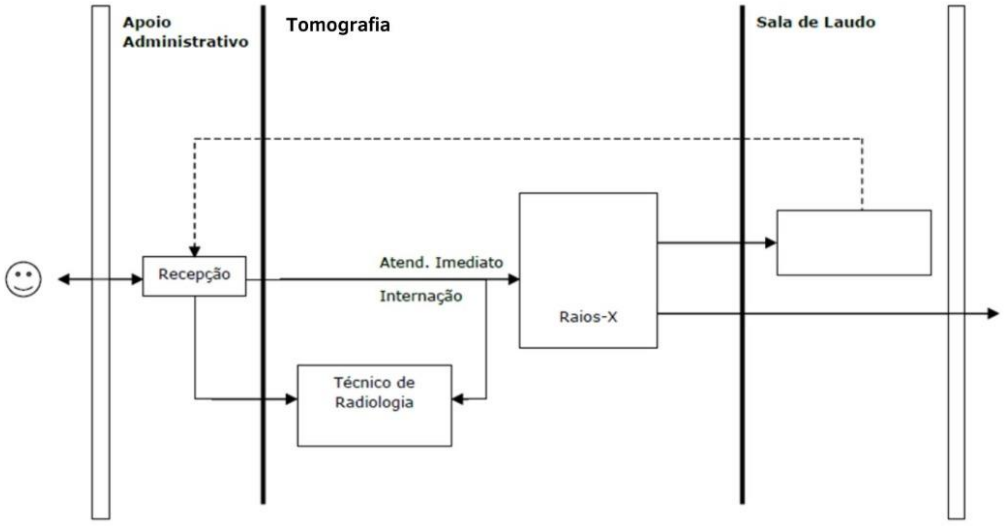
Fluxo da Ultrassonografia:



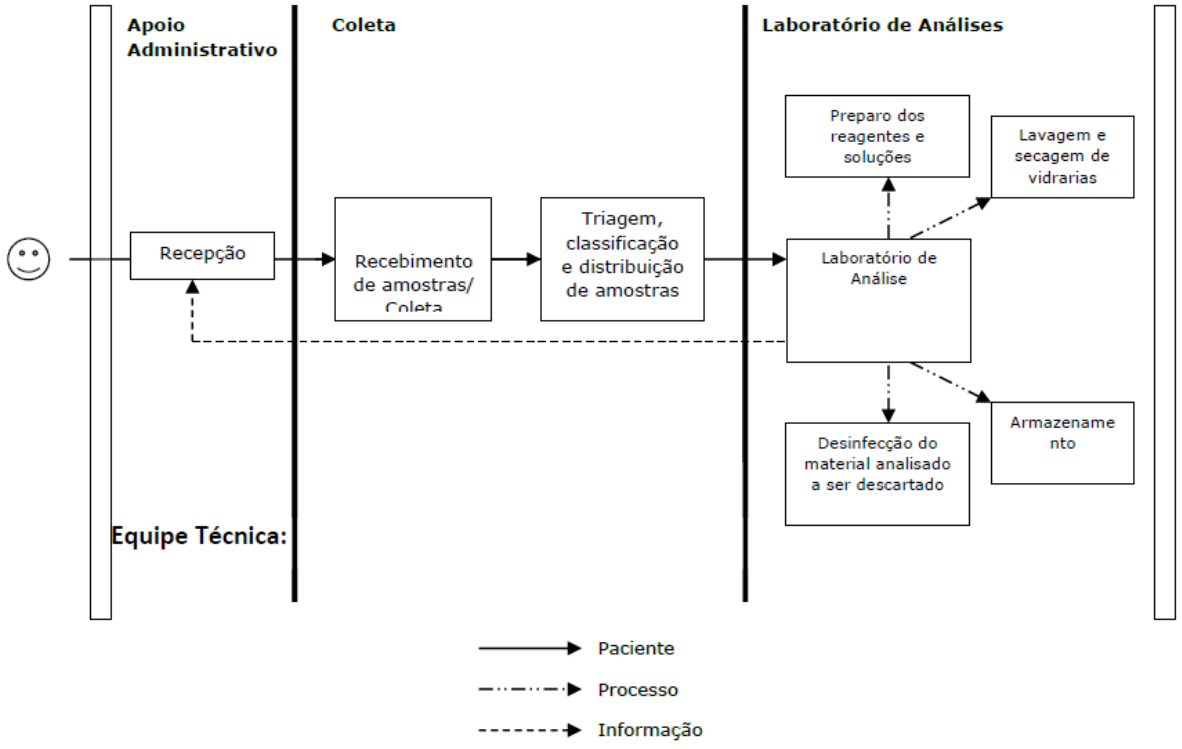
Fluxo da Eletrocardiografia:



Fluxo de Tomografia:



Fluxo do Laboratório de Análises Clínicas:

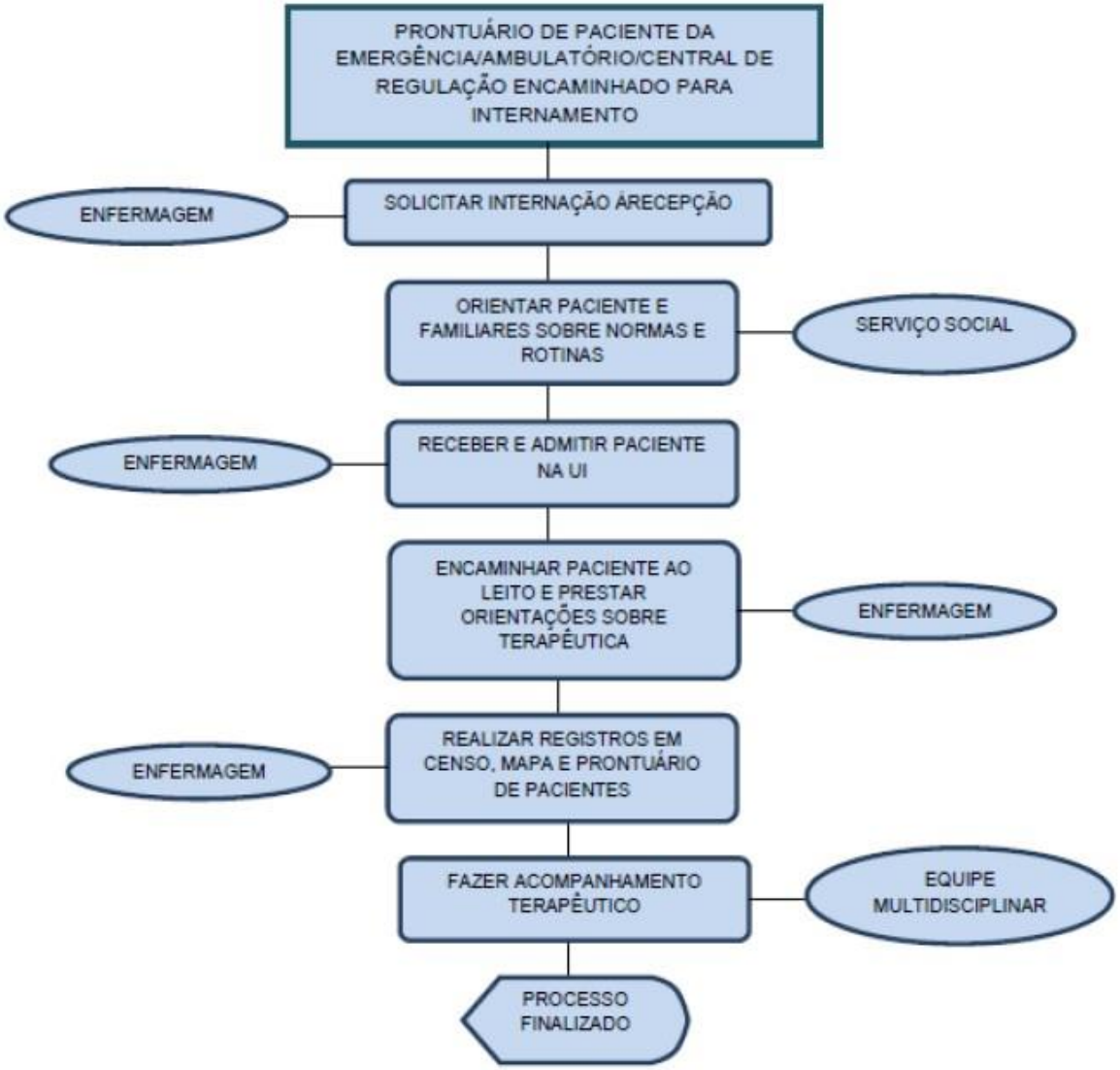


- Fluxo da Internação: A solicitação de internação poderá ser oriunda do Complexo

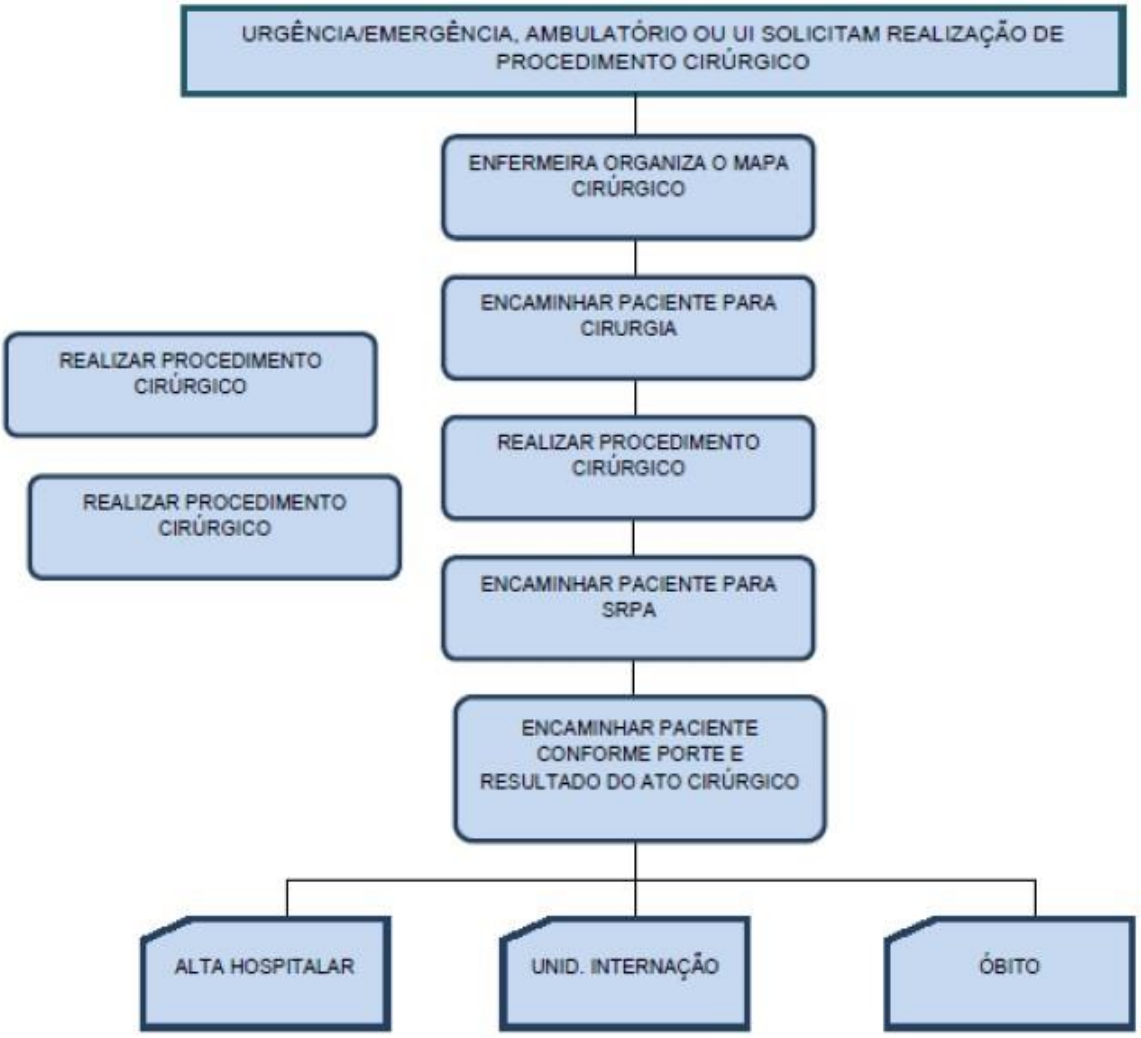
Regulador Estadual e/ou do Setor de Urgência/Emergência.

O médico responsável pelo atendimento deverá preencher o laudo médico para a emissão da Autorização de Internação Hospitalar. O registro da AIH deverá conter, além da identificação do paciente, informações de anamnese, exame físico, exames subsidiários (quando houver), as condições que justifiquem a internação e o diagnóstico inicial. O médico registrará ainda, em campo próprio, o seu CRM e CPF, assim como, o código do Procedimento Solicitado correspondente ao diagnóstico constante do laudo Médico, de acordo com a Tabela SIH-SUS. Caberá à Enfermagem solicitar a vaga ao setor de internação para a admissão. O setor de internação irá realizar os procedimentos administrativos para a acomodação do paciente no leito de acordo com o perfil cirúrgico ou clínico.

Fluxo de Internação:



Fluxo da de Utilização do Centro Cirúrgico:



- Fluxo de informações aos familiares/acompanhantes: adoção de Boletim Informativo com informações sobre o estado de saúde dos usuários, a ser disponibilizado ao Serviço Social a cada troca de plantão;
- Fluxo de visitas de familiares, com dois horários específicos para a visita de familiares e troca de acompanhantes (a permanência de acompanhantes nas salas de observação (adulto e infantil) e na sala de medicação será permitida apenas para pacientes menores de 18 anos e maiores de 60 anos de idade. Alguns casos podem ser considerados exceções e serão avaliados e tratados pela equipe assistencial presente).

O acolhimento e autorização para acesso de pessoas será feito, exclusivamente, pelas entradas principais de atendimento do edifício, sendo proibido o trânsito por portas secundárias, salvo em casos excepcionais.

O trânsito de funcionários e prestadores de serviços nas dependências do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será realizado, exclusivamente, pela entrada de serviço.

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

- Serão reconhecidos como crachás – adesivos autocolantes:

Acompanhante: destinado a acompanhantes de pacientes que farão uso dos serviços prestados no Hospital;

Visitante: destinado a visitantes, fornecedores e demais pessoas que desejem ter acesso às dependências da Maternidade, em horários e locais de acesso previamente determinados e autorizados;

Funcionários: Crachá funcional/nominal;

Prestador de Serviço: destinado a profissionais terceirizados e que prestem serviços, necessitando de acesso às instalações.

A entrega de crachá e ou adesivos autocolantes, só se dará mediante a apresentação pelo interessado de documento de identidade do mesmo. Os mesmos deverão ser usados na parte superior do corpo, em local de fácil visualização.

Os funcionários em trânsito também deverão ser identificados através do crachá e ter a entrada registrada em livro próprio ou controle eletrônico. Nos casos em que o colaborador em trânsito não estiver portando o crachá, a Recepção Central deverá verificar junto a Coordenação o cadastro do profissional e só então liberar o acesso deste às dependências, conforme o caso.

Os funcionários das empresas terceirizadas a exemplo dos profissionais de Nutrição, Dietética e Manutenção, no exercício de suas funções dentro das instalações do **Hospital**

Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó também deverão possuir e fazer o uso de crachá de identificação próprio da empresa contratada.

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

A critério da Direção poderá ser interditado o acesso, a passagem ou a permanência de pessoas em quaisquer partes do edifício, ficando ainda proibido o acesso de vendedores, agenciadores. Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios servidores da Instituição. Fica proibido o ingresso e a utilização de cigarro, tabaco ou quaisquer outras substâncias ilícitas dentro das instalações, sendo vedada a entrada de visitantes ou prestadores de serviços alcoolizados.

Trânsito de volumes, objetos e bens móveis

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

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

Vigilância e Segurança Patrimonial

Haverá plena fiscalização das equipes de vigilância, devendo as mesmas ser executadas por empresa contratada, na forma da legislação vigente.

É expressamente proibido manter ou guardar substâncias capazes de fornecer risco à segurança dos prédios (Sede e Unidades), notadamente explosivos e inflamáveis, substâncias tóxicas ou materiais que exalem odores e impacto ambiental, salvo quando houver instalações

apropriadas para tal e com pleno consentimento/deliberação superior, bem como os casos aplicáveis à gestão dos resíduos de saúde, constantes nesta Proposta de Trabalho.

Os aparelhos e equipamentos de uso comum somente poderão ser instalados ou remanejados por pessoas devidamente habilitadas.

Em caso de sinistro, conflito ou qualquer outra situação que possa afetar a ordem e a segurança, o esvaziamento do prédio será conduzido por pessoas treinadas, pertencentes ao Serviço de Vigilância, à Gerência de Logística e à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

Qualquer desaparecimento de material, bem como os danos decorrentes de má utilização ou uso indevido das instalações, equipamentos e materiais deverá ser comunicado, imediatamente e por escrito à autoridade responsável por esta atribuição.

O responsável pela Unidade/Posto e consequentemente pelas instalações, equipamentos ou materiais sob sua guarda e responsabilidade, deverá comunicar primeiro o Diretor Geral para providências de registrar o Boletim de Ocorrência Policial, em até três dias úteis, subsequentes ao conhecimento do fato.

A Diretoria adotará providências cabíveis, promoverá a instauração de sindicância visando à apuração do ocorrido, bem como comunicar à empresa prestadora de serviço de vigilância.

Concluída a sindicância e caracterizada a existência de responsável pela avaria ou desaparecimento do material, independentemente de outras penalidades, sujeitar-se-á o envolvido a uma das seguintes opções:

a) Arcar com as despesas da recuperação do material;
b) Substituir o material por outro com as mesmas características;
c) Indenizar em dinheiro, esse material, de acordo com o preço de mercado atualizado.

O Hospital não se responsabilizará pelo desaparecimento de materiais e objetos de propriedade particular, não cabendo assim, qualquer providência administrativa.

As correspondências de qualquer espécie deverão ser entregues, exclusivamente, no setor destinado ao protocolo.

É vedada a colocação de móveis ou de quaisquer objetos que obstruam as áreas de circulação e partes comuns das instalações e/ou imediações do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

Circuito Interno de TV - CFTV/Sala de Monitoramento

Será implantado um Sistema de Monitoramento através de Circuito Interno de TV-CFTV, composto por um avançado parque tecnológico de câmeras, monitores e acessórios correlatos para monitoramento, em tempo real, de toda a situação interna e externa do Hospital.

Tal sistema implantará câmeras de monitoramento em locais estratégicos para manutenção da segurança do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, como recepção e locais de circulação, entrada e saída de pessoas/colaboradores, estacionamento, almoxarifado, farmácia e corredores internos, além da possibilidade do monitoramento das calçadas e imediações do prédio, na forma da legislação vigente.

Sala de Monitoramento equipada com monitores, que transmitirão as informações para o gestor e para o setor de segurança, e que ficarão gravadas para consulta/providências cabíveis.

O monitoramento também poderá ser realizado à distância por setores/pessoas previamente autorizadas, que poderão tomar providências imediatas e eficazes para resolução dos problemas sem, contudo, dispensar a atenção.

A instalação do circuito obedecerá à legislação vigente. Estas placas de aviso serão instaladas nos locais monitorados e informarão sobre o circuito de câmeras, proporcionando embasamento jurídico/legal, bem como ampliando a sensação de segurança para as pessoas/colaboradores.

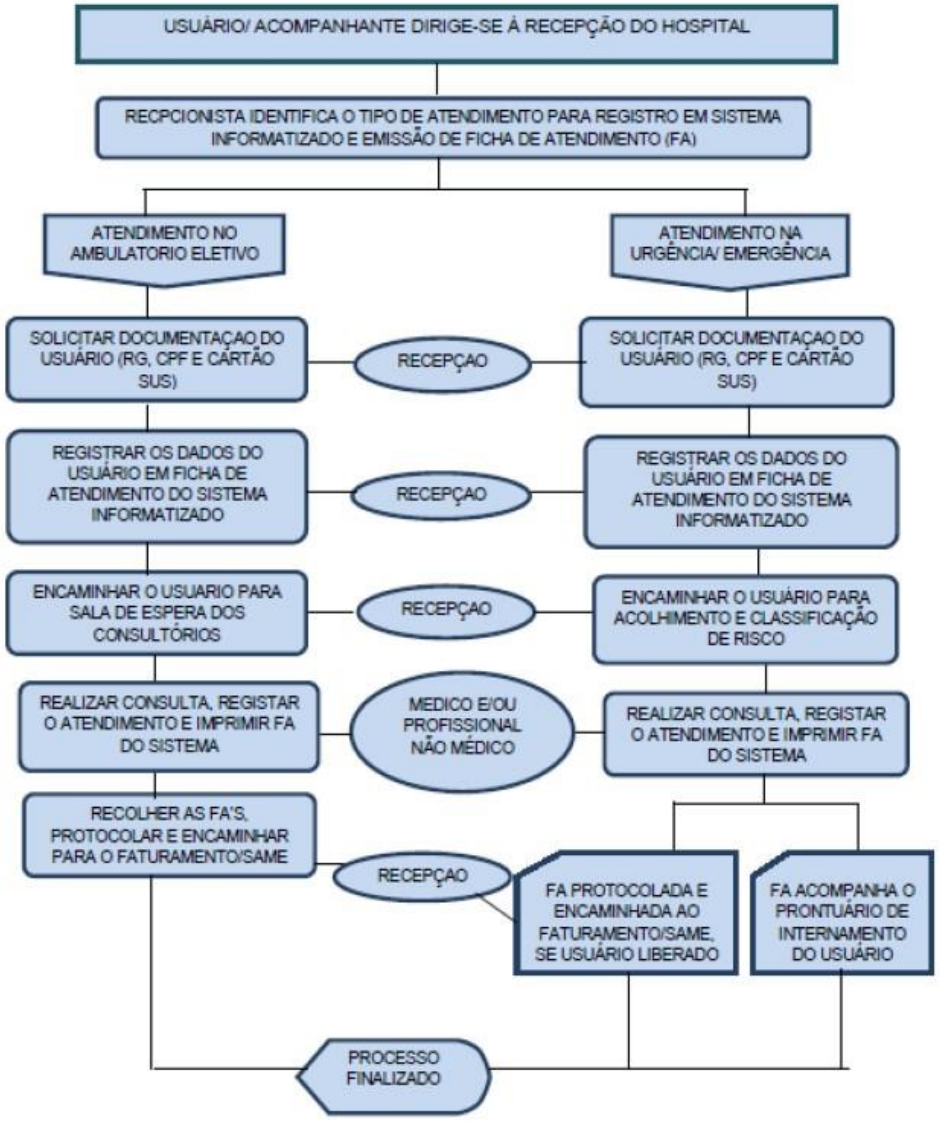
2.1.2. Fluxos para Registros e Documentos de Usuários e Administrativos

O registro de documentos de usuários no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** seguirá o fluxo de atendimento.

Ao dar entrada no serviço, conforme fluxo de referência do complexo regulador o paciente será admitido e aberto prontuário único, onde serão inseridos todos os registros médicos e da equipe multiprofissional, conforme atendimento recebido. Após encerrado o

atendimento, com a saída do paciente, o prontuário será impresso e arquivado no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME.

Fluxo para emissão de ficha de atendimento do usuário:



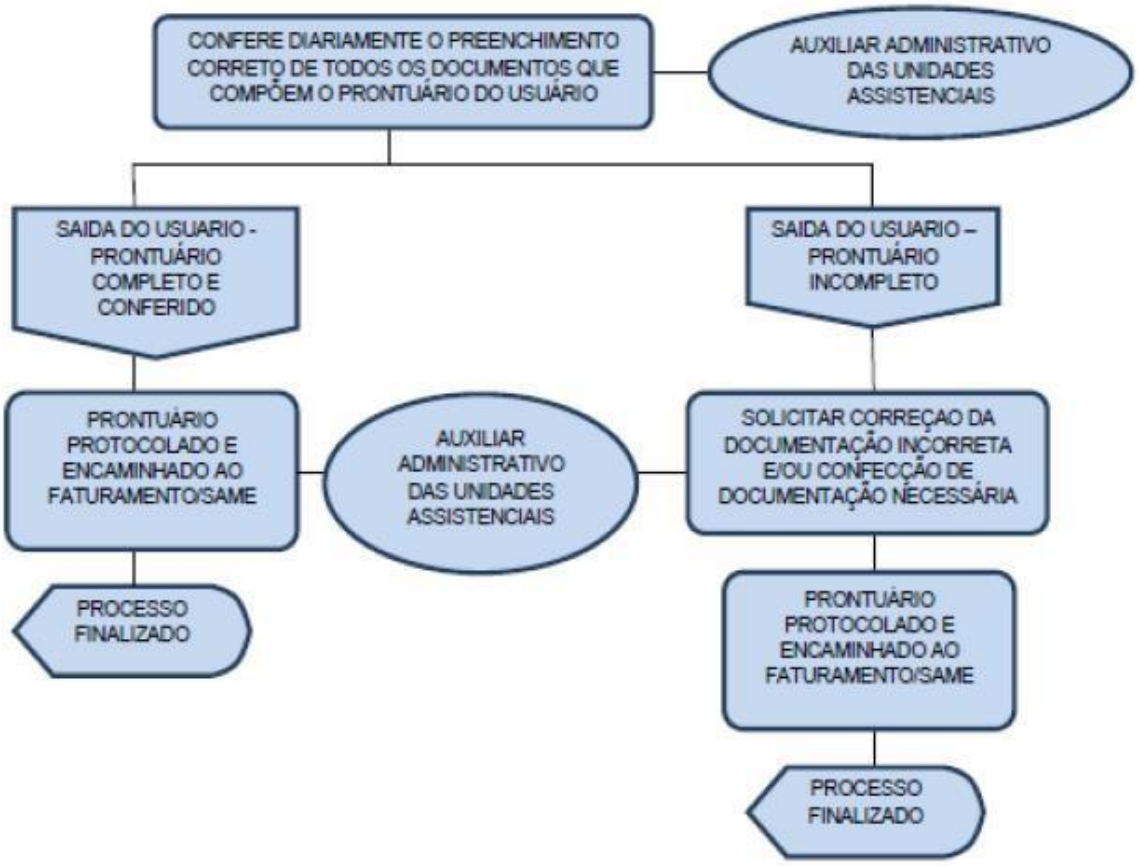
Conforme proposta de Gestão da Informação será utilizado sistema de prontuário eletrônico, documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde de usuários e seus familiares oportunamente registrados e a assistência a ele prestada. De caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade prestada ao indivíduo.

O Código de Ética Médica prevê em seus Capítulos e Artigos a garantia e segurança das Informações e documentos pertinentes ao paciente e todos os atos e Procedimentos relacionados aos mesmos enquanto clientes e usuários das Instituições de saúde.

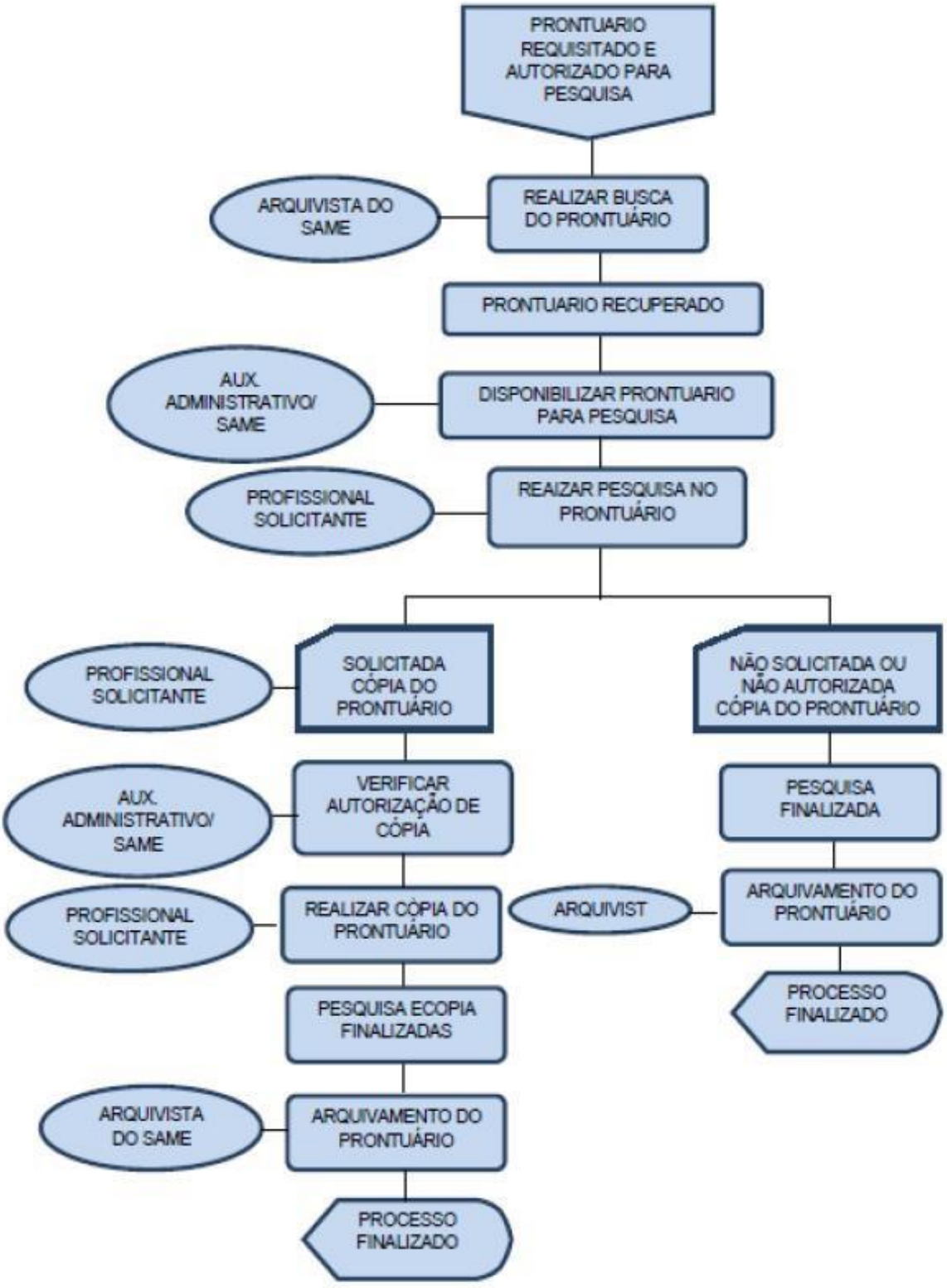
Sendo assim, estes documentos serão mantidos inseridos nos prontuários dos pacientes e estarão disponíveis para consultas durante todo o acompanhamento do paciente na Instituição ou a posteriori se, solicitado pelo próprio paciente ou pessoa formalmente designada.

As informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, devem ser todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico, de enfermagem, de fisioterapia, de nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME.

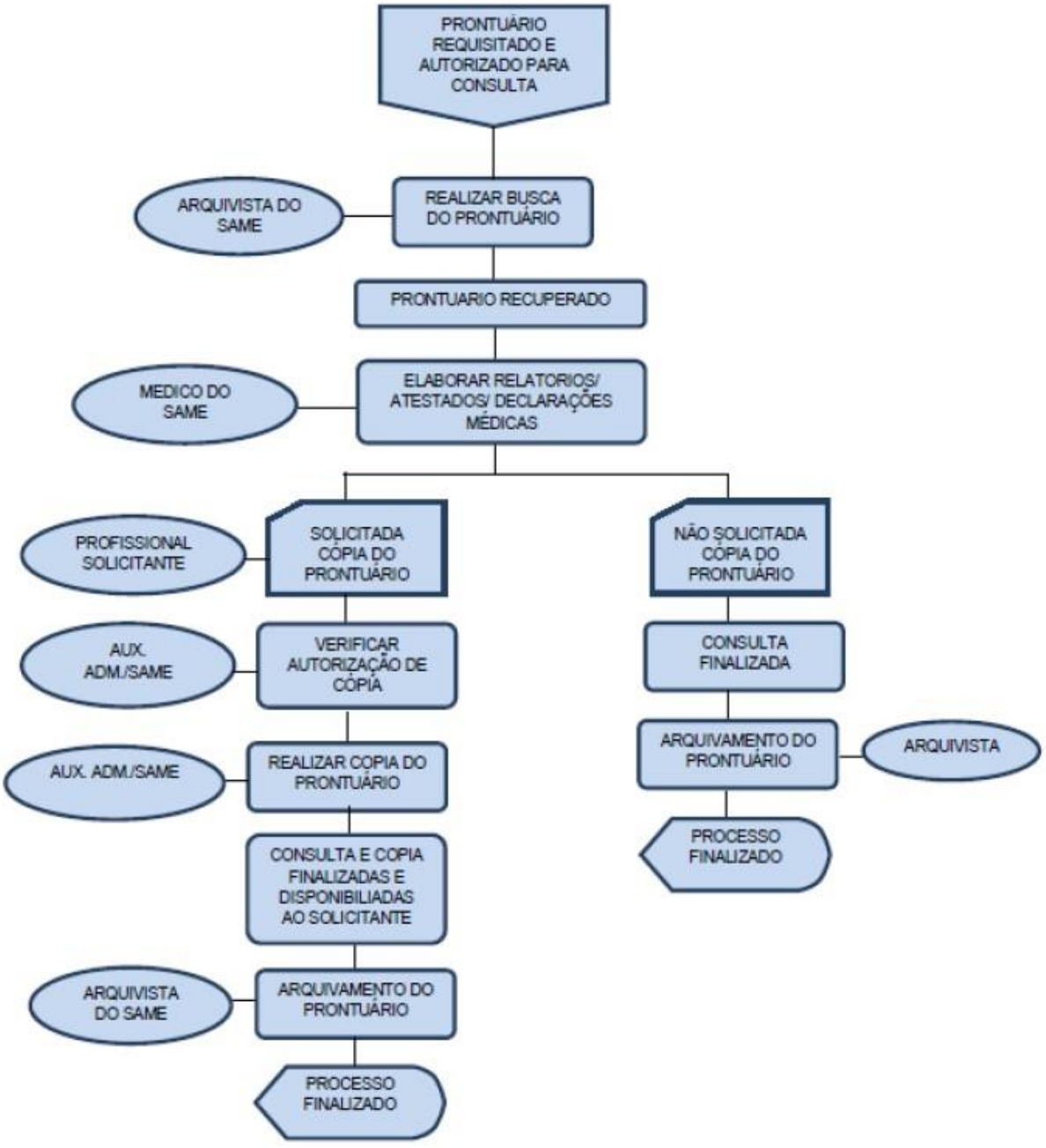
Processo de organização do prontuário:



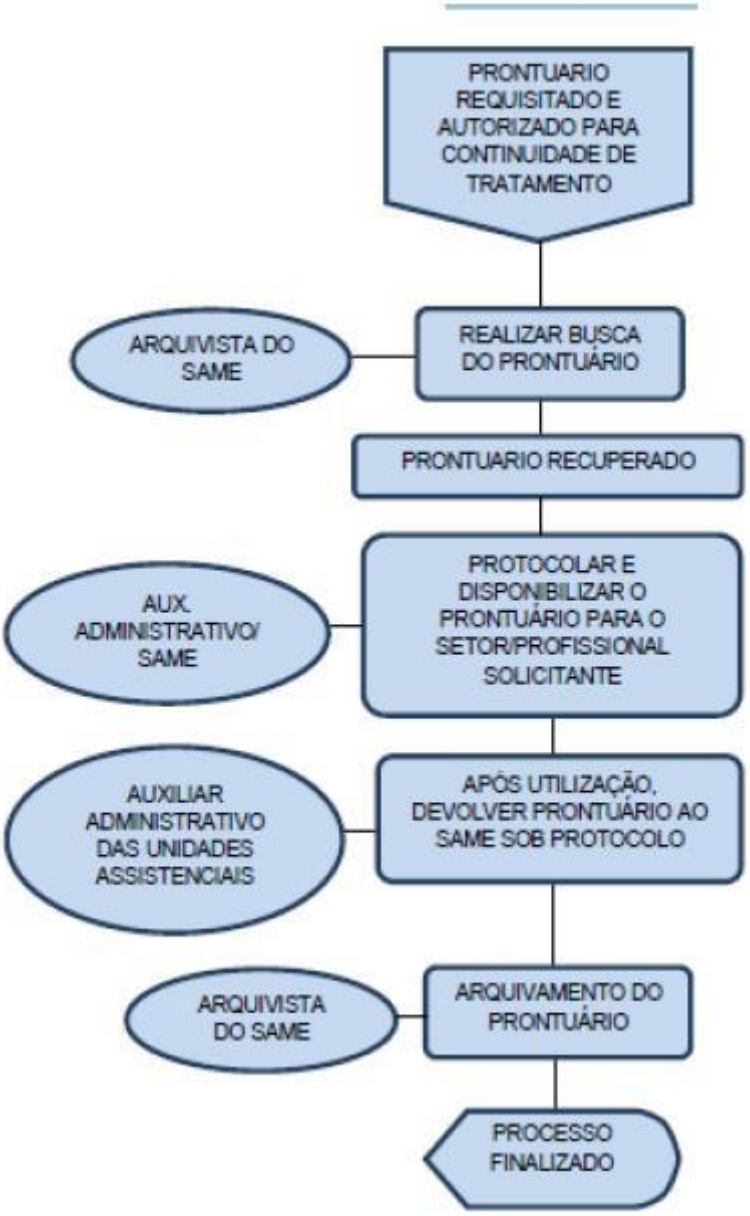
Processo de consulta a prontuário do usuário para pesquisa:



Processo de consulta à prontuário do usuário para fins jurídicos:

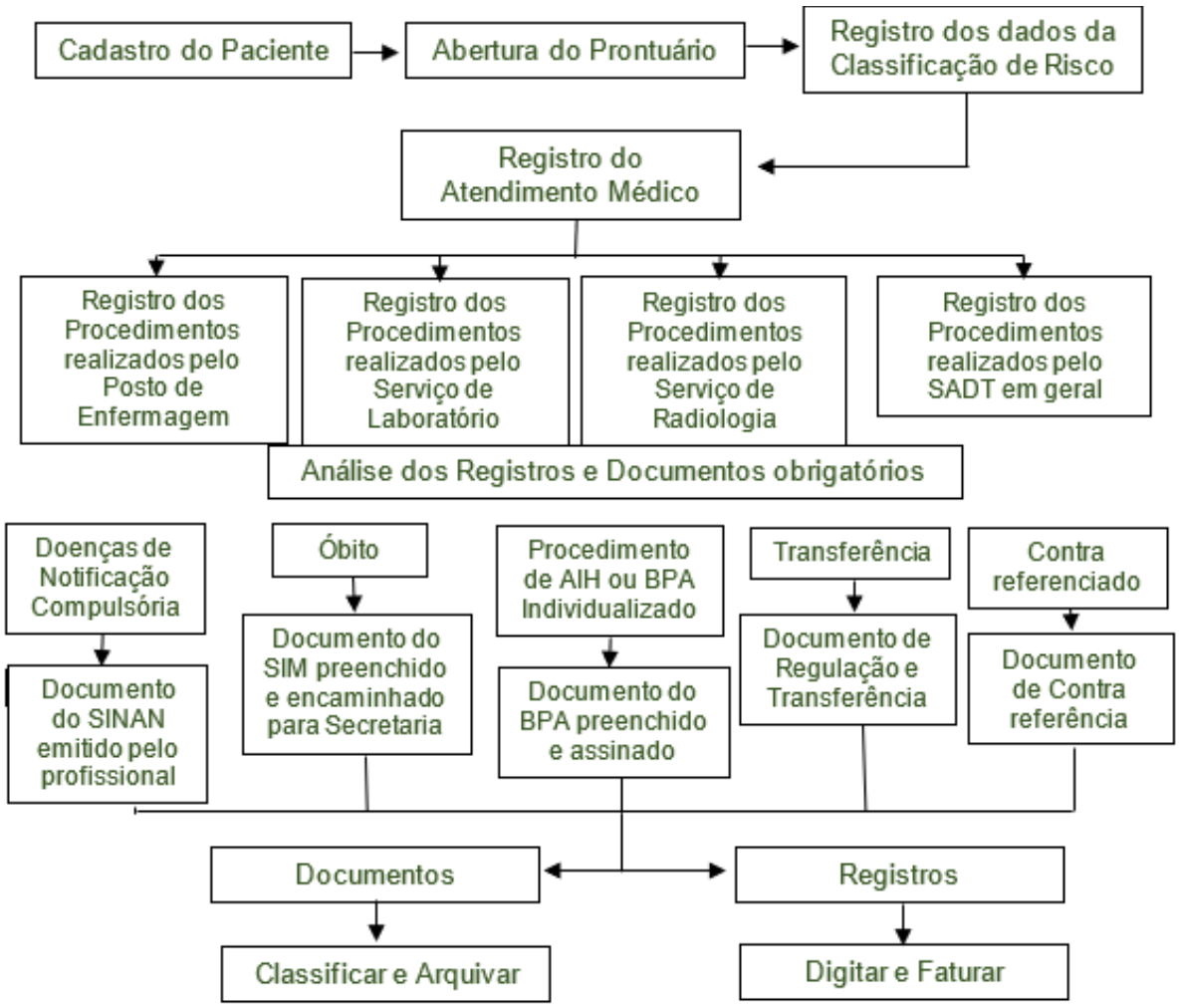


Processo de consulta à prontuário do usuário par continuidade do tratamento:



Além do prontuário, a unidade de saúde produz como documentos técnicos os protocolos, os relatórios de atendimento, as notificações, os encaminhamentos, atestados, entre outros. Nas unidades de saúde gerenciadas todo documento de cunho técnico antes de ser divulgado ou encaminhado deverá ser avaliado e aprovado pela Diretoria Técnica.

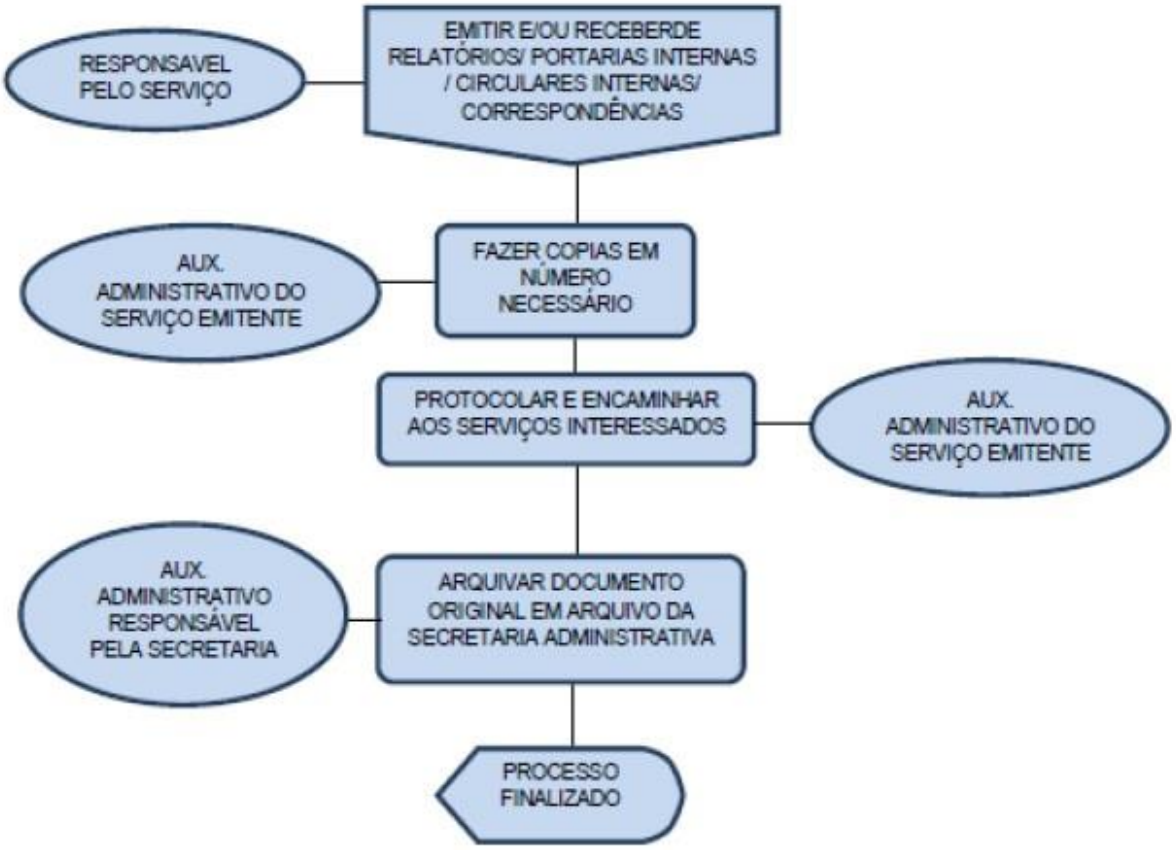
Fluxo para Registros de Documentos dos Usuários:



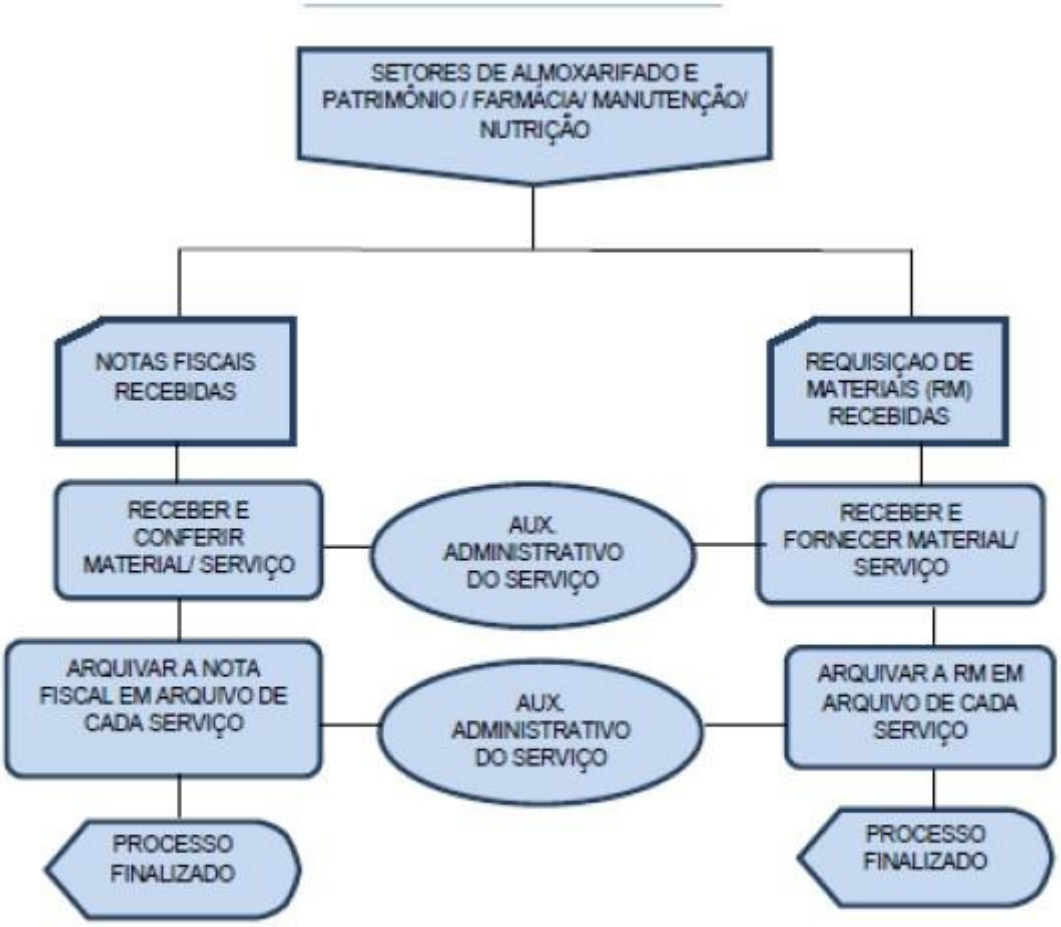
No caso dos **documentos e registro administrativos**, devido as diversas frentes de trabalho do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, são gerados diversos tipos, a saber:

- ✓ documentos de comunicação (ofícios, CI, livros de ocorrência, etc.)
- ✓ documentos informativos (folder, banners, etc.)
- ✓ documentos de controle de pessoal (escala, frequência, etc.)
- ✓ documentos envolvidos na aquisição de produtos e contratação de serviços (solicitação de compra, mapa de orçamentos, contratos de serviço, etc.)
- ✓ documentos de prestação de contas (relatórios de atividades, de produção, de despesas, etc.)
- ✓ registro da unidade (resumo do plantão, ocorrências relevantes, distribuição de serviço, etc.)

Processo de circulação e arquivamento de documentos administrativos:



Processo de circulação e arquivamento de requisições de materiais e notas fiscais:



Todos os documentos de cunho administrativo deverão ser aprovados pela Diretoria Administrativa do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** e ter uma cópia arquivada na administração da unidade de saúde.

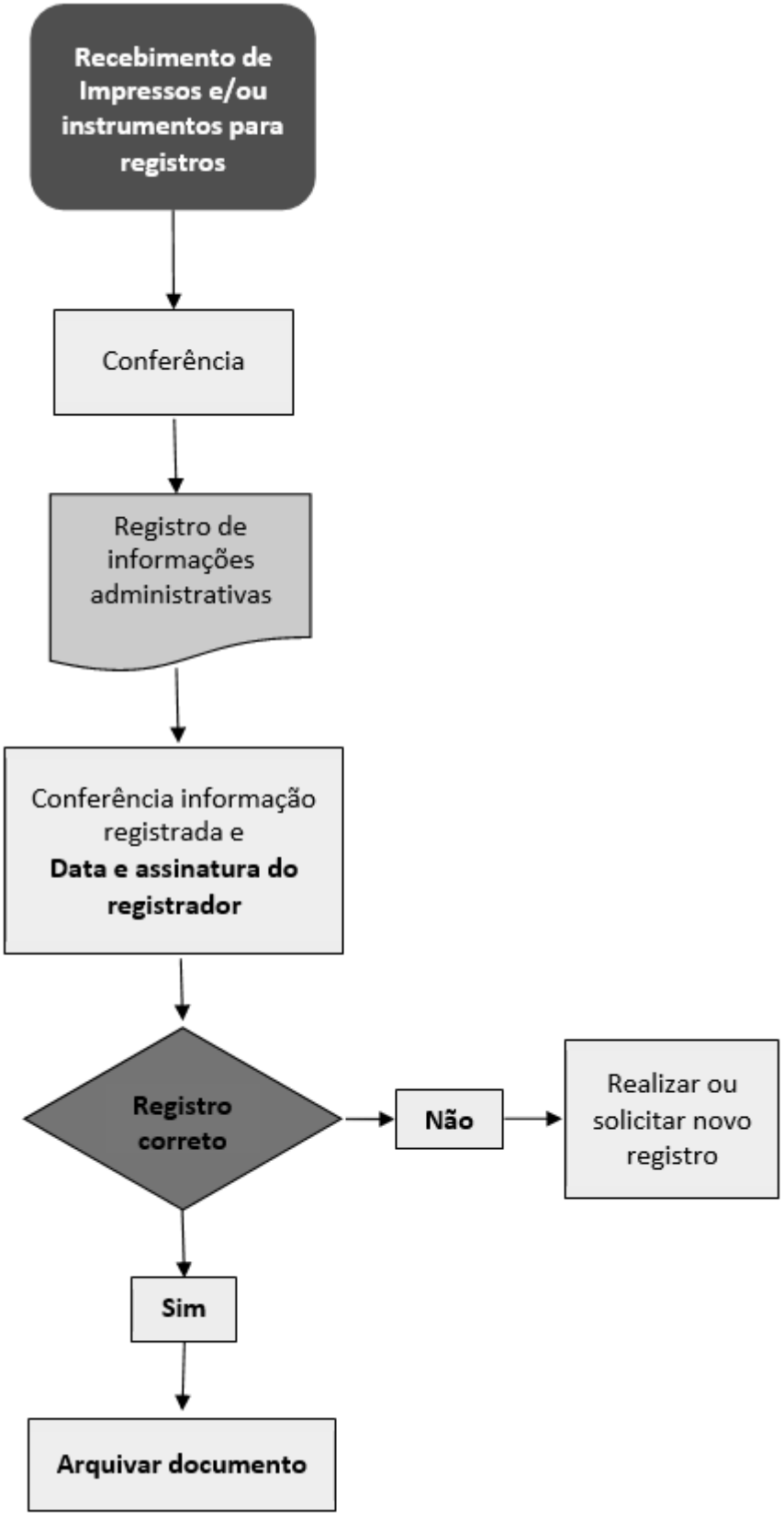
Por questões de padronização, todos os documentos e registro realizados deverão ser assinados e carimbados pelo autor. No caso dos documentos para encaminhamento externo, deverão conter a logomarca do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, do SUS, da Secretaria de Saúde e do INSTITUTO PATRIS ser subscrita pela Diretoria Administrativa.

Internamente, todos os setores deverão registrar as informações do plantão no livro de ocorrência do setor e os mesmos deverão ser visitados diariamente pela chefia direta. Caberá a chefia selecionar as informações relevantes para serem repassadas a equipe gestora da unidade de modo a linearizar as informações do serviço. Os registros relevantes serão repassados a Secretaria de Saúde por meio eletrônico e consolidado, mensalmente, em relatório de registro.

Os documentos para órgãos externos, deverão ser assinados pelo Diretor Geral, juntamente com o emitente, seguindo o padrão de formatação determinado pelo Diretoria Administrativa.

Os documentos técnicos e assistenciais, a exemplo de notificações, declarações, atestados, entre outros, serão emitidos pelo profissional que realizou o atendimento devendo ser registrado em livro de ocorrência e/ou espaço reservado do sistema em uso na unidade de acordo com o normatizado pelos gestores técnicos.

Fluxo para registro de Documentos Administrativos:



2.1.3. Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados e Roupas

O **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** possui estrutura para executar a desinfecção e esterilização dos materiais utilizados na assistência ao paciente, dispõe de autoclaves para o processamento de materiais, dessa forma a Organização Social irá manter a equipe técnica/operacional da área de saúde com conhecimento em CME (Central de Material e Esterilização) e que será responsável pela realização deste serviço.

A equipe técnica local ficará responsável por todo o processo da CME (limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda e distribuição dos produtos para todas as unidades hospitalares) A periodicidade de processamento desses materiais será diária e nas 24 horas, onde serão estabelecidos fluxos de recebimento, processamento e entrega.

A Unidade irá atender a RDC 15 de 2012 que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

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

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

Os conceitos usados para os procedimentos são:

LIMPEZA

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

procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes.

DESCONTAMINAÇÃO

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

DESINFECÇÃO

É o processo físico ou químico de destruição de microrganismos.

ESTERILIZAÇÃO:

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

ARTIGOS:

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

SUPERFÍCIES:

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

Estrutura Física

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

- Os pisos e paredes devem ser laváveis, com o mínimo de juntas e em bom estado de conservação.
- As bancadas devem ser usadas para inspeção, preparo, embalagem, conferência e apoio. Devem ser de fácil higienização e favorecer a ergonomia do funcionário.

- As superfícies devem ser impermeáveis, lisas, laváveis, de cor clara e de fácil manutenção.
- O ambiente deve ser iluminado para favorecer a conferência da limpeza. Porém deve-se evitar o contato direto da luz do sol na área de armazenagem.
- As janelas da CME devem ser protegidas com telas milimétricas para evitar a entrada de insetos e roedores.
- A ventilação mecânica ou natural é permitida na área suja, porém deve ser evitada na área limpa e estéril.

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

Área Suja

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

Área Limpa

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

Área de Guarda e distribuição de artigos esterilizados

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

Conforme a RDC 35 de 2010 áreas são descritas em:

Área crítica: Área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos

ou material biológico, para a realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com suscetibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica.

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

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

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

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

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

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

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

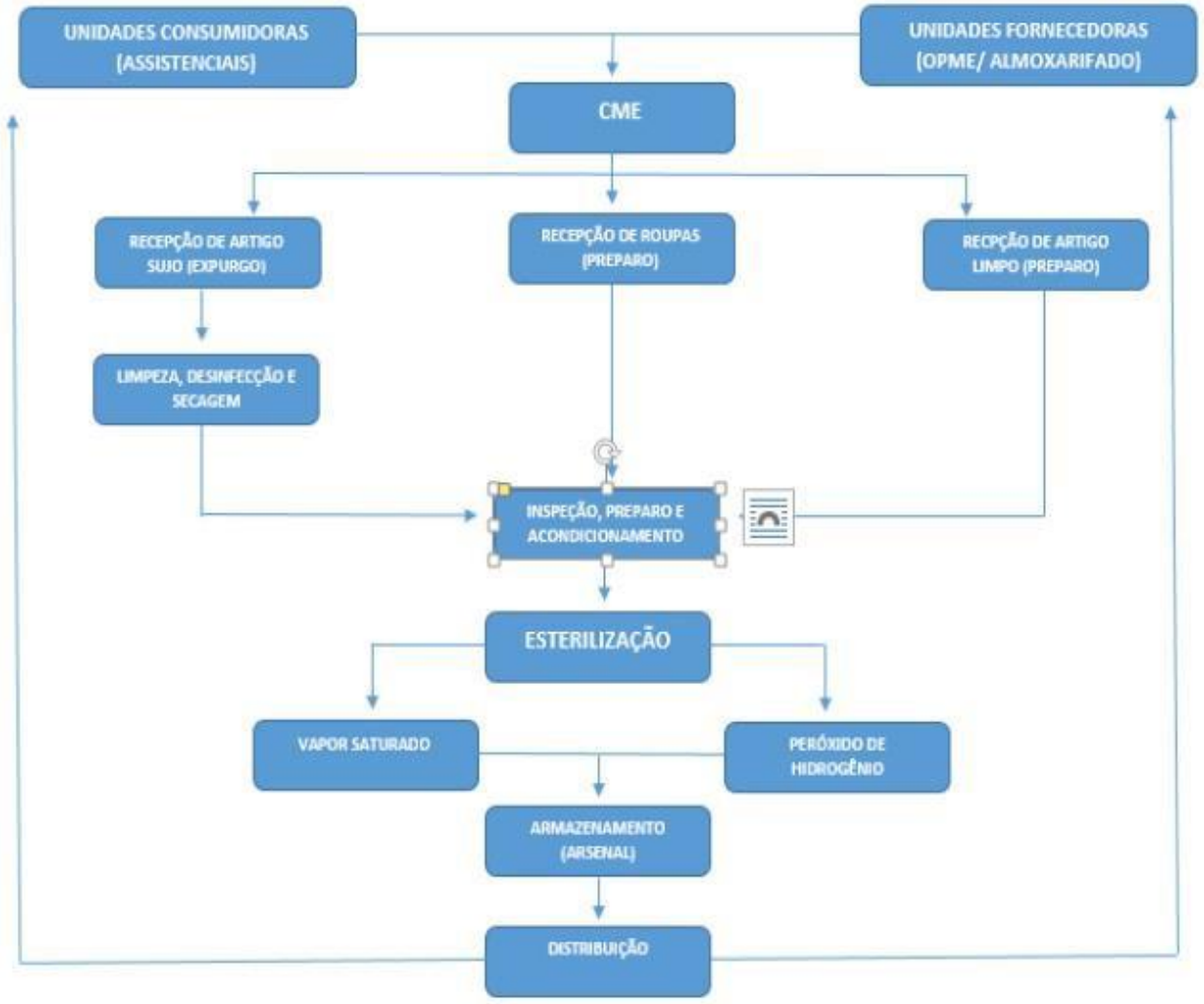
Art. 6º A responsabilidade pelo processamento dos produtos no serviço de saúde é do Responsável Técnico.

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

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

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

Fluxograma 09: Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados



<u>Fluxo de Roupas</u>

A lavanderia um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, sendo responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.**

A coleta de roupa utilizada (suja) nas unidades de saúde gerenciadas será realizada diariamente, das 7:00 às 15:00h, incluindo-se além do enxoval da unidade, as roupas privativas usadas pelas equipes multiprofissionais.

Processamento da roupa

A principal medida na moderna lavanderia hospitalar, para o controle das infecções, foi a instalação da barreira de contaminação que separa a lavanderia em duas áreas distintas:

a) Área suja ou contaminada: destinada à coleta, separação, pesagem e processo de lavagem da roupa hospitalar;
b) Área limpa: destinada a centrifugagem, secagem, calandragem e prensagem da roupa hospitalar.

Processamento da roupa na área suja

Na área de recepção, a roupa é retirada do carro de coleta, a fim de ser separada e pesada. Na área de separação, os sacos de roupa suja são pesados e o resultado do peso é registrado. A boa lavagem começa na separação da roupa suja, quando será classificada segundo o grau de sujidade, tipo de tecido e cor. Após a separação, já em lotes, fardos ou sacos identificados, a roupa é novamente pesada em balança bem nivelada, para controle contábil operacional da lavanderia e da capacidade das lavadoras. Após a pesagem, os fardos ou sacos de roupa identificados devem ser levados até a(s) lavadora(s), onde todo o material necessário para a lavagem deve ser colocado à mão, para evitar desperdícios de tempo e energia.

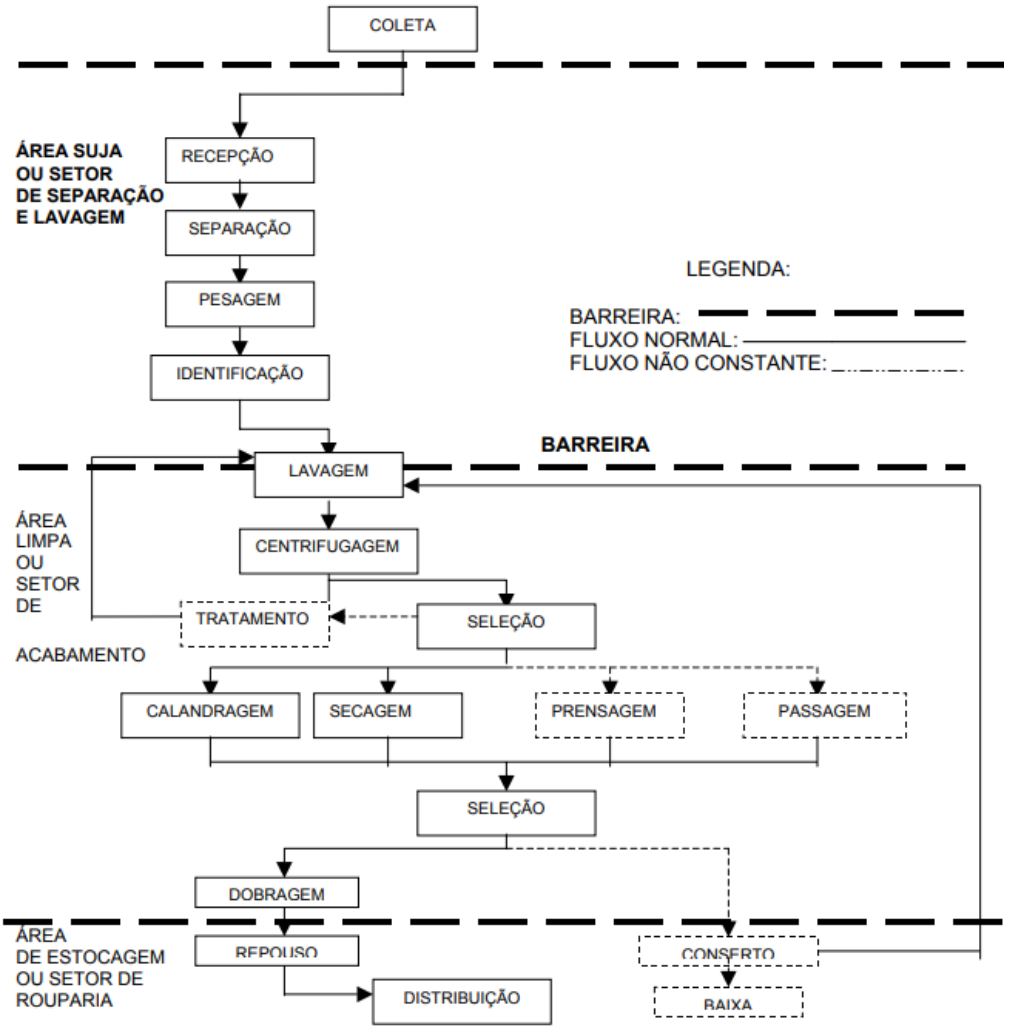
Finalmente, é executada a lavagem da roupa, que consiste na eliminação da sujeira fixada na roupa, deixando-a com aspecto e cheiro agradáveis, nível bacteriológico reduzido ao mínimo e confortável para o uso. Não existe um único processo de lavagem para toda a roupa do hospital, daí a necessidade de classificação ou triagem da mesma, para se determinar o ciclo a ser utilizado.

Processamento da roupa na área limpa

Terminada a operação ou ciclo de lavagem, a roupa passa por um processo que consiste nas seguintes operações: centrifugagem, secagem, armazenamento e distribuição.

Dependendo do tipo de roupa a ser processada, é realizada, após a secagem, a calandragem, operação que seca e passa ao mesmo tempo as peças de roupa lisa (lençóis, conchas leves e campos). Após o aquecimento, a calandra deve ser operada continuamente, em determinado período, para evitar desperdício de energia. Nsta operação, são necessários dois operadores para colocar a roupa molhada e dois para retirar e dobrar a roupa seca ao mesmo tempo. Ao se retirar a roupa, faz-se uma seleção das roupas danificadas, que deverão ser encaminhadas para a costura para reparo ou baixa.

Fluxograma 10: Fluxo de Processamento de Roupas



O serviço de lavanderia do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** é de responsabilidade da equipe de Enfermagem e poderá ser feito por empresa especializada em lavanderia hospitalar que atenda todas as exigências sanitárias e ambientais, seguindo todas as recomendações de controle de infecção hospitalar e as normas e rotinas da boa prática.

2.1.4. Fluxo Unidirecional de Resíduos de Serviço de Saúde

O **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** atenderá as normas vigentes da RDC Nº 222, de 28 de março de 2018 e implantará o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde (PGRSSS), mantendo-se atualizado de acordo com as Normas do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), do Ministério da Saúde, bem como da SUVISA Estadual, do qual será acompanhado pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde.

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

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

01.
Geração do Resíduo
Identificação e Classificação
02.
Acondicionamento e Armazenamento
03.
04.
Transporte
05.
Destinação Final / Reaproveitamento / Reciclagem
Ciclo de Resíduos

Definição de Resíduos de Serviço de Saúde

Resíduo de serviço de saúde ou RSS, por definição, é o resíduo resultante de atividades exercidas por estabelecimento gerador que, por suas características, necessitam de processos diferenciados no manejo, exigindo ou não tratamento prévio para a disposição final.

Os resíduos de serviços de saúde são classificados em cinco grandes grupos como se pode observar na figura abaixo.

Tipos de Lixo:

Grupo A: Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

GRUPOS	CARACTERIZAÇÃO	SETORES GERADORES
Grupo A: Resíduos Potencialmente Infectantes		
A1	Culturas e estoques de micro−organismos resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética; Resíduos resultantes de atividades de vacinação com micro−organismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas; Resíduos resultantes da atenção àsaúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4 (Apêndice II), micro−organismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido; Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta; sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre, equipo de soro, frascos de soro.	Laboratório; Centro de Materiais Esterilizados – CME; Sala de Vacinas e Banco de Sangue; Enfermarias; Consultórios, Sala de Gesso, Emergência Trauma, Emergência Clínica.
A2A3	Não gerados na instituição	
A4	Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico oulegal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.	Centro Cirúrgico; Seção de Urgência e Emergência; Ambulatórios e Clínicas
A5	Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores; filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico−hospitalar e de pesquisa, entre outros similares; sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou micro−organismo causador de doença emergente que se torneepidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons; tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo; recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre; peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica; carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de micro−organismos, bem como suas forrações; cadáveres de animais provenientes de serviços de assistência; Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós−transfusão.	Box de Hemodiálise, Laboratório, UTI's, Centro Cirúrgico, CME e Banco de Sangue
	Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantese demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.	Não identificado

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

GRUPOS	CARACTERIZAÇÃO	SETORES GERADORES
Grupo B: Resíduos Químicos		
B1	Não gerados na instituição	
B2	Medicamentos vencidos, amostras grátis de medicamentos e produtos vencidos, kit's de ensaio, frascos e sobras de reagentes em geral.	Farmácia e ConsultóriosMédicos. Laboratório, Banco de Sangue, Unidades de internação, UTI, Centro Cirúrgico Serviço de Higienização eLimpeza, CME, CC. Setor de Radiologia
	Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais	
B3	vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou	
	legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.	
	Glutaraldeído, hipoclorito, álcool, sabão enzimático (Endozime), sabão neutro,	
B4	água oxigenada, vaselina, azul de metileno, formalina, Desincrustante	
	(Proxitano).	
B5	Reveladores, Fixadores, Filmes.	

Grupo C: Não há geração de resíduos radioativos no Hospital.

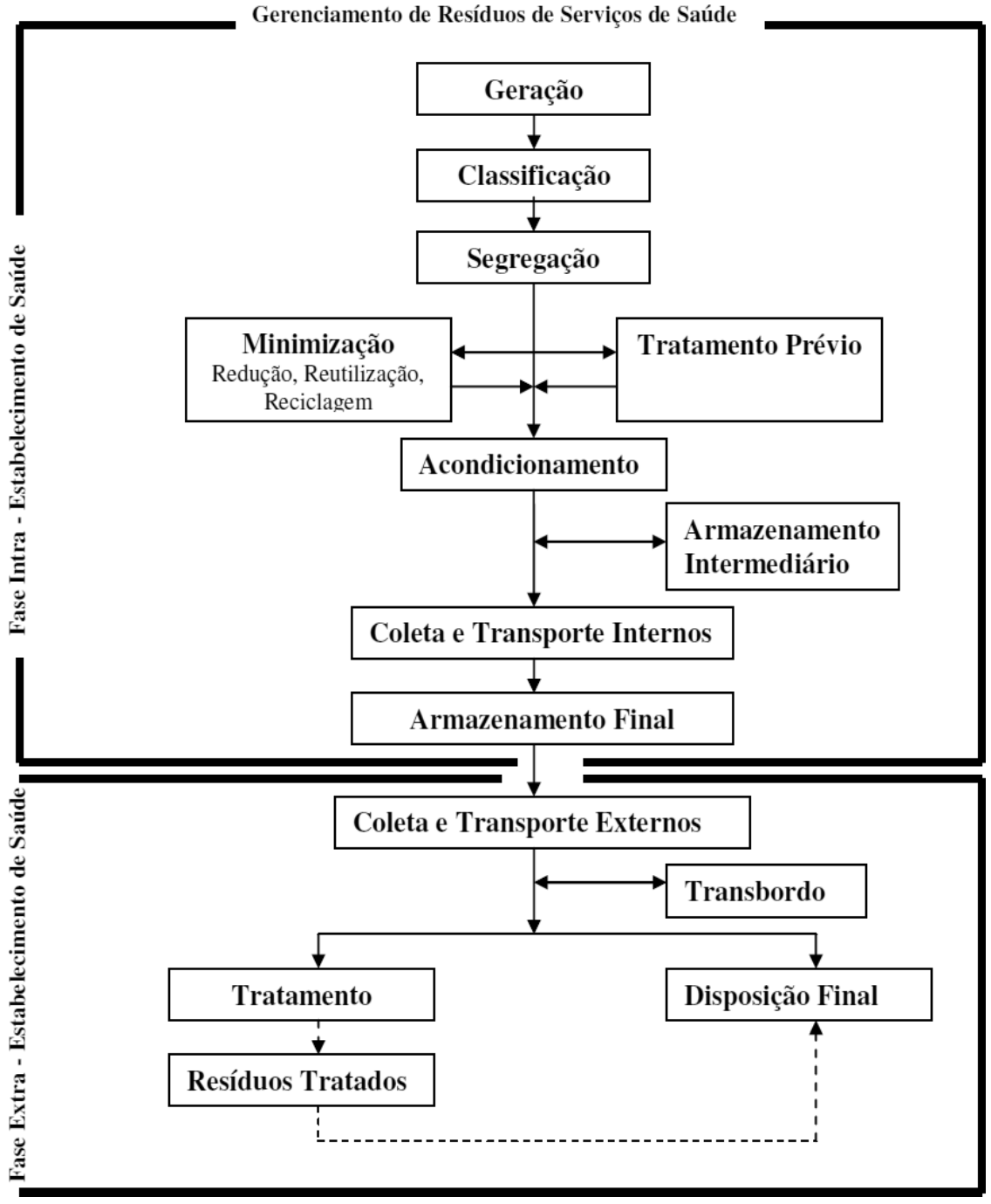
Grupo D: Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente. Suas características são similares às dos resíduos domiciliares.

GRUPOS	CARACTERIZAÇÃO	SETORES GERADORES
Grupo D: Resíduos Comuns		
D1	Papel toalha, guardanapos, talheres e pratos plásticos, frascos de nutrição enteral; Lixo de banheiro de pacientes e funcionários, lixos de enfermarias; Sobra de alimentos de pacientes e funcionários; Gesso, luvas, algodão, gazes, compressas, sondas, bolsas coletoras, frascos de urina e fezes, material de curativos e similares; Resíduos de áreas administrativas; Resíduos de varrição, flores, podas e jardins;	Setor de Nutrição, Enfermarias, Ambulatórios, Consultórios, Sala de Gesso, Emergência Trauma, Emergência Clínica, Banco de Sangue, Laboratórios, Hemodiálise, Centro Cirúrgico, UTI's, Centro de Diagnose, Centro Médico, Pronto Atendimento, Áreas Administrativas em geral.
D2	Galões de Solução; Álcool, PVPI; Caixas de papelão; Copos descartáveis, garrafas de água e refrigerantes; Papéis de áreas administrativas.	Setor de Nutrição, Enfermarias, Ambulatórios, Consultórios, Sala de Gesso, Emergência Trauma, Emergência Clínica, Banco de Sangue, Laboratórios, Hemodiálise, Centro Cirúrgico, UTI's, Centro de Diagnose, Centro Médico, Pronto Atendimento, Áreas Administrativas em geral.

Grupo E: Materiais perfurocortantes ou escarificantes: objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontas ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar.

GRUPOS	CARACTERIZAÇÃO	SETORES GERADORES
Grupo E: Resíduos Perfurocortantes		
E	Lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, bisturis, brocas, limas endodônticas, lâminas e lamínulas, espátulas, pipetas, tubos de coleta sanguínea, placas de petri, lancetas, vidraria quebrada em geral.	Banco de Sangue, Postos de Internação, Laboratório, CC, UTI's, Hemodiálise, Farmácia, Salasde Procedimentos, Pronto Atendimento.

Fluxograma 11: Fluxo Unidirecional de Resíduos de Serviço de Saúde



O manejo dos resíduos produzidos no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, será direcionado por um conjunto de ações voltadas ao gerenciamento dos resíduos produzidos e irá focar os aspectos intra e extra estabelecimento, incluindo desde a geração até a disposição final, conforme as etapas descritas:

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

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

- **Armazenamento Intermediário**: a guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta interna nos serviços e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa.

O armazenamento temporário será feito em sacos e recipientes de acondicionamento adequados e de acordo com o PGRSS. Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento, devem ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, serem submetidos a outro método de conservação. O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.

- **Coleta e Transporte Interno:** Os resíduos são coletados nas unidades geradoras pelos funcionários do serviço de higienização e limpeza, encaminhados ao abrigo temporário de resíduos utilizando carro para transporte interno, com as seguintes especificações:

fechado, exclusivo para os resíduos e identificados com o símbolo correspondente ao risco neles contidos, possuem rodas e os recipientes com mais de 400 litros de capacidade devem possuir válvula de dreno de fundo;

O transporte interno deixa a unidade geradora respeitando frequência e horários estipulados, evitando cruzamento com horário de recolhimento de roupas sujas e de fornecimento de refeições e roupas limpas;

Os carros de transporte deixam as unidades geradoras, passando pelos corredores até chegar ao abrigo externo.

- **Armazenamento Final**: a guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. Neste local não será permitido a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados.
- **Coleta e Transporte Externo:** Consistem na remoção do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana. A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde devem ser realizados de acordo com as normas locais vigentes.
- **Transbordo:** Será feito nas instalações apropriadas exclusivas, licenciadas pelos órgãos de saúde em conformidade com a legislação vigente. A transferência dos RSS deve manter a integridade do acondicionamento para evitar rompimento durante o transbordo e transporte.
- **Tratamento e Resíduos Tratados**: os resíduos comuns serão encaminhados dos depósitos seguindo o manejo de resíduos domiciliares, sem tratamento, diretamente para disposição final; Os resíduos sólidos infectantes serão encaminhados para autoclavação e posterior disposição final, sendo que os resíduos infectantes do grupo A3, membros humanos e fetos, serão encaminhados para incineração e posterior disposição final; A disposição de resíduo infectante na vala séptica será permitida somente quando este for submetido a tratamento prévio que assegure a eliminação das características de periculosidade do resíduo tornando-o com características de resíduo comum; Os resíduos químicos serão encaminhados para tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade

e capacidade de bioacumulação; Os resíduos químicos sólidos serão encaminhados para incineração e posterior disposição final; Os resíduos químicos líquidos serão encaminhados para reaproveitamento ou tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade, capacidade de bioacumulação e posterior disposição final; Manter monitoramento permanente do processo de tratamento de forma a garantir a segurança dos resultados conforme condicionantes exibidos no licenciamento.

- **Disposição Final:** Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com legislação ambiental.

2.2. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

2.2.1. Implantação de Logística de Suprimentos

A logística de suprimento é o setor responsável pela compra, armazenamento e dispensação de materiais e medicamentos pela farmácia e almoxarifado, contudo estabelece os modelos de especificação, seleção, padronização, classificação e codificação de medicamentos adotados pelas organizações de saúde.

Toda a cadeia de suprimentos necessita de cuidados para sua otimização. Isso é essencial não só para melhorar a produtividade de ponto a ponto, mas também para evitar futuros problemas que possam prejudicar o andamento do atendimento.

A Cadeia de Suprimentos

O setor de abastecimento integra-se como um subsistema para atender às necessidades de insumos e de equipamentos. A seleção de materiais e a gestão de estoques, em que se definem os materiais utilizados e as formas de acompanhar níveis de consumo que permitem programar a aquisição e a distribuição dos mesmos, são processos críticos para a organização, destacando a interface entre os profissionais da clínica e o setor de abastecimento como crítica para a organização do abastecimento.

O ambiente de saúde é um sistema complexo, com grande fluxo físico (medicamentos, materiais, pacientes, documentos), grande fluxo de informações (prescrição médica,

prontuários de pacientes, registros médicos) e grande fluxo financeiro (contas de pacientes, transações financeiras de recebimento e pagamento).

Portanto, a atual cadeia de abastecimento da saúde é um sistema complexo com múltiplas camadas de organizações e processos com vários intermediários entre o fabricante e o consumidor final (paciente). A Figura 1 apresenta um modelo de cadeia de suprimentos hospitalar.

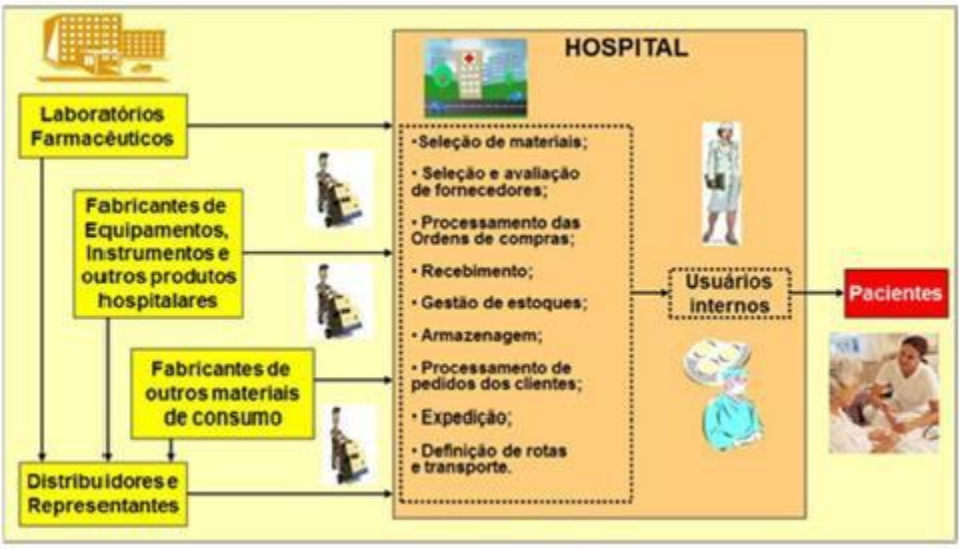


Figura 1: Logística Hospitalar – Teoria e Prática. Fonte: Barbieri e Machline, 2006.

O gerenciamento dos estoques garantirá o abastecimento eficiente de medicamentos e materiais necessários ao pleno funcionamento da unidade de saúde, atendendo a duas grandes exigências básicas: não haver faltas ou excessos. A Logística será responsável pelo uso equilibrado dos itens, devendo questionar aumentos de consumo, uso indiscriminado de produtos e itens sem movimentação, tendo como apoio as unidades de enfermagem, o corpo clínico e a farmácia.

O fluxo logístico será integrado com todos os departamentos da unidade de saúde, fazendo a interface com o processo de dispensação de medicamentos e insumos hospitalares, conforme apresentado na Figura 2.

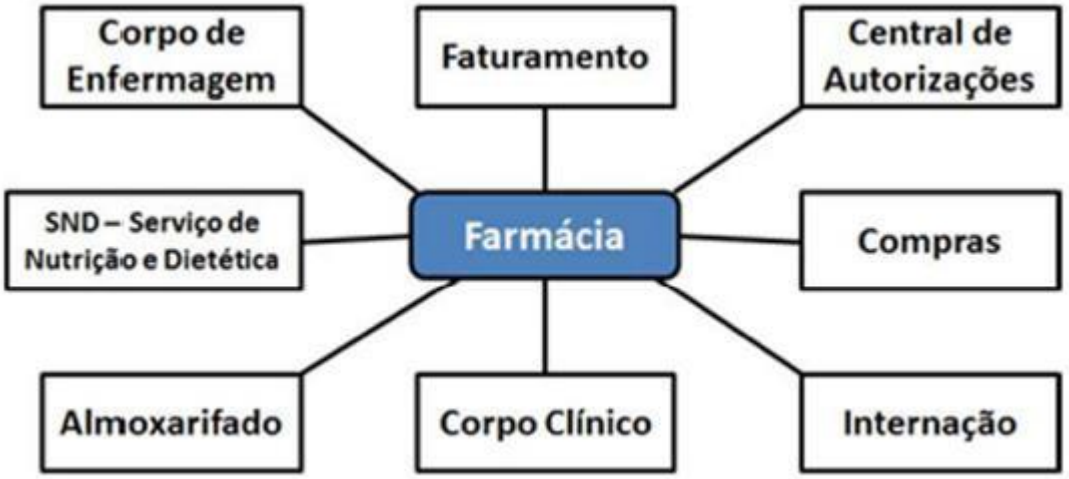


Figura 2: Fluxo Logístico Hospitalar

Critérios a serem adotados na Logística de Suprimentos:

✓ Planejamento da aquisição conforme critérios técnicos e necessidade de organização: padronização de produtos, compra de produtos não-padronizados e compra de emergência;

✓ Estabelecimento de critérios técnicos e multidisciplinares para a padronização de suprimentos.

✓ Disponibilização de suprimentos atendendo a necessidade dos processos;

✓ Estabelecimento de critérios de recebimento e armazenamento de materiais, insumos e medicamentos:

1) Lista de Verificação de recebimento:

- Quantidade;
- Validade;
- Condições do produto;
- Lote do produto x lote da Nota Fiscal;
- Temperatura para termolábeis.

2) Critérios para não-recebimento;

3) Critérios para quarentena;

4) Materiais (especialmente os críticos), Medicamentos, Produtos de Nutrição e Dietética, Kits reagentes, Produtos Químicos, Equipamentos, entre outros.

✓ Estabelecimento de mecanismos de rastreabilidade de materiais e medicamentos;

✓ Avaliação dos serviços terceirizados com base na política de fornecedores de serviços e produtos;

✓ Definição de Planos de Contingências (emergências):

- Faltas;
- Indisponibilidade no mercado;
- Suspensão;
- Falhas em refrigerador de armazenamento de produtos;
- Falhas no sistema gerador;
- Outros.

✓ Estabelecimento de critérios para identificação, segregação, descarte e inativação de materiais, insumos e medicamentos.

A análise de riscos e o tratamento dos riscos relacionados à gestão de suprimentos é feita com:

- Controle de estoque (falta, compra de urgência, perda por validade);
- Cotação e Compra (compra acima do valor, atraso, compra de fornecedor não qualificado, empréstimo);
- Recebimento (falha na inspeção, produto degradado, produto falsificado) Fracionamento, Etiquetagem e Unitarização (controle de infecção, troca de produtos ou dose);
- Armazenamento (umidade, vetores, área para produtos químicos, higiene);
- Dispensação (atraso, indisponibilidade, contaminação, troca);
- Devolução (excesso, materiais nos setores, etc).

O gerenciamento de materiais tem como objetivo satisfazer as necessidades de suprimentos das áreas administrativas e assistenciais do estabelecimento de saúde.

O Almoxarifado é o local destinado à fiel guarda e conservação de materiais, adequado a sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna condicionados à política geral de estoques da Instituição. Compete à Gestão de Estoques:

1) Compras:

- Identificação, Qualificação e Cadastramento de Fornecedores;
- Gestão de Fornecedores;
- Processamento de Compras;
- Negociação;

- Gestão de Desempenho.

2) Almoxarifado:

- Receber materiais;
- Guardar materiais;
- Localizar materiais;
- Preservar materiais;
- Entregar materiais.

Procedimento Operacional Padrão

O processo de Compras e Almoxarifado será organizado conforme descrição seguinte:

- **Qualificação de Fornecedores**

Para o fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos são necessários ainda:

- ✓ Cópia autenticada do registro no Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União;
- ✓ Cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos no caso de distribuidora ou representante;
- ✓ Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica;
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual);
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) - desejável para fabricante e distribuidor;
- ✓ Cópia autenticada da autorização especial para medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS.

Além dos documentos solicitados para o fornecimento de correlatos, para o grupo de equipamento médico-hospitalar, são necessários também:

- ✓ Cópia da certificação do equipamento a ser fornecido, pelas normas: NBR IEC ou IEC 60.601-1, IEC 60.601-1-2, IEC 60.601-2-45. Os certificados devem ser emitidos por laboratório de certificação (INMETRO, UL, TUV, SEV, VDE, entre outros);

- ✓ Certificado de Boas Práticas de Fabricação, expedido pela ANVISA (renovação anual), para equipamentos nacionais de Classe de Risco III e IV.

- **Cadastramento do Fornecedor**

O fornecedor quando qualificado pela área de Compras será automaticamente aprovado e o funcionário responsável indicado na ficha pré-cadastral receberá em seu e-mail a confirmação da aprovação do cadastro. A partir desse momento o Fornecedor torna-se apto a participar dos processos de cotação.

- **Cotação e Pedido de Compra**

As cotações deverão ser respondidas dentro do prazo solicitado, informando obrigatoriamente a quantidade na caixa, valor unitário com os impostos inclusos, condições de pagamento, marca ou procedência do produto e prazo de entrega. No caso de entregas parciais, estas deverão ser informadas com previsão de entrega dos itens pendentes.

O não cumprimento dessas normas gerará uma notificação de não conformidade ao fornecedor e este será avaliado dentro dos critérios de pontuação da avaliação da entrega.

O contrato de fornecimento poderá ser celebrado sempre que a Unidade de Saúde julgar conveniente sendo, da mesma forma, objeto resultante do processo de cotação.

- **Transporte e Entrega**

Os veículos devem apresentar-se higienizados e em condições adequadas ao transporte de cada mercadoria, a fim de evitar contaminações ou comprometimento da integridade e qualidade dos produtos transportados.

As embalagens deverão ser capazes de garantir o transporte adequado da mercadoria, evitando danos às mercadorias durante o trajeto.

Medicamentos e insumos farmacêuticos devem ser transportados em veículos que garantama temperatura ideal de armazenamento do produto, não ultrapassando os limites discriminados na legislação em vigor.

- **Recebimento**

A conferência deve ser feita no ato do recebimento, verificando se o produto entregue está em conformidade com os aspectos administrativos e as especificações técnicas. Essa conferência consiste no exame detalhado e comparativo entre o que foi solicitado e o que foi

recebido. Para tanto será preenchido o formulário de avaliação de entrega no momento da baixa do pedido de compra.

- **Especificações Técnicas e Recebimento de Mercadorias**

Os medicamentos devem ser entregues seguindo as especificações do pedido de compra: marca solicitada, medicamentos genéricos ou de referência, forma farmacêutica, concentração, apresentação, quantidade por embalagem, valor unitário, condições de conservação e prazo de validade igual ou superior a 12 meses.

O mesmo critério deve ser aplicado aos materiais hospitalares que deverão estar em conformidade com a marca, especificação, valor unitário e quantidade do pedido de compra. Todo medicamento e insumo correlato deverão estar acompanhados do certificado de análise do lote entregue. O número do lote dos produtos recebidos devem ser os mesmos constantes da nota fiscal.

Baseados nos artigos número 24, 25 e 26 da Portaria SVS-MS 344/98 que fazem referência às notas fiscais, determinamos que:

✓ As notas fiscais que contenham medicamentos controlados devem apresentar identificação dos mesmos com a referência da lista a quem pertencem na portaria 344/98 entre parênteses, em frente ao nome;

✓ Medicamentos pertencentes à lista C3 e o medicamento Talidomida devem vir em nota fiscal separada dos pertencentes às outras listas;

✓ A nota fiscal, fatura de venda ou transferência de substâncias, deverá distinguir as listas ao qual cada medicamento faz parte, através de colocação entre parênteses, da letra indicativa da lista a que se refere, logo após o nome do mesmo.

- **Recebimento de Equipamentos:**

Os equipamentos médico-hospitalares devem ser entregues juntamente com a documentação técnica detalhada de todas as partes, itens, subitens e periféricos que compõem o objeto da compra, da seguinte forma: manual de serviço e manual de operação para cada item distinto do equipamento.

- **Dispensação de Medicamentos pela Farmácia Hospitalar**

A dispensação de medicamentos pela farmácia hospitalar e os modelos de especificação, seleção, padronização, classificação e codificação de medicamentos são as principais metodologias de gestão da logística hospitalar adotadas pelas organizações de saúde.

A dispensação é definida como a maneira pela qual a farmácia envia os medicamentos aos pacientes, mediante análise prévia das prescrições médicas, procurando sempre oferecer informações sobre a melhor utilização e o preparo das doses que serão administradas.

A Prescrição Médica ou Receituário Médico são documentos que contêm os dados do paciente (nome, idade, diagnóstico, etc.), a evolução de enfermagem e médica, exames e outros, sendo um documento oficial da unidade de saúde que formaliza a dispensação de itens da Farmácia.

O sistema de distribuição de medicamentos garantirá ser: racional, eficiente, econômico, seguro, devendo estar em consonância com o esquema terapêutico prescrito. Para que ocorra o sucesso do sistema de distribuição, o setor de compras estará com envolvimento direto nesse processo, o controle de estoque, a padronização e ter a equipe devidamente treinada e capacitada para o exercício das atividades e o controle dos processos.

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) um sistema de distribuição de medicamentos deve ter os seguintes objetivos (Santos, 2006):

- Diminuir erros de medicação;
- Racionalizar a distribuição e a administração de medicamentos;
- Aumentar o controle sobre os medicamentos;
- Diminuir os custos com medicamentos;
- Aumentar a segurança para o paciente.

Sistema de Dispensação

Os sistemas de dispensação evoluíram nos últimos anos, mostrando a tendência de fazer com que o medicamento chegue ao paciente de maneira íntegra, individual e personalizada, trazendo mais segurança para quem administra e para quem recebe o medicamento.

Os tipos de sistema de dispensação mais conhecidos e utilizados atualmente são dose coletiva, dose individualizada e dose unitária.

A dose unitária é o melhor sistema de distribuição de medicamentos aos pacientes internados, por garantir todos os objetivos do esquema terapêutico prescrito. Os medicamentos são dispensados unitariamente, nas doses certas, acondicionados em tiras plásticas lacradas, informando o nome e leito do paciente e também o horário de administração prescrito.

O sistema adotado proporciona uma redução nos erros de distribuição e administração de medicamentos pelos seguintes fatores: a dose do medicamento é embalada, identificada e distribuída pronta, para ser administrada ao paciente, de acordo com a prescrição médica, não necessitando manipulação prévia por parte da equipe de enfermagem; na unidade assistencial estarão estocados somente os medicamentos de emergência, itens de uso comum e as doses necessárias para suprir as próximas 24 horas de tratamento do paciente; e a dupla conferência do medicamento realizada pela equipe de farmácia, através do registro farmacoterapêutico do paciente e pela equipe de enfermagem, através do registro de administração do medicamento.

O sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária proporciona a redução de erros no preparo e dispensação do medicamento e possibilita a otimização do trabalho da equipe de enfermagem, focando suas ações para atividades assistenciais ao paciente.

Especificação, Seleção, Padronização, Classificação e Codificação de Medicamentos

O objetivo será estabelecer os tipos de medicamentos e materiais que serão utilizados, identificando o insumo correto para as características de atendimento do estabelecimento de saúde e conseguir realizar um processo de planejamento e aquisição de compras estruturado e trazendo qualidade e redução de custos.

A seleção de medicamentos é um processo dinâmico, contínuo, multidisciplinar e participativo, assegurando ao serviço de saúde o acesso aos medicamentos necessários, através de critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo. A seleção de medicamentos traz para a unidade de saúde vantagens administrativas, com a redução de custos, e vantagens assistenciais, melhorando a qualidade da farmacoterapia desenvolvida na instituição.

A seleção de materiais precisa ser realizada por uma gestão que seja capaz de atender as diversas exigências e atingir consenso entre os vários atores do processo: área financeira, faturamento, farmacêutico, comprador, corpo clínico e usuários. Sendo necessário realizar a seleção de materiais, em bases sistemáticas, passando pelas seguintes etapas: especificação, simplificação, padronização, classificação, codificação e catalogação, conforme demonstrado na Figura 3.

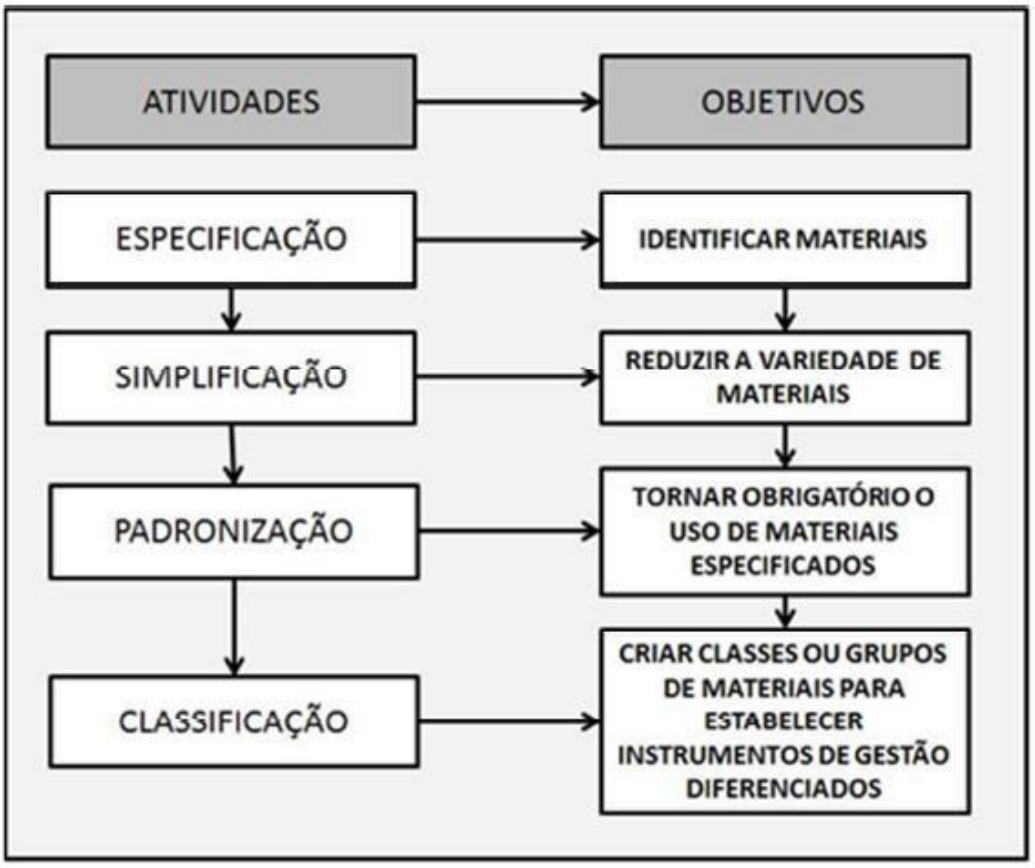


Figura 3: Seleção de materiais: atividades básicas

Especificação de Materiais

A especificação dos materiais será realizada com o objetivo de identificação das características e propriedades de um material e sua individualização, a definição dos requisitos que um material, produto ou serviço precisa apresentar para determinada finalidade.

Os seguintes critérios serão observados para uma correta descrição:

- Descrever o material partindo do geral para o particular;
- Incluir todas as informações necessárias para identificá-lo de modo a não gerar dúvidas;
- Evitar características desnecessárias ou redundantes;
- Usar terminologia padronizada.

Os seguintes elementos: nome básico, nome modificador, características físicas, unidade metrológica e identificações complementares devem fazer parte de uma estrutura básica para descrever corretamente os materiais. Para medicamentos, torna-se necessário incluir denominação genérica do produto, forma farmacêutica, concentração, prazo de validade, registro

no Ministério da Saúde e tipo de embalagem.

Simplificação e Padronização de Materiais

A simplificação de materiais visa reduzir a variedade desnecessária de materiais que atendam às mesmas finalidades, buscando também eliminar os materiais selecionados anteriormente, devido ao lançamento de substituto de melhor desempenho. Destacam que, quanto maior a variedade de produtos com a mesma finalidade, maior será o estoque médio da empresa, acarretando em maior dispêndio de recursos aplicados na aquisição e gestão de materiais.

A padronização de medicamentos tem como a constituição de uma relação básica de produtos que atendam aos critérios propostos pelo Ministério da Saúde. Os itens devem ser de amplo aproveitamento, objetivando o atendimento médico-hospitalar de acordo com as necessidades e peculiaridades de cada instituição. Destacam-se os principais objetivos da padronização:

- Reduzir o custo de terapêutica sem prejuízos para a segurança do paciente e a eficácia dos medicamentos;
- Racionalizar o número de medicamentos, trazendo como consequência a redução dos custos de aquisição do arsenal terapêutico;
- Facilitar os processos logísticos de planejamento, aquisição, armazenamento, distribuição e controle dos medicamentos;
- Disciplinar a prescrição médica e uniformizar a terapêutica;
- Aumentar a qualidade da farmacoterapia e facilitar a vigilância farmacológica;
- Padronizar a inclusão e exclusão de medicamentos;
- Possibilitar o uso de uma mesma terminologia (nome genérico) por todos os membros da unidade de saúde.

Como estratégia para a definição da padronização de medicamentos será a constituição de uma Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT) na organização de saúde, tendo como critérios:

- Padronizar medicamentos pelo nome genérico, segundo a Denominação Comum Brasileira (DCB);
- Padronizar medicamentos com um único princípio ativo, excluindo-se sempre que possível, as associações;
- Padronizar medicamentos que resguardem a qualidade, levando-se em conta o menor custo

de aquisição, armazenamento, dispensação e controle;

- Padronizar, preferencialmente, formas farmacêuticas que permitam a individualização na distribuição;
- Padronizar formas farmacêuticas, apresentação e dosagem, considerando a praticidade e segurança na administração aos pacientes, a faixa etária dos pacientes e facilidade para cálculo e fracionamento de doses.

2.2.2. Proposta para Regimento Interno da Unidade

O Regimento é um instrumento administrativo que conduz a organização da Instituição. Tem como finalidade, introduzir uma estrutura administrativa e assistencial que permitirá atingir os objetivos em promover a saúde dos usuários do serviço.

REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

O **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** é uma unidade de saúde pertencente à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, situada no município de Montes Belos-GO, na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000.

O Hospital apresenta um modelo assistencial com a realização da medicina preventiva, curativa, de ensino e de abrangência geral, com prioridade às urgências e patologias de maior incidência na região.

Realiza serviços de urgência/emergência, resolução diagnóstica, partos, bem como intervenções cirúrgicas para pacientes internados e ambulatoriais.

CAPÍTULO I – DA MISSÃO, VISÃO E VALORES

Art. 1º - O **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** tem como Missão: Prestar assistência aos usuários com qualidade, segurança e humanização promovendo a satisfação dos clientes;

Como Visão: Ser reconhecido através da gestão eficiente de processo, segurança e qualidade alcançando a excelência na assistência no estado de Goiás;

Como Valores: Humanização; Segurança; Ética; Qualidade e Comprometimento.

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES

Art. 2º - O **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** tem por finalidade:

a) Prestar assistência gratuita à saúde aos 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.
b) Assegurar a gestão da qualidade dos serviços de saúde no atendimento aos usuários, compondo a rede de atenção à saúde, devendo seguir as diretrizes do SUS e as boas práticas e a segurança na atenção.
c) Favorecer a efetiva redução de formalidades burocráticas e flexibilidade administrativa na prestação dos serviços de saúde, sem se descuidar dos princípios que regem a administração pública;
d) Garantir a humanização da assistência, através de boas práticas de atenção, direito a acompanhante e ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana dentro dos princípios, dos objetivos e das diretrizes, no âmbito do SUS.

Art. 3º - Para a consecução de seus objetivos cabe à unidade:

a) Estimular e promover o ensino e a pesquisa, servindo-lhes de campo de atividades e desenvolvimento;
b) Desenvolver atividades assistenciais de prevenção e tratamento da doença, bem como de proteção e recuperação da saúde;
c) Colaborar com as instituições de ensino no desenvolvimento de tecnologias assistenciais, educativas e operacionais.

Art. 4º - São de responsabilidade administrativa, suas instalações, equipamentos, valores e demais recursos ou bens que lhe sejam destinados.

CAPÍTULO III – DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. **5º**- Composição do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**:

I. Diretoria Geral;
II. Diretoria Técnica;
III. Diretoria Administrativa/Financeira.

Parágrafo 1º: A Diretoria Técnica tem que ser exercida por um Diretor Médico.

Art. 6º - A Diretoria Geral compreende:

a) Diretoria Técnica;
b) Diretoria Administrativa Financeira.

Parágrafo 1º: As Comissões Técnicas, Ouvidoria e Núcleo de Epidemiologia estão ligados à Diretoria Geral.

Art. 7º - A Diretoria Técnica compreende:

a) Gerência de Enfermagem: Unidade de Urgência e Emergência, Unidade Ambulatorial/Hospital-Dia, Unidades de Internação, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva.
b) Coordenação Médica: Corpo Clínico, SADT, Laboratório de Análises Clinicas e Anatomia Patológica, Agência Transfusional, Serviço de Atendimento Domiciliar, Serviço de Ensino e Pesquisa.
c) Coordenação de Farmácia: CAF e Almoxarifado.
d) Coordenação de Serviços Assistenciais: Serviço de Fisioterapia, Serviço de Nutrição, Serviço Social e Serviço de Psicologia.

Art. 8º - A Diretoria de Administração e Finanças compreende duas coordenações: A coordenação de Serviços Administrativos e Coordenação de Apoio Operacional.

Parágrafo 1º: A Coordenação de Serviços Administrativos compreende:

a) Recursos Humanos;
b) Tecnologia da Informação;

c) SAME;
d) SAU;
e) Compras;
f) Financeiro;
g) Faturamento.

Paragráfo 2º: A Coordenação de Apoio Operacional compreende:

a) Recepção e Portaria;
b) Manutenção;
c) Transporte;
d) Lavanderia e Higienização.

CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 9º - Ao Diretor Geral compete:

a) Participar da formulação do Plano Diretor para cada exercício, em consonância com a política e diretrizes da SES;
b) Dirigir e administrar o Hospital em consonância com as normas contidas neste Regulamento e as determinadas pelas legislações de esfera federal, estadual e municipal;
c) Coordenar o desenvolvimento dos planos traçados para as atividades médicas, técnicas, administrativas e financeiras do Hospital;
d) Coordenar a elaboração do orçamento anual de despesas, receitas e investimentos no Hospital, bem como controlar a execução do mesmo;
e) Submeter à aprovação superior o plano de ação e a proposta orçamentária do Hospital;
f) Zelar pelo cumprimento das metas pactuadas;
g) Fornecer orientação técnica-administrativa aos subordinados diretos, garantindo um bom nível de desempenho, mantendo gerência participativa sobre o grupo;
h) Constituir comissões permanentes e transitórias para o estudo dos problemas médicos, técnicos e administrativos;
i) Prestar contas mensalmente ou quando solicitado de sua gestão à SES;
j) Instruir e aprovar normas, rotinas, fluxos e procedimentos internos da unidade e solicitar a revisão e atualização dos mesmos anualmente, ou quando se fizer necessário;
k) Baixar portarias, instruções e ordens de serviço, bem como determinar a instauração de

processos administrativos;

l) Aprovar meios para controle das infecções hospitalares;
m) Assegurar, no limite de sua autoridade, o cumprimento deste Regimento Interno bem como as normas, rotinas e procedimentos técnicos;
n) Zelar pela qualidade dos serviços prestados na unidade;
o) Manter um sistema de cooperação com a demais unidade de saúde;
p) Realizar reuniões periódicas com as coordenações dos diversos serviços;
q) Controlar a aquisição de todo material no que se refere a qualidade e custo;
r) Autorizar ou prestar informações ao Poder Judiciário, dentro dos preceitos estabelecidos pelos Códigos de Ética;
s) Cobrar o cumprimento do PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade.

Art. 10º - A Diretória Técnica compete:

a) Formular, incrementar, controlar e a avaliar, no hospital, as ações e serviços de saúde, observando as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal;
b) Coordenar a execução das ações assistenciais, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de apoio diagnóstico, de assistência terapêutica integral, incluindo recuperação e reabilitação;
c) Elaborar o regimento do Corpo Clínico do Hospital;
d) Baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;
e) Exercer o poder disciplinar com referência aos integrantes do Corpo Clínico, respeitando-se as normas vigentes para as respectivas categorias funcionais;
f) Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
g) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina – CRM quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o médico responsável pelas suas omissões;
h) Supervisionar e controlar todas as atividades técnicas;
i) Supervisionar e controlar as atividades de cada clínica existente no Hospital;
j) Supervisionar e orientar os serviços médicos executados no Hospital;
k) Supervisionar e orientar os serviços de análises clínicas no Hospital;
l) Supervisionar e orientar os serviços de diagnósticos por imagem;
m) Supervisionar e controlar todas da Coordenação de Farmácia;

n) Supervisionar e controlar todas as atividades técnicas da Coordenação de Serviços Assistenciais;
o) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais, visando o bem-estar e a saúde da população usuária (Resolução CFM n° 1354);
p) Participar da formulação da política de equipamentos, imunobiológicos, outros insumos, sangue e seus derivados, adequada ao hospital;
q) Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para a realização de auditorias permanentes, para o controle de qualidade das ações e serviços de saúde desenvolvidos no hospital;
r) Promover reuniões periódicas com os profissionais que compõem a estrutura da Diretoria Técnica;
s) Apresentar ao Diretor Geral, relatório das atividades dos serviços a seu cargo, bem como, dados que lhe forem solicitados;
t) Analisar e decidir, juntamente com o Diretor Geral, Diretor Administrativo/Financeiro e áreas do hospital a aquisição de materiais técnicos, administrativos e medicamentos;
u) Substituir o Diretor Geral em seus impedimentos legais Integrar e participar das comissões sob suas diretrizes;
v) Supervisionar e orientar os serviços da Agência Transfusional;
w) Analisar as estatísticas do SAME;
x) Representar a unidade junto às autoridades sanitárias e demais casos previstos por Lei;
y) Aprovar e cobrar o cumprimento do PGRSS da Unidade.

Art.11º - A Gerência de Enfermagem compete:

a) Planejar, programar, coordenar e supervisionar todas as atividades e recursos disponíveis para a prestação de assistência de enfermagem aos pacientes da Instituição;
b) Identificar as necessidades das Unidades em relação a equipamentos, instalações, bens permanentes e instrumental, em articulação com a Diretoria Administrativa, promovendo a disponibilização destes itens;
c) Visitar todas as unidades da Instituição, visando a avaliação da assistência prestada pela equipe de enfermagem aos usuários;
d) Zelar pela qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes da Instituição, como também garantir a integridade das atividades médicas e assistenciais;
e) Avaliar a assistência de enfermagem e o desempenho da unidade, com o intuito de obter

informações detalhadas para a tomada de decisões que interfiram diretamente no aprimoramento e aperfeiçoamento da assistência de enfermagem;

f) Estudar a implantação de novas técnicas de trabalho, visando a constante atualização da enfermagem da Unidade aos progressos técnico-científicos;
g) Garantir a elaboração de manuais de normas, rotinas e procedimentos, o seu devido cumprimento nas Unidades operacionais e atualização anual dos mesmos;
h) Elaborar e apresentar periodicamente à Diretoria da Instituição, os relatórios sobre o desenvolvimento das execuções das atividades de assistência de enfermagem, como também de suas necessidades;
i) Implantar, desenvolver, acompanhar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;
j) Praticar e disseminar em sua área de atuação todos os princípios e diretrizes gerenciais adotadas pela Instituição;
k) Coordenar, acompanhar e avaliar o serviço de enfermagem e sua equipe técnica em relação à qualidade da assistência prestada através das áreas que compõem a Coordenação de Enfermagem;
l) Interagir com a Diretoria Médica em assuntos médicos ou técnicos, e com as demais coordenações da Instituição para assuntos relacionados a cada área, buscando otimizar os processos operacionais;
m) Implantar e acompanhar os processos operacionais visando o controle dos custos nas Unidades;
n) Desenvolver estratégias de acompanhamento e avaliação com vistas a alcançar as metas definidas.

Parágrafo Único – As atividades da Gerência de Enfermagem serão disciplinadas, de modo complementar, pelo Regimento do Serviço de Enfermagem.

Art. 12º - Da Supervisão da Urgência e Emergência compete:

a) Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, visando à adequada média de permanência dos pacientes no hospital;
b) Prestar assistência integral de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, colaborando com a equipe multiprofissional;

c) Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
d) Executar e supervisionar a prescrição médica;
e) Registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;
f) Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
g) Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
h) Solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
i) Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
j) Requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
k) Desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
l) Ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
m) Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
n) Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
o) Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
p) Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
q) Manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
r) Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
s) Fazer registro diário dos serviços prestados;
t) Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
u) Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem da Emergência serão disciplinadas, de modo complementar, pelo Regimento do Serviço de Enfermagem.

Art. 13º - Da Supervisão da Unidade Ambulatorial/Hospital-Dia compete:

a) Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;
b) Prestar assistência de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;
c) Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
d) Atender os pacientes para marcação de consultas e encaminha-los para ao Serviço de Internação e Alta;
e) Orientar os pacientes que retornam ao Ambulatório após procedimentos cirúrgicos;
f) Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
g) Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
h) Solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
i) Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
j) Requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
k) Desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
l) Ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
m) Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
n) Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;
o) Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

p) Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
q) Manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;
r) Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
s) Fazer registro diário dos serviços prestados;
t) Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
u) Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem do Ambulatório Integrado serão disciplinadas, de modo complementar, pelo Regimento do Serviço de Enfermagem.

Art.14º – Da Supervisão das Unidades de Internação compete:

a) Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas Unidades de Internação: Ortopédica, Cirúrgica, Médica, ginecológica e Vascular visando à adequada média de permanência dos pacientes no hospital;
b) Prestar assistência de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;
c) Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
d) Executar e supervisionar a prescrição médica;
e) Registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;
f) Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
g) Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
h) Solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
i) Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de

Prevenção de Acidentes – CIPA;

j) Requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
k) Desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
l) Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
m) Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
n) Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
o) Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
p) Manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
q) Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
r) Fazer registro diário dos serviços prestados;
s) Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
t) Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem das Unidades de Internação serão disciplinadas, de modo complementar, pelo Regimento do Serviço de Enfermagem

Art. 15º – Da Supervisão do Centro Cirúrgico compete:

a) Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;
b) Prestar assistência de enfermagem aos pacientes nas salas de cirurgias e de recuperação, pós-anestésicos, bem como executar os procedimentos referentes a material e instrumental necessários, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;
c) Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
d) Elaborar e encaminhar mapa cirúrgico às Unidades de Internação, Serviços de Apoio, Diretorias e Gerência;
e) Executar e supervisionar a prescrição médica;
f) Providenciar a transferência dos pacientes às suas Unidades de origem após liberação

pelo médico Anestesista;

g) Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela – Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
h) Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
i) Solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
j) Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
k) Requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
l) Desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem; Ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
m) Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
n) Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
o) Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
p) Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
q) Manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;
r) Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
s) Fazer registro diário dos serviços prestados;
t) Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
u) Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem do Centro Cirúrgico serão disciplinadas, de modo complementar, pelo Regimento do Serviço de Enfermagem.

Art. 16º – Da Supervisão de Unidade de Terapia Intensiva compete:

a) Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de

Enfermagem – SAE, visando a adequada média de permanência dos pacientes no hospital;

b) Prestar assistência de enfermagem intensiva aos pacientes internados nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, colaborando com a equipe multiprofissional;
c) Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
d) Executar e supervisionar a prescrição médica;
e) Registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;
f) Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
g) Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
h) Solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
i) Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
j) Requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
k) Desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
l) Ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
m) Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
n) Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
o) Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
p) Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
q) Manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
r) Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

s) Fazer registro diário dos serviços prestados;
t) Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
u) Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva serão disciplinadas, de modo complementar, pelo Regimento do Serviço de Enfermagem.

Art. 17º - Da Supervisão da Central de Material e Esterilização compete:

a) Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;
b) Prever, requisitar e prover materiais necessários para as Unidades de Internação, Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Ambulatórios e Serviço de Urgência e Emergência, mantendo estoque para as emergências;
c) Preparar o instrumental para as cirurgias de acordo com a programação cirúrgica;
d) Proceder ao controle de entrada e saída de material;
e) Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o desempenho das atividades do serviço;
f) Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
g) Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
h) Realizar os testes biológicos, emitir pareceres e encaminha-los mensalmente à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
i) Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
j) Desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
k) Ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
l) Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
m) Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

n) Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
o) Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
p) Manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa do serviço;
q) Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
r) Fazer registro diário dos serviços prestados;
s) Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
t) Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem da Central de Material e Esterilização serão disciplinadas, de modo complementar, pelo Regimento do Serviço de Enfermagem.

Art. 18º - Da Coordenação Médica compete:

a) Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
b) Fazer cumprir o Regimento do Corpo Clínico do Hospital;
c) Auxiliar a Diretoria Técnica na fiscalização do bom andamento da atividade assistência;
d) Supervisionar e orientar os médicos do Hospital;
e) Comparecer diariamente aos setores e controlar a frequência de seus auxiliares médicos;
f) Orientar o trabalho dos médicos tendo, sobretudo em vista a qualidade de assistência prestada e a dedicação às finalidades do serviço da unidade assistencial;
g) Determinar e zelar pela elaboração do prontuário médico de cada paciente de acordo com as normas aprovadas pela diretoria clínica e comissão de revisão de prontuários médicos;
h) Comunicar ao diretor clínico as falhas ocorridas a fim de mantida a boa ordem do serviço;
i) Cumprir e fazer cumprir os regulamentos da unidade assistencial e do corpo clínico, assim como as “ordens”, “instruções”, e “rotinas de serviços” emitidas pela Diretoria Técnica;
a) Informar os processos administrativos e apurar irregularidades, adotando, nos limites de

sua competência, medidas cabíveis conforme apurado;

b) Incentivar a iniciativa entre os profissionais que atuam na sua área de competência promovendo a integração intra e intersetorial;

c) Exercer o poder disciplinar no limite de sua competência;

d) Assegurar o funcionamento adequado das Áreas de Clínica Médica, Ambulatório; Hospital-Dia, Clínica Cirúrgica; Clínica Obstétrica; Urgência e Emergência, UTI´s;

e) Manter o bom relacionamento entre os médicos e os funcionários do serviço.

Art. 19º - Aos Médicos Plantonistas e Especialistas compete:

a) Obedecer ao Código de Ética Médica, ao Regimento interno da Instituição e ao Regimento do Corpo Clínico do Hospital;

b) Assistir os pacientes sob cuidado com respeito, consideração, e dentro da melhor técnica, em seu benefício;

c) Organizar o serviço a seu cargo de tal maneira que os pacientes recebam assistência eficiente e imediata;

d) Colaborar com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;

e) Participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário. Para a prática em outra área diferente que foi admitido deve o médico interessado cumprir as formalidades previstas para ingresso no corpo clínico;

f) Cumprir as normas técnicas e administrativas do Hospital;

g) Elaborar o prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso em qualquer momento;

h) Colaborar com as comissões específicas do Hospital;

i) Restringir a sua prática às áreas para as quais foi admitido, exceto em situações de emergência;

j) Cumprir com as atividades didáticas determinadas pelas chefias e Diretoria Técnica;

k) Participar das reuniões clínicas marcadas pelo serviço.

Parágrafo Único – As atividades do Médicos serão disciplinadas, de modo complementar, pelo Regimento do Corpo Clínico.

Art. 20º - Ao Serviço de Anestesia compete:

a) Ministrar anestesia apropriada possibilitando intervenções cirúrgicas;
b) Proporcionar as condições anestésicas necessárias para que o ato de intervenção cirúrgica ocorra com total segurança, para o paciente e a equipe médica;
c) Apoiar as atividades acadêmicas;
d) Conceber e propor métodos, procedimentos e rotinas operacionais referentes à organização e funcionamento do serviço.

Art. 21º - Ao Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico compete:

a) Realizar exames complementares necessários ao diagnóstico ou à coleta de materiais, e realização de procedimentos terapêuticos imediatos necessários ao atendimento;
b) Garantir a execução de outros exames conforme definido em conduta médica, respeitando o perfil de atendimento hospitalar;
c) Garantir que os resultados de todos os exames realizados durante o atendimento sejam entregues aos pacientes no momento de sua alta ou transferência para outros serviços.

I. Por meio do Serviço de Diagnóstico por Imagem compete:

a) Suprir a demanda por diagnósticos, precisos e em tempo hábil, através da realização de estudos e análises dos exames de radiologia, tomografia, ultrassonografia dentre outros, prescritos aos pacientes hospitalizados, e os atendidos no ambulatório e na emergência;
b) Manter um controle rígido sobre a proteção radiológica do Hospital;
c) Zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos;
d) Promover cursos de treinamento em serviço, orientando e responsabilizando-se pela qualidade dos serviços dos técnicos e a adequada utilização dos equipamentos;
e) Programar racionalmente o atendimento normal e o de emergência, tentando neutralizar acúmulos, bem como ociosidade de horários;
f) Avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;
g) Manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Art. 22º - Ao Serviço de Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia Patológica compete:

a) Realizar exames laboratoriais solicitados;
b) Realizar exames de citopatologia e de patologia cirúrgica.

c) Suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos de análises dos resultados dos exames laboratoriais de líquidos biológicos prescritos para os pacientes internos ou externos da Instituição;
d) Promover estudos e pesquisas no campo anatomopatológico de forma integrada com o as atividades acadêmicas de ensino.
e) Zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;
f) Manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;
g) Avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;
h) Manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados;
i) Promover a capacitação técnicas dos profissionais envolvidos na análise e diagnóstico de materiais biológicos;
j) Elaborar dados estatísticos e epidemiológicos;
k) Buscar a excelência dos resultados obtidos.

Art. 23 – A Agência Transfusional compete:

a) Receber a solicitação de transfusão;
b) Coletar amostras;
c) Realizar os testes pré-transfusionais;
d) Realizar procedimentos especiais em hemocomponentes;
e) Liberar os hemocomponentes para transfusão.

Art. 24º - Ao Serviço de Atenção Domiciliar compete:

a) Prestar atendimento em caráter domiciliar aos pacientes com garantia do cuidado na atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes;
b) Promover ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de reabilitação, por uma Equipe Multiprofissional de apoio;
c) Garantir atendimento aos pacientes com necessidade de procedimentos mais complexos, com uso de recursos/insumos contínuos ou temporários até estabilização do quadro;
d) Efetuar o acompanhamento contínuo aos pacientes assistidos pela Equipe

Multiprofissional de apoio.

Art. 25º - Ao Serviço de Ensino e Pesquisa compete:

a) Elaborar projetos e propostas educacionais no formato de educação permanente e de formação em serviço, de abordagem multiprofissional, para a articulação ensino- serviço-realidade.
b) Elaborar o Plano de Educação Permanente (PEP) em colaboração coletiva.
c) Colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;colaborar com as Instituições de Ensino e outras que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;
d) Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios e seminários, aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
e) Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros inerentes à especialidade;
f) Aplicar normas de biossegurança;
g) Participar da Comissão de Residência em Saúde;
h) Articular e participar das reuniões das Comissões com prioridade a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem e a Comissões de Educação Permanente;
i) Participar do desenvolvimento de programas e projetos;
j) Elaborar sob a orientação das Diretorias, normas para trabalhos técnicos científicos, relacionados ao Hospital;
k) Adequar e promover condições para maior desenvolvimento técnico científico dos profissionais da Instituição, residentes, estagiários e demais interessados na área de saúde;
l) Difundir informações apropriadas, que sirvam de apoio ao estudo/ensino e à pesquisa;
m) Executar outras atividades afins;
n) Elaborar normas e regulamentos pertinentes aos serviços oferecidos e/ou executados pela área da Biblioteca;
o) Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Art. 26º - A Coordenação de Farmácia compete:

a) Assessorar o corpo clínico do Hospital com relação aos aspectos farmacológicos dos medicamentos, responsabilizar-se tecnicamente pelas aquisições de medicamentos e

produtos farmacêuticos, garantindo sua qualidade e adequada conservação;

b) Elaborar a previsão e o consumo dos medicamentos, produtos farmacêuticos e saneantes químicos usados na unidade;
c) Responsabilizar-se tecnicamente pelas aquisições de medicamentos e produtos farmacêuticos, garantindo a sua qualidade e adequada conservação;
d) Estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da instituição;
e) Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de medicamentos, mantendo registro de consumo, perda e extravio para fins de baixa ou substituição;
f) Estabelecer centro de informações de medicamentos para as equipes médica e de enfermagem, visando melhor utilização dos medicamentos;
g) Participar em estreita colaboração com a equipe médica dos estudos de casos programados e na manutenção da vigilância contínua sobre os efeitos adversos dos medicamentos;
h) Elaborar relatórios, estatísticas ou inventários periódicos dos medicamentos estocados de acordo com orientação da Administração;
i) Receber as requisições das prescrições, triar e dispensar as medicações em doses individualizadas;
j) Controlar, diluir e distribuir os saneantes químicos e produtos afins, segundo padronização e normas da CCIH, obedecendo a indicação e utilização dos mesmos;
k) Executar programas de educação em serviço, promovendo a orientação técnica do pessoal da Farmácia;
l) Observar o cumprimento a legislação vigente;
m) Cooperar com a Comissão de Farmácia e Terapêutica nas atividades de desenvolvimento e análise para a padronização dos medicamentos em uso no hospital;
n) Controlar a movimentação de medicamentos e correlatos, em especial, dos entorpecentes e psicotrópicos.

Art. 27º - A Central de Abastecimento Farmacêutico compete:

a) Prestar suporte às ações da farmácia, contribuindo para a qualidade da assistência ao paciente e credibilidade dos serviços farmacêuticos;
b) Responsabilizar-se estocagem, armazenamento e controle dos estoques de medicamentos do Hospital;

c) Distribuir medicamentos e materiais entre setores do hospital.

Art. 28º - Ao Almoxarifado/Suprimentos compete:

a) Promover uma gestão de excelência de aquisição de material para o Hospital;
b) Assessorar a diretoria propondo estratégias para a aquisição de material;
c) Assegurar o cumprimento das premissas básicas estabelecidas para os processos de trabalho inerentes à Logística de Suprimentos;
d) Assegurar o provimento e a manutenção dos estoques de material, medicamentos e correlatos, para garantir o funcionamento dos diversos setores da unidade;
e) Assegurar a qualidade dos materiais adquiridos;
f) Desenvolver, implantar e manter as ações necessárias ao suprimento de materiais;
g) Planejar, organizar, controlar e avaliar as atividades das equipes de trabalho sob sua subordinação;
h) Cobrar a atualização do cadastro de fornecedores junto a ANVISA;
i) Assegurar a permanente atualização da padronização de processos de trabalho no âmbito da diretoria, com vistas ao alcance dos resultados esperados;
j) Propor, participar e colaborar com as ações da Comissão de Padronização.

Art. 29º - Ao Serviço de Fisioterapia compete:

a) Realizar os procedimentos de fisioterapia nos pacientes em regime ambulatorial;

b) Prescrever, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano por meio de ação, isolada ou concomitante, de agente termoterápico ou crioterápico, aeroterápico, fototerápico ou eletroterápico, determinando:
   - O objetivo da terapia e a programação para atingi-lo;
   - A fonte geradora do agente terapêutico, com a indicação de particularidades na utilização da mesma, quando for o caso;
   - A região do corpo do cliente a ser submetida a ação do agente terapêutico;
   - A dosagem e frequência do número de sessões terapêuticas com indicação do período de tempo de duração de cada uma;
   - A técnica a ser utilizada.
c) Utilizar com o emprego ou não de aparelho, exercício respiratório, cárdiorespiratório, cárdio-vascular, de educação ou reeducação neuromuscular, regeneração muscular,

relaxamento muscular, locomoção, regeneração osteo-articular, correção de vício postural, adaptação ao uso de órtese ou prótese e adaptação dos meios materiais, pessoais ou ambientais disponíveis para desempenho físico do paciente, determinando:

- O objetivo da terapia e a programação para o atingi-lo;
- O segmento do corpo do cliente a ser submetido ao exercício;
- A modalidade do exercício a ser aplicado e a respectiva intensidade;
- A técnica de massoterapia a ser aplicada, quando for o caso;
- A orientação ao paciente para a execução da terapia em sua residência, quando for o caso;
- A dosagem de frequência e do número de sessões terapêuticas com a indicação do período de tempo de duração de cada uma.

d) Manter os equipamentos em perfeito funcionamento e procurar renová-los sempre que possível, para que a unidade tenha o melhor desempenho e atualização tecnológica.

Art. 30º - Ao Serviço de Nutrição e Dietética compete:

a) Organizar, preparar, distribuir, controlar as dietas especiais conforme indicação médica;

b) Avaliar o estado nutricional do cliente a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;

c) Realizar assistência dietoterápica hospitalar planejando, prescrevendo, analisando e acompanhando a dieta dos pacientes;

d) Registrar diariamente no prontuário do paciente, a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e a alta em nutrição;

e) Supervisionar e controlar os equipamentos e utensílios utilizados pelo setor;

f) Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao paciente;

g) Preparar, distribuir e controlar toda a alimentação destinada aos pacientes e funcionários, obedecendo as normas científicas de dietas e cardápios adequados;

h) Colaborar na execução dos programas de ensino e de educação sanitária;

i) Atender as normas de Vigilância Sanitária e de outros órgãos de fiscalização;

j) Requisitar, receber, conservar e controlar os gêneros e materiais necessários para o pleno desenvolvimento dos trabalhos;

k) Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de gêneros alimentícios e produtos afins, mantendo registro de consumo e das refeições distribuídas;

l) Garantir a higienização do material, equipamentos e áreas de trabalho, garantindo a segurança alimentar;

m) Apresentar relatórios e dados específicos para execução dos controles administrativos;

n) Apresentar mensalmente a estatística de produção e outros informes gerenciais;

o) Elaborar e manter atualizado o regulamento da Seção.

Art. 31º - Ao Serviço Social compete:

a) Orientar o usuário quanto as normas e rotinas da unidade;
b) Realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social;
c) Orientar o paciente, familiares ou responsáveis quanto a remoção do paciente de alta hospitalar, contribuindo para a otimização do leito hospitalar;
d) Elaborar, implantar, coordenar e avaliar a execução e desenvolvimento de planos, programas e projetos do Serviço Social, através do acompanhamento sistemático;
e) Elaborar e adotar manual de normas, rotinas e procedimentos, onde sejam estabelecidas as atribuições do pessoal do serviço;
f) Proceder acompanhamento social do tratamento de saúde;
g) Orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais, sociais e da comunidade, face as situações constatadas;
h) Desenvolver o trabalho em grupo com usuários e/ou seus responsáveis, de acordo com as necessidades apresentadas e visando o desenvolvimento dos aspectos sociais;
i) Interpretar a situação social do paciente e sua família junto a equipe multiprofissional;
j) Elaborar e atualizar, sempre que necessário, a relação de recursos da comunidade a fim de prover os devidos encaminhamentos de pacientes, familiares e funcionários;
k) Realizar campanhas educativas, elaboradas a partir das necessidades identificadas;
l) Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;
m) Trabalhar preventiva e resolutivamente as situações de rejeição familiar;
n) Participar com os demais membros da equipe de equipe de saúde do processo de transferência, assim como dos avisos de óbitos, prestando aos familiares as orientações concernentes à situação.

Art. 32º - Ao Serviço de Psicologia compete:

a) Promover a humanização do atendimento, facilitando a relação equipe/ paciente;
b) Atendimento psicológico ambulatorial;
c) Auxiliar o paciente e a família na compreensão da doença e tratamento, tornando-os ativos no processo de recuperação;
d) Trabalhar de forma integrada com os demais profissionais de saúde, colaborando assim para uma visão global do paciente dentro de um enfoque multidisciplinar e possibilitando a assistência e apoio técnico à equipe;
e) Preparar pacientes para cirurgia a fim de que possam lidar com aspectos práticos e de rotina de uma cirurgia, bem como as fantasias que advém desta situação;
f) Trabalhar os conflitos intrapsíquicos gerados ao adoecer, melhorando a qualidade de vida dos pacientes;
g) Trabalhar e/ou preparar o paciente para mudanças em seu esquema corporal a fim de aceitar melhor seu novo estado físico;
h) Amenizar e elaborar sentimentos depressivos, de angústia e insegurança, trazendo o sentido de realidade e de conhecimento dos limites determinados pela própria doença, transmitindo confiança em suas possibilidades e apoiando suas realizações.

Art. 33º - À Diretoria Administrativa e Financeira compete:

a) Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Administrativos e Financeiros, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
b) Assistir ao Diretor Geral em assuntos administrativos relacionados com os objetivos do Hospital em particular, nos de natureza econômica e/ou de auditoria administrativa; implantar e manter um sistema de informação sintonizado com todas as unidades que compõe a estrutura básica do Hospital, visando à utilização de meios que racionalizem o trabalho e reduzam custos;
c) Aprovar requisições, especificações e pedidos de compra de equipamento, material e serviços, se forem o caso;
d) Baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;
e) Planejar e desenvolver estratégias de RH, incluindo políticas de recrutamento e seleção, disciplina, aconselhamento, pagamentos e contratos, planejamento de treinamento, motivação, cultura, avaliação de desempenho, qualidade e outros itens;

f) Fiscalizar as atividades de informatização dos processos e sistemas do Hospital,visando assegurar a disponibilidade de sistemas computadorizados tecnologicamente atualizados e que atendam às necessidades de todas as áreas;
g) Assumir a responsabilidade da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT);
h) Fiscalizar tudo a que se refere a serviços gerais, bem como as empresas terceirizadas, conservação predial entre outras atividades afins;
i) Fiscalizar os processos realizados pelo almoxarifado;
j) Responsabilizar-se pela aplicação dos recursos financeiros consignados na Programação e Orçamentação, estabelecendo mecanismos que permitam rigoroso controle contábil, elaborando as devidas prestações de contas que deverão ser atestadas pelo Diretor Geral do Hospital;
k) Supervisionar Guias de Atendimento Ambulatorial – GTA e Autorização deInternação Hospitalar – AIH, conferir e, em tempo hábil;
l) Prever e assegurar o apoio logístico a todos os setores do hospital, zelando peloseu patrimônio e pela utilização racional dos recursos disponíveis;
m) Convocar e/ou participar das reuniões técnicas, transmitindo os resultados noque couber aos integrantes de sua equipe;
n) Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;
o) Zelar pelo fiel cumprimento da legislação aplicável ao hospital, dentro da esfera desua competência e elaborar Regimento Interno da Diretoria;
p) Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
q) Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
r) Realizar outras atividades correlatadas.

Art. 34º - Da Coordenação Administrativa compete:

a) Coordenar, supervisionar e controlar e avaliar as atividades dos setores administrativos sob a sua responsabilidade, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
b) Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
c) Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de

competência;

d) Zelar pela disciplina e fiscalizar as atividades sob sua responsabilidade;
e) Propor medidas adequadas à boa execução dos serviços;
f) Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
g) Desenvolver plano de trabalho integrado com as demais áreas;
h) Participar de reuniões promovidas pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;
i) Promover reuniões com os seus colaboradores para apreciação de sugestões e aperfeiçoamento de métodos de trabalho;

Art. 35º - Ao Departamento de Recursos Humanos compete:

a) Realizar ações de incentivo do corpo diretivo e funcional, promovendo a satisfação e manutenção dos recursos humanos da unidade;
b) Planejar e executar medidas que visem a manter o quadro de pessoal em condições normais de saúde;
c) Implantar e aplicar na unidade a legislação, rotinas e procedimentos referentes à Administração de Pessoal, Medicina e Segurança do Trabalho;
d) Organizar e submeter à aprovação do superior imediato a escala de férias dos funcionários;
e) Realizar programas de treinamento e desenvolvimento de pessoal;
f) Desenvolver e manter um programa de comunicação interna com os funcionários;
g) Recrutar e selecionar novos funcionários;
h) Prestar informações sobre a situação funcional dos funcionários;
i) Coordenar / supervisionar o registro diário dos serviços prestados e elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentar ao Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato.

Parágrafo Único – As atividades do Departamento de Recursos Humanos serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas próprio.

Art. 36º - Ao Departamento de Tecnologia da Informação compete:

a) Implantar e regulamentar as ações de tecnologia da informação da unidade, direcionadas aos sistemas de informação e informática em saúde;
b) Incorporar novas tecnologias objetivando a disseminação das informações;

c) Definir os padrões para captação operacional das bases de dados dos sistemas desenvolvidos e implantados no âmbito da Instituição;
d) Gerenciar o acervo e manutenção de equipamentos;
e) Coordenar / supervisionar o registro diário dos serviços prestados e elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentar ao Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato.

Art. 37º - Ao Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos e Estatística compete:

a) Administrar, planejar, programar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades inerentes a seu encargo, observando normas e diretrizes pertinentes;
b) Manter o cadastro dos pacientes da unidade;
c) Registrar os pacientes novos;
d) Controlar a movimentação de fichas utilizadas no prontuário do paciente e por toda a equipe multidisciplinar;
e) Organizar mapas, boletins e relatórios necessários, encaminhando-os aos órgãos competentes;
f) Receber os dados e elaborar as estatísticas pertinentes no Hospital;
g) Pesquisar novas técnicas de arquivo, tendo em vista o aperfeiçoamento do serviço.

Art. 38º - Do Serviço de Atendimento ao Usuário compete:

a) Receber críticas, reclamações e/ou sugestões referentes aos serviços prestados pelo Hospital e encaminhar soluções;
b) Apurar a procedência das reclamações e denúncias apresentadas;
c) Fornecer informações gerais sobre a estrutura, atendimento e funcionamento das Unidades de Internação, Emergência e Ambulatório;
d) Identificar e avaliar o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde oferecidos pelo hospital, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS;
e) Buscar a participação social, através do acompanhamento e controle dos serviços realizados;
f) Obter informações para o gerenciamento do Hospital;
g) Sugerir medidas de aperfeiçoamento das atividades do Hospital;
h) Realizar a mediação de situações emergenciais;
i) Realizar acolhimento aos usuários;
j) Realizar encaminhamento para resolução de problemas concretos;

k) Estabelecer critérios para pesquisas e divulgação de dados;
l) Informar sobre a estrutura, atendimento e funcionamento dos Serviços do Hospital;
m) Acolher, mediar e resolver os problemas concretos;
n) Emitir relatórios mensais para a Diretoria imediata.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Atendimento ao Usuário serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas próprio.

Art. 39º – Ao Setor de Compras compete:

a) Zelar pelos princípios da legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e isonomia na seleção de fornecedores;
b) Negociar com os fornecedores, visando ao fechamento de compras dentro das melhores condições de preço, qualidade e prazo de entrega;
c) Pesquisar novos fornecedores de produtos e serviços diversos, visando desenvolver fontes alternativas de suprimentos;
d) Coordenar a inclusão e manutenção do cadastro de fornecedores;
e) Apresentar à chefia, para aprovação da cotação;
f) Elaborar relatórios com indicadores;
g) Definir os parâmetros para as negociações ou negociar diretamente com fornecedores as bases e condições para o fornecimento, visando à aquisição de produtos com preços e condições competitivos;
h) Administrar o cadastro de preços, participando da formulação dessa política, monitorando e utilizando o preço fixado pelas como subsídio para definição de preços no futuro;
i) Controlar o fluxo de compras, visando ao equilibro entre as contas a pagar e o orçamentos previsto;
j) Zelar pelo cumprimento do Regulamento de Compras vigente no Hospital.

Parágrafo Único – As atividades do Departamento de Compras serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas próprio.

Art. 40º – Do Departamento Financeiro compete:

a) Gerenciar e controlar o patrimônio físico e financeiro da Instituição, executado por

intermédio de balancetes, análises e demonstrativos contábeis;

b) Planejar os recursos financeiros necessários à consecução dos objetivos da Instituição;
c) Analisar a viabilidade das ações da Unidade, incluindo a análise econômica de suas ações, tendências de evolução dos recursos que lhes são necessários;
d) Proceder aos contratos necessários à administração dos recursos financeiros movimentados;
e) Coordenar as atividades relativas ao controle orçamentário e financeiro, bem como as atividades da contabilidade;
f) Apresentar periodicamente à Direção Geral, sobre o desenvolvimento da execução de suas atividades e de suas necessidades;
g) Estudar e propor a política financeira e orçamentária da Unidade, submetendo-a à Diretoria Administrativa-Financeira e à Direção Geral;
h) Analisar sob o ponto de vista econômico-financeiro, propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
i) Estabelecer normas de controle e avaliação para utilização dos recursos financeiros da Instituição;
j) Apresentar periodicamente à Diretoria Administrativa Financeira, relatórios sobre a posição financeira da Instituição e simulação de cenários futuros;
k) - Apresentar o Orçamento Anual da Instituição, Diretoria Administrativa Financeira e Direção Geral.

Parágrafo Único – As atividades do Departamento Financeiro serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de rotinas para administração financeira próprio.

Art. 41º – Do Setor de Faturamento compete:

a) Processar todos os procedimentos realizados na instituição, sejam eles em caráter ambulatorial ou hospitalar (em internação), dentro dos prazos pré-estabelecidos e dos parâmetros legais e vigentes;
b) Emitir relatórios de controle dos registros emitidos e pendentes;
c) Manter um sistema de controle que emita informações que permitam obter os dados necessários ao processamento dos relatórios de faturamento;
d) Analisar os relatórios de registros recebidos;
e) Verificar as ocorrências de glosas e identificar suas causas;
f) Providenciar as correções das glosas e localizar documentos comprobatórios;

g) Preparar os recursos de glosas às operadoras para correção e pagamento das mesmas;
h) Manter atualizados e organizados, pelo período de no mínimo cinco anos, os comprovantes dos serviços prestados, para atender às auditorias.

Parágrafo Único – As atividades do Setor de Faturamento serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de rotinas para faturamento de procedimentos próprio.

Art. 42º - Da Coordenação de Apoio Operacional compete:

a) Controlar o processo de recepção de pacientes e visitantes;
b) Administrar os serviços de limpeza, portaria e vigilância patrimonial;
c) Exercer atividades referentes à manutenção, adaptação, recuperação de bens móveis e imóveis, circulação e guarda de documentos;
d) Supervisionar o controle da utilização dos bens móveis e imóveis da unidade;
e) Responsabilizar-se pelo cumprimento das exigências constantes dos contratos de manutenção firmados pela unidade;
f) Controlar rigorosamente os prazos de garantia e revisões fornecidos pelos fabricantes de máquinas, equipamentos e veículos, responsabilizando-se pela execução e acompanhamento dos respectivos serviços;
g) Manter atualizado o cadastro de prestadores de serviço e fornecedores específicos de manutenção;
h) Implantar plano de manutenção preventiva e corretiva e de administração patrimonial;
i) Monitorar serviços elétricos, hidráulicos e telefônicos;
j) Coordenar as atividades de transporte;
k) Supervisionar o serviço de lavanderia e higienização.

Parágrafo 1º: Por meio da área de Segurança e Apoio:

a) Garantir a ordem no ambiente do estabelecimento;
b) Controlar a entrada de visitantes.

Parágrafo 2º: Por meio da área de Recepção:

a) Atender aos pacientes e/ou familiares que a ela se dirigir para obter informações, tirar dúvidas, receber sugestões ou críticas;
b) Aplicar questionário permanentemente, para apuração do grau de satisfação do usuário e

encaminhar ao SAU para tabular dados estatísticos de satisfação dos usuários, mensalmente;

c) Sugerir medidas que visem aumentar o grau de satisfação dos usuários.

Parágrafo 3º: Por meio da manutenção predial:

a) Realizar as medidas necessárias à conservação da edificação e à permanência das suas instalações e equipamentos, de modo a mantê-los em condições funcionais normais;
b) Realizar a manutenção planejada para prevenir a ocorrência de danos potenciais a edificação e/ou seus componentes;
c) Realiza a manutenção corretiva com intervenção imediata a fim de garantir a continuidade de funcionamento da edificação e/ou de seus componentes;
d) Proceder rotinas periódicas e/ou por solicitação de ações para coletar informações sobre o estado dos ambientes e sistemas, por meio de formulários de "check-list": verificação de quartos, banheiros e corredores, limpeza periódica de telhados, verificação de funcionamento de bombas de incêndio, verificação do nível do tanque de oxigênio, etc.; sistemas hidro sanitário, elétrico, fluído mecânico e de climatização.
e) Elaborar e apresentar relatórios mensais ou quando solicitados para a Coordenação de Apoio Operacional.

Parágrafo 4º: Por meio da área de Serviços Gerais:

a) Manter a limpeza de superfícies, mobiliário e equipamentos e pela manutenção de um ambiente agradável, higiênico e seguro para os pacientes, funcionários e visitantes.

Parágrafo 5º: Por meio da área de Transporte:

a) Manter o transporte de pacientes por ambulância, o controle da frota de veículos do Hospital, motoristas lotados na Unidade e a geração de relatórios gerenciais para controle do uso e gastos.

Parágrafo 6º: Por meio da Lavanderia e Higienização:

a) Coordenar todo o processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada à todos setores do Hospital.

Art. 43º - São atribuições comuns aos dirigentes ou responsáveis por serviços ou departamentos da unidade, observadas as respectivas áreas de atuação:

a) Cumprir e fazer cumprir as normas legais e regulamentares, as decisões dos órgãos superiores, os prazos para desenvolvimento dos trabalhos e as ordens das autoridades hierarquicamente superiores.
b) Divulgar para os seus subordinados a estratégia a ser adotada no desenvolvimento dos trabalhos.
c) Estimular o desenvolvimento profissional do seu grupo de trabalho.
d) Avaliar o desempenho da sua área e responder pelos resultados alcançados.
e) Providenciar a instrução de processos de expedientes que devam ser submetidos à consideração superior, manifestando-se, conclusivamente, a respeito das matérias.
f) Propor ao superior imediato a indicação do respectivo substituto, obedecidos aos requisitos inerentes à função.
g) Apresentar relatórios mensais sobre os serviços executados pelo órgão que dirige.
h) Diligenciar para que a programação dos trabalhos seja obedecida.
i) Controlar a frequência diária do pessoal subordinado.
j) Decidir sobre pedidos de abono e justificação de faltas ao serviço.
k) Conceder férias aos subordinados, quando decorrente de escala estabelecida.
l) Requisitar material de consumo e material permanente, necessário ao uso do órgão que dirige.
m) Praticar outros atos decorrentes da legislação vigente, normas ou ordens superiores.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 44º- Os pacientes e seus familiares no âmbito do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** devem submeter-se às Normas da Unidade.

Art. 45º - Todo o pessoal que trabalhar ou exercer atividades profissionais dentro do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** ficará subordinado ao presente Regimento, devendo:

a) Cumprir o horário de trabalho, bem como as escalas de serviço aprovadas;
b) Manter-se em seu local de trabalho, somente se ausentando por motivo de serviço devidamente autorizado ou em casos de notória necessidade;
c) Executar os trabalhos determinados pelos seus chefes imediatos;
d) Tratar com civilidade os colegas de serviço, os pacientes e demais pessoas que procurem a unidade;

e) Respeitar e acatar as ordens superiores e cumprir as normas e legislações cabíveis.

Art. 46º - É vedado a qualquer membro do Corpo Clínico e Administrativo fornecer certidões ou declarações, usando o nome da Unidade, sem prévia autorização do Diretor Geral.

Art. 47º - Na ausência do Diretor Geral e de seu substituto, o Chefe de Plantão solucionará os problemas administrativos que venham ocorrer.

Art. 48º - As notícias referentes a fatos ocorridos no âmbito do Hospital só poderão ser fornecidas para divulgação com autorização do Diretor Geral;

Art. 49º - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo Diretor Geral do Hospital, respeitada a competência da autoridade superior.

Art. 50º - Revogam-se as disposições em contrário.

2.2.3. Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem

O Gerente de Enfermagem do Hospital, no uso de suas atribuições legais e considerando a necessidade de buscar a otimização da qualidade dos serviços, oferecendo maior humanização e conforto no atendimento ao usuário e estabelecendo melhor definição da responsabilidade sobre o resultado final, reorganiza a área assistencial de enfermagem nos termos deste Regimento.

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE E OBJETO

Art. 1º - O Serviço de Enfermagem tem por finalidade desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência, ensino, pesquisa e administração, na perspectiva de uma assistência científica, participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o cuidado, como do sujeito de suas ações.

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem terá como objetivos:

1. Prestar atendimento de enfermagem em regime de internação, utilizando-se de método assistencial.

2. Ser campo de ensino, pesquisa e extensão, em cooperação com as unidades de ensino e

saúde com as quais o Hospital seja conveniado;

3. Buscar a valorização do trabalho e do trabalhador, através de estratégias e programas voltados à pesquisa, a formação continuada e a organização profissional.

4. Desenvolver o seu processo de trabalho de forma participativa e interdependente.

5. Assistir o paciente, integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível.

6. Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem.

7. Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 3º - O Serviço de Enfermagem, será subordinado diretamente à Diretoria Técnica, possuirá administração própria e autonomia profissional, sobre as quais manterá autoridade e responsabilidade. Será liderado exclusivamente por Enfermeiro, com experiência comprovada em liderança e gerenciamento.

Art. **4º** - O Serviço de Enfermagem tem a seguinte estrutura:

1. Setor de Internação
2. Unidade de Terapia Intensiva – UTI Adulto
3. Setor de Urgência / Emergência
4. Ambulatório Geral/ Hospital-Dia
5. Lavanderia e Higienização
6. Bloco Cirúrgico

- Centro Cirúrgico – CC
- Central de Material e Esterilização – CME
- Centro de Recuperação Pós-anestésica - RPA

Art. 5º - O quadro funcional para andamento do Serviço de Enfermagem está assim classificado:

1. Coordenador Geral de Enfermagem;
2. Coordenador de Setor;
3. Enfermeiros Assistenciais;
4. Técnicos de Enfermagem;
5. Estagiários de Enfermagem;

Art. 6º - A Gerência de Enfermagem será a instância máxima administrativa na organização da Enfermagem, possui caráter executivo, sendo responsável ainda, pelo planejamento, coordenação e avaliação da assistência de enfermagem do Hospital.

Art. 7º - O Coordenador Geral de Enfermagem será o representante do Serviço de Enfermagem perante as demais lideranças, será o elo com as atividades de ensino, pesquisa e extensão, nele desenvolvidas.

Art. 8º - A Gerência de Enfermagem será ocupada por enfermeiro com experiência mínima de 02 (dois) anos em gerenciamento e liderança em enfermagem, devendo exercer suas funções em regime de 8 horas diárias até o limite de 44 horas semanais.

Art. 9º - O Coordenador Geral de Enfermagem em seus impedimentos será substituído por um dos Enfermeiros Coordenadores de Setor, por ele indicado.

Parágrafo Único - Os impedimentos a que se refere este artigo são os seguintes: Férias; Licenças regulamentadas em Lei, não superior a seis meses; Participação em eventos; Viagens a serviço.

Art. 10º - Serão constituídas comissões de assessoramento e/ou auditoria do Serviço de Enfermagem, podendo ser de caráter permanente ou temporário.

Parágrafo Único - As comissões de caráter temporário serão designadas pela Diretoria Técnica, por tempo determinado para atuarem em situações específicas.

Art. 11º - A Comissão Permanente do Serviço de Enfermagem é a Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

Art. 12º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem finalidade educativa, opinativa, consultiva, fiscalizadora e de assessoramento nas questões éticas do exercício profissional, nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração. Possui regimento próprio devidamente legitimado

pelo Serviço de Enfermagem e aprovado pela Direção Técnica.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13º - A Gerência de Enfermagem compete:

I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

II. Executar e fazer executar os atos necessários à coordenação, eficiência e boaordem dos serviços que lhe são subordinados e à disciplina do pessoal;

III. Selecionar, distribuir quantitativamente e qualitativamente o pessoal da enfermagem, definindo seus deveres e estabelecendo linhas de responsabilidade;

IV. Analisar e avaliar a padronização das técnicas de trabalho, submetendo-as à aprovação superior;

V. Orientar e cooperar nos programas de educação continuada em serviço;

VI. Convocar e presidir reuniões com o pessoal de enfermagem;

VII. Prever e opinar sobre a compra do material e equipamentos;

VIII. Prever medidas que assegurem o melhor entrosamento e boa coordenação com os demais serviços, divisões, seções e serviços do Hospital;

IX. Promover programas de higiene e segurança do trabalho, de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

X. Favorecer o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa científicas, devidamente aprovadas;

XI. Cumprir o código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas do Hospital;

XII. Comunicar à SCIRAS, os casos de notificação compulsória;

XIII. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;

XIV. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas

vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;

XV. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;

XVI. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o Hospital como campo de residência e estágio;

XVII. Solicitar à Chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

XVIII. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade;

XIX. Aplicar normas de biossegurança;

XX. Executar outras atividades afins;

XXI. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 14º - Compete ao Setor de Internação:

1. Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, levantando as necessidades básicas dos pacientes, planejando as atividades de enfermagem de forma integral, personalizada e humanizada atendendo, assim, suas necessidades biopsicossomáticas.
2. Recuperar, manter e promover a saúde através do ensino do autocuidado, tornando o paciente o mais independente possível dessa assistência.
3. Oferecer segurança e condições ambientais que facilitem e agilizem a recuperação do paciente.
4. Documentar todos os eventos observados e cuidados ministrados de forma a oferecer subsídios para a atuação dos demais profissionais da área de saúde e uma assistência baseada no cumprimento de princípios éticos e legais.
5. Colaborar com a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e com o SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes no hospital.
6. Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

Art. 15º - Compete ao Centro Cirúrgico - CC:

1. Oferecer assistência de enfermagem a todos os pacientes no período transoperatório e pós-operatório imediato.
2. Garantir o êxito do procedimento, atendendo às necessidades da equipe cirúrgica durante o ato operatório.
3. Preparar as salas para procedimentos cirúrgicos, observando e cumprindo rigorosamente os princípios de higiene e assepsia, de modo a assegurar a prevenção de infecção hospitalar.
4. Assegurar recursos humanos e materiais necessários à realização do ato cirúrgico.
5. Proporcionar transporte seguro dos pacientes cirúrgicos dos setores para as dependências do centro cirúrgico e vice-versa.
6. Registrar atos cirúrgicos realizados e os dados necessários para levantamento estatístico.
7. Manter o setor em condições de atendimento normal e de emergência com pessoal, material e equipamento adequados.
8. Colaborar com a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e com o SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes no hospital.
9. Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

Art. 16º - Compete à Central de Materiais e Esterilização - CME:
1. Receber, preparar, esterilizar, guardar e distribuir material esterilizado, roupas cirúrgicas e instrumentais utilizados em todos os setores do hospital.
2. Fazer o controle quantitativo e qualitativo de todos os materiais encaminhados aos setores.
3. Realizar testes de segurança de esterilização.
4. Colaborar com a CCISS (Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) e com o SCISS (Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na unidade.
5. Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

Art. 17º - Recuperação Pós-Anestésica - RPA:
1. Avaliar atentamente o estado de consciência e as condições hemodinâmicas do paciente no período de recuperação pós-anestésica, com o objetivo de detectar precocemente os sinais de complicações pós-operatórias.
2. Promover assistência adequada para recuperação da consciência e estabilidade dos sinais

vitais do paciente.

3. Documentar todos os eventos observados e cuidados ministrados de forma a oferecer subsídios para a atuação dos demais profissionais da área de saúde e uma assistência baseada no cumprimento de princípios éticos e legais.

4. Encaminhar o paciente à unidade de origem ou outra unidade indicada pela equipe médica, após avaliação e alta assinada pelo anestesista.

5. Colaborar com a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e com o SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes no hospital.

6. Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

Art. 18º - Compete à Unidade de Terapia Intensiva – UTI:

1. Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, levantando as necessidades básicas dos pacientes, planejando as atividades de enfermagem de forma integral, personalizada e humanizada atendendo, assim, suas necessidades biopsicossomáticas.

2. Recuperar, manter e promover a saúde através do ensino do autocuidado, tornando o paciente o mais independente possível dessa assistência.

3. Oferecer segurança e condições ambientais que facilitem e agilizem a recuperação do paciente.

4. Documentar todos os eventos observados e cuidados ministrados de forma a oferecer subsídios para a atuação dos demais profissionais da área de saúde e uma assistência baseada no cumprimento de princípios éticos e legais.

5. Colaborar com a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e com o SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes no hospital.

6. Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

Art. 19º - Compete ao Setor de Urgência e Emergência:

1. Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, levantando as necessidades básicas dos pacientes, planejando as atividades de enfermagem de forma integral, personalizada e humanizada atendendo, assim, suas necessidades biopsicossomáticas.

2. Prestar assistência de enfermagem especializada e integral aos pacientes em estado crítico

e semicrítico.

3. Assegurar recursos humanos e materiais necessários à assistência aos pacientes.

4. Manter preparada a unidade e o pessoal para atendimento de rotina diária e qualquer emergência.

5. Manter, preservar e controlar todos os materiais e equipamentos e mantê-los em perfeitas condições de uso, bem como dispor medicamentos e drogas necessárias ao uso nas emergências.

6. Interagir com a equipe médica e outros profissionais, de forma a melhor atender o paciente e criar ambiente de trabalho em equipe.

7. Orientar e apoiar psicológica e moralmente os familiares dos pacientes em estado grave.

8. Documentar todos os eventos observados e cuidados ministrados de forma a oferecer subsídios para a atuação dos demais profissionais da área de saúde e uma assistência baseada no cumprimento de princípios éticos e legais.

9. Preparar e orientar o paciente / família sobre a transferência para outro setor do hospital.

10. Executar prescrições médicas e de enfermagem pertinentes às suas atribuições.

11. Colaborar com a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e com o SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes no hospital.

12. Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

13. Monitorar a revisão dos equipamentos pelos técnicos responsáveis para mantê-los em condição de uso, junto ao setor de manutenção.

14. Prever, prover e controlar os materiais e medicamentos necessários ao seu funcionamento.

15. Proceder ao preparo do paciente no pré-operatório, observando a prescrição médica, bem como as normas e rotinas do setor.

16. Observar rigorosamente os pacientes em pós-operatório com objetivo de detectar precocemente suas complicações.

17. Oferecer segurança e condições ambientais que facilitem e agi lizem a recuperação do paciente.

Art. 20º - Compete ao Setor de Higienização:

1. Preparar o ambiente para suas atividades.

2. Manter a ordem do ambiente.

3. Conservar equipamentos e instalações.

4. Assegurar recursos humanos e materiais necessários a higienização do ambiente.

5. Interagir com a equipe multidisciplinar, de forma a melhor atender o paciente.

6. Colaborar com a CCISS (Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) e com o SCISS (Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na Unidade.

7. Monitorar a revisão dos equipamentos pelos técnicos responsáveis para mantê-los em condição de uso, junto ao setor de manutenção.

8. Prever, prover e controlar os materiais e saneantes necessários ao seu funcionamento.

9. Oferecer segurança e condições ambientais que facilitem e agilizem a recuperação do paciente.

Art. 21º - Compete à Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn):

1. Constituir-se obrigatoriamente de acordo com a Resolução COFEN – 172 (1994), que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas Instituições de Saúde.

2. Representar o COREN-GO na instituição, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do Exercício Profissional e Ético dos profissionais de enfermagem.

3. Garantir a conduta ética dos profissionais na unidade.

4. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na unidade, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

5. Notificar ao COREN-GO as reivindicações, irregularidades, sugestões e as Infrações éticas.

CAPÍTULO IV
DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS

Art. 22º - Classificação das categorias profissionais:

1. Enfermeiro RT /Coordenador Geral de Enfermagem;
2. Enfermeiros Coordenadores de Setor;
3. Enfermeiros Assistenciais;
4. Técnico de Enfermagem;
5. Estagiários de enfermagem;

Art. 23º - Requisitos necessários aos cargos discriminados acima.

1. Enfermeiro RT / Gerente do Serviço de Enfermagem: Registro profissional no

CORENGO como enfermeiro; Estar em dia com o Órgão de Classe; Possuir Certidão negativa; Enfermeiro do quadro permanente com Experiência profissional comprovada em gerenciamento e liderança em enfermagem.

2. Enfermeiro Coordenador de Setor: Possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; Estar em dia com o Órgão de Classe; Conhecimento específico comprovado para liderança do Setor.

3. Enfermeiros Assistenciais: Possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; Estar em dia com o Órgão de Classe, Certidão Negativa e Perfil para trabalhar em equipe.

4. Técnico de Enfermagem: Registro profissional no COREN-GO como técnico de enfermagem; Estar regularizado com o Órgão de Classe; Certidão Negativa e Perfil para trabalhar em equipe.

5. Estagiário de Enfermagem:

- Nível Médio: Comprovação de aprovação na disciplina Introdução à Enfermagem ou Fundamentos de Enfermagem. Declaração da Escola Técnica constando previsão de conclusão do curso.
- Nível Superior: Comprovação de conclusão do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem. Declaração da Universidade constando a previsão de conclusão do curso.

CAPÍTULO V
DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 24º – São atribuições do pessoal:

Enfermeiro RT/ Gerente do Serviço de Enfermagem:

1. Assegurar a disponibilidade de serviços de enfermagem para todas as unidades da instituição, em perfeita conformidade com o regulamento do exercício da Enfermagem.
2. Estruturar, organizar e dirigir os serviços sob a sua responsabilidade, assegurando a qualidade da assistência, desenvolvendo, preservando e mantendo atualizados os processos de qualidade.
3. Organizar, dirigir e supervisionar os serviços executados pela equipe de Enfermagem, assegurando assistência contínua e eficiente aos pacientes nas vinte e quatro horas.
4. Colaborar no planejamento dos objetivos, estratégias e políticas operacionais da unidade.
5. Elaborar, propor e executar o plano de atividades da sua área de responsabilidade,

inclusive normas quando necessárias.

6. Aprovar os planos, dirigir e controlar as atividades das áreas subordinadas, a saber:

- Urgência / Emergência
- Unidades de Internação
- Unidade de Terapia Intensiva – UTI Adulto
- Ambulatório
- Bloco Cirúrgico

- Centro Cirúrgico – CC
- Recuperação Pós-anestésica – RPA
- Central de Material e Esterilização - CME

- Higienização

7. Acompanhar problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção e outros).

8. Autorizar trocas de plantões na área de sua responsabilidade que exceda uma carga horária normatizada.

9. Aprovar e/ou elaborar os POP's (Procedimento Operacional Padrão) das áreas de sua responsabilidade.

10. Dar sugestão das alterações em Protocolos e Instruções de Trabalho que possibilitem a melhoria contínua.

11. Prever com os Enfermeiros Coordenadores de Setor materiais e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas áreas sob sua responsabilidade.

12. Realizar controle mensal de: custo com medicamentos, custo com material médicohospitalar; desempenho em relação aos registros de enfermagem; percentual de profissionais que participaram do programa de treinamento; percentual de funcionários novos treinados.

13. Propor medidas de redução / eliminação de custos e ampliação de receitas.

14. Realizar com os Enfermeiros Coordenadores a programação anual da capacitação para a equipe de enfermagem.

15. Colaborar na execução do treinamento da área de sua responsabilidade.

16. Colaborar com o Comitê Técnico de Gerenciamento de Resíduos (GTRSS) e com o serviço de Recursos Humanos na capacitação de profissionais da unidade.

17. Analisar a avaliação de desempenho semestral.

18. Analisar e avaliar qualitativa e quantitativamente os serviços realizados pela equipe das áreas sob sua responsabilidade.

19. Participar das reuniões da CCISS e do CTGRSS.

20. Zelar pelo patrimônio e imagem do hospital.

21. Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais.

22. Elaborar com a coordenação responsável a necessidade de materiais e equipamentos para uso na assistência de sua responsabilidade.

23. Manter a Diretoria Técnica informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com as áreas de sua responsabilidade.

24. Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, de seus familiares e da própria equipe de trabalho das áreas sob a sua responsabilidade.

25. Motivar a equipe para uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada.

26. Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe.

27. Convocar e presidir reuniões com as enfermeiras coordenadoras;

28. Manter uma integração com os demais serviços para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente.

<u>Enfermeiro Coordenador de Setor:</u>

1. Conduzir a passagem de plantão na unidade de internação, no período da manhã, com a participação do Enfermeiro Assistencial e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Observar:

- Evolução clínica dos pacientes
- Medicações pendentes (observar as justificativas)
- Materiais em falta
- Problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção, problemas com acompanhantes e outros)
- Supervisionar o horário da passagem do CME

2. Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme necessidades.

3. Observar o livro de ocorrências da Enfermeira e dos Técnicos (Assinar e registrar o número do COREN).

4. Observar as solicitações de exames e encaminhá-las.

5. Solicitar diariamente os materiais e medicações necessárias.

6. Realizar uma ronda na unidade, avaliando a dinâmica do trabalho.

7. Com o Enfermeiro Assistente, avaliar a assistência de Enfermagem prestada aos pacientes, identificando as necessidades e dando as orientações necessárias.

8. Supervisionar a realização da evolução dos pacientes, pela (o) enfermeira (o) assistencial.

9. Verificar os equipamentos da unidade: funcionamento, os que estão em uso, os emprestados, a limpeza e conservação dos mesmos.

10. Verificar a validade do material em estoque do CME.

11. Observar as necessidades de ajustes na escala mensal: solicitações de trocas, atestado médico, atestado de comparecimento, folgas, justificativas de faltas.

12. Elaborar distribuição dos técnicos no período da tarde.

13. Viabilizar exames: marcação, cobrar resultados, observar preparo.

14. Orientar os pacientes sobre o preparo dos exames.

15. Conduzir a passagem de plantão (manhã para a tarde).

16. Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme a necessidade.

17. Controlar entorpecentes e carro de emergência.

18. Observar os encaminhamentos de: exames, cirurgias, retornos.

19. Realizar reposição dos impressos.

20. Dirigir-se a sala do (a) Coordenador Geral de Enfermagem:

- Passar o plantão
- Registrar as ocorrências em livro reservado para este fim

21. Realizar treinamento em serviço.

22. Elaborar a escala mensal dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem e encaminhá-las para conferência do (a) Gerente Operacional de Enfermagem e posterior aprovação.

PARAGRÁFO ÚNICO: São atribuições do enfermeiro Coordenador do Setor de Lavanderia /Higienização:

1. Distribuir diariamente as tarefas a serem realizadas.

2. Observar problemas administrativos diversos.

3. Autorizar trocas de plantões no serviço de higienização.

4. Realizar rondas nos diversos setores da unidade.

5. Realizar auditoria do serviço de higienização, utilizando para este fim impresso apropriado.

6. Planejar e programar atividades diárias, semanais, quinzenais e mensais do serviço.

7. Programar, providenciar e controlar os materiais, equipamentos e saneantes utilizados no serviço.

8. Provisionar, controlar e orientar sobre o uso dos EPI's.

9. Dimensionar recursos humanos necessários para o serviço.

10. Dimensionar área física do hospital e enxoval.

11. Dimensionar equipamentos e materiais utilizados no serviço de higienização e na lavanderia.

12. Elaborar os POP's (Procedimento Operacional Padrão) do serviço de higienização.

13. Enviar relatórios administrativos mensalmente à liderança de enfermagem contendo: atividades realizadas, movimentação de pessoal, sugestões de compra de materiais e equipamentos, áreas que devem ser reparadas, e número atualizado de funcionários do serviço.

14. Realizar programação anual da capacitação para as equipes da higienização.

15. Realizar treinamento da equipe de higienização.

16. Colaborar com o CGRSS e com o serviço de Recursos humanos na capacitação de profissionais da unidade no que diz respeito a higienização.

17. Realizar controle mensal de: custo com material de limpeza por m2, média mensal de bombonas de resíduos infectantes geradas, índice de acertos, percentual de colaboradores que participou do programa de treinamento, volume de roupa processada, custo por o quilo de roupa processada.

18. Lançar no Sistema os indicadores citados no item 17.

19. Participar diretamente do processo seletivo dos futuros funcionários do serviço de higienização realizando curso de atualização e aplicando prova de seleção.

20. Realizar avaliação de desempenho semestral.

21. Participar das reuniões da CCISS quando o assunto pertinente for higienização.

22. Participar das reuniões do CGRSS.

23. Participar do processo de padronização dos saneantes.

24. Realizar reuniões trimestrais com a equipe, a fim de comunicar mudanças de rotinas, ouvir críticas e sugestões.

Enfermeiro Assistencial: No período da manhã (de 07:00 às 13:00 horas)

1. Realizar histórico de enfermagem durante a admissão do paciente.
2. Realizar diagnóstico de enfermagem dos pacientes pertencentes ao setor sob sua responsabilidade.

3. Evoluir os pacientes pertencentes ao setor sob sua responsabilidade.

4. Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade.

5. Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves.

6. Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade.

7. Participar da passagem de plantão no início do turno.

8. Realizar visita aos pacientes, conferindo a permanência dos mesmos, com o censo eletrônico impresso pela enfermeira do SN.

9. Passar para o próximo enfermeiro as necessidades relacionadas aos pacientes internados.

10. No início do período, iniciar o relatório de enfermagem.

11. Realizar curativos de grande extensão.

12. No final do período, fechar o relatório e realizar o registro das ocorrências.

13. No final do período, participar da passagem de plantão;

14. Emitir novo censo da unidade.

15. Repor o carro de emergência, quando necessário, e diariamente realizar a conferência do lacre no impresso apropriado.

Enfermeiro Assistencial: No período da tarde (de 13:00 às 19:00 horas)

1. Realizar histórico de enfermagem.

2. Evoluir os pacientes.

3. Realizar prescrições de enfermagem dos pacientes sob a sua responsabilidade.

4. Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves.

5. Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade.

6. Participar da passagem de plantão no início do período.

7. Visitar os pacientes, conferindo os mesmos com o censo eletrônico impresso no período da manhã com o Relatório de enfermagem e fazer os registros necessários no impresso Observação de enfermagem: paciente que retornou ou que será encaminhado para o CC e UTI; encaminhamentos e pendências em relação a exames e intercorrências:

8. Repor o carro de emergência quando necessário e diariamente realizar a conferência do lacre, registrando no impresso apropriado.

9. Realizar uma ronda na unidade.

10. Atualizar o censo eletrônico.

11. Fechar o relatório de enfermagem.

12. Registrar as ocorrências em livro apropriado.

13. Conferir com a ajuda do auxiliar/técnico de enfermagem ou auxiliar administrativo as medicações liberadas pela farmácia.

14. Realizar passagem de plantão para o enfermeiro (a) que irá trabalhar no próximo turno.

Enfermeiro Assistencial: No período do Serviço Noturno - SN (de 19:00 às 07:00 horas).

1. Realizar diagnóstico de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade que agravaram no seu período de trabalho ou que foram admitidos.

2. Anotar a evolução dos pacientes sob sua responsabilidade que agravaram no seu período de trabalho ou que foram admitidos.

3. Providenciar prescrições de enfermagem dos pacientes sob a sua responsabilidade que agravaram no seu período de trabalho ou que foram admitidos.

4. Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves.

5. Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade.

6. Estar presente na passagem de plantão no início do período.

7. Realizar uma ronda nas unidades que está escalado, atendendo as necessidades e intercorrências, executando registros quando necessário no impresso de observação de

enfermagem.

8. Conferir todos os prontuários: medicações prescritas e administradas, exames realizados, preparo de exames e cirurgias.

9. Encaminhar as prescrições pendentes para a farmácia.

10. Realizar as admissões conforme rotina da unidade.

11. Realizar nova ronda nas unidades, executando registros quando necessário, no impresso de observação de enfermagem.

12. Atender intercorrências e supervisionar a assistência.

13. Repor o carro de emergência quando necessário e diariamente realizar a conferência do lacre, registrando no impresso apropriado.

14. Realizar a movimentação eletrônica: Altas e óbitos.

Técnico de Enfermagem

1. Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão.

2. Executar o plano de assistência elaborado pela enfermeira.

3. Prestar assistência de enfermagem sob a supervisão da enfermeira.

4. Fazer o registro das anotações de enfermagem e das atividades executadas.

Estagiário de Enfermagem - Nível Superior

PARÁGRAFO ÚNICO – Os estagiários de enfermagem de nível superior deverão desempenhar suas atividades sob a orientação direta e supervisão do Enfermeiro da unidade que o estudante estiver lotado, significando que os registros do graduando de enfermagem no prontuário do paciente e outros impressos deverão conter a assinatura e registro do COREN/GO de um Enfermeiro.

1. Realizar histórico de enfermagem durante a admissão do paciente.

2. Fazer diagnóstico de enfermagem.

3. Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes.

4. Evoluir os pacientes.

5. Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes acompanhados por um Enfermeiro.

6. Participar da passagem de plantão no início do turno.

7. Passar para o Enfermeiro as necessidades relacionadas aos pacientes.

8. Conferir com a ajuda do auxiliar/técnico de enfermagem ou auxiliar administrativo as medicações liberadas pela farmácia.

9. No final do período participar da passagem de plantão.

Estagiário de Enfermagem - Nível Médio

PARÁGRAFO ÚNICO – Os estagiários de enfermagem de nível médio deverão desempenhar as suas atividades sob a orientação direta e supervisão do Enfermeiro Principal da unidade que estiver lotado, significando que os registros do estudante no prontuário do paciente e outros impressos deverão conter a assinatura e registro no COREN-GO de um Enfermeiro.

1. Orientar os pacientes na unidade.

2. Executar os cuidados de enfermagem planejados.

3. Proporcionar conforto ao paciente por meio dos cuidados de higiene.

4. Preparar os pacientes para exames complementares.

5. Comunicar à enfermeira as alterações observadas no estado geral dos pacientes.

6. Fazer registro, anotação de enfermagem, das atividades executadas.

CAPÍTULO VI

DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art.25º - O Serviço de Enfermagem da instituição manterá plantão durante 24 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Na elaboração da escala mensal de serviço as folgas consecutivas não deverão ultrapassar a 04 (quatro), sem autorização escrita do Coordenador Geral de Enfermagem.

PARÁGRAFO SEGUNDO - As escalas de serviço, do próximo mês, deverão ser encaminhada para o Recursos Humanos (RH) até o dia 10 (dez) do mês em curso.

PARÁGRAFO TERCEIRO - As trocas na escala de serviço durante o mês deverão ser

realizadas com 48 horas de antecedência, salvo por necessidade do serviço.

PARÁGRAFO QUARTO - Só serão permitidas 04 (quatro) trocas mensais. Uma quinta troca implicará na autorização por escrito do Coordenador Geral de Enfermagem.

PARÁGRAFO QUINTO - As faltas representam um comprometimento no planejamento da assistência e na avaliação do funcionário faltoso, passível de medidas disciplinares.

PARÁGRAFO SEXTO - As faltas nos feriados e nos finais de semana sem justificativa comprovada, significam "falta grave", uma vez que a escala de serviço foi elaborada em condições que oferecem segurança e continuidade da assistência prestada aos pacientes e o funcionário estará sujeito à suspensão de suas atividades por 01 (um) dia de trabalho.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.26º - Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN-GO.

Art.27º - Anualmente os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar, ao Setor de Recursos Humanos (RH), comprovante de quitação da anuidade do COREN-GO.

Art.28º - Os profissionais do Serviço de Enfermagem não poderão receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art.29º – Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura, que deverá ser lavrada, pela Direção Técnica do Hospital, e pelo Gerente de Enfermagem.

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

Objetivo Geral

Implantar soluções em tecnologia da informação visando a melhoria operacional e de gestão dos serviços hospitalares prestados, e ainda aprimorar a qualidade, agilidade e segurança

do atendimento de pacientes do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.**

Objetivos Específicos

1. Melhorar as condições tecnológicas para o enfrentamento dos diversos desafios requeridos pelo hospital;
2. Definir novo parâmetro para a atividade de apoio na prestação de serviço contribuindo para a elevação da dignidade funcional dos agentes de saúde;
3. Garantir a sustentação da infraestrutura necessária para a implementação e ampliação dos sistemas utilizados pelo hospital;
4. Oferecer aos gestores do hospital um sistema de informações integrado de apoio à gestão;
5. Permitir que toda a informação relacionada à saúde da população possa ser coletada no momento do atendimento ao cidadão pela unidade hospitalar;
6. Gerenciar todos os processos envolvidos no ambiente hospitalar, automatizando os atendimentos, o gerenciamento e o controle das ações assistenciais e administrativas do hospital por meio dos sistemas de informações adotados pelo hospital;
7. Facilitar a referência e a contrarreferência, integrando os processos de regulação e agendamento;
8. Controlar de forma mais eficiente a assistência farmacêutica e colaborar com o uso racional dos medicamentos;
9. Permitir realização de auditorias através do sistema de forma eficiente e com acesso seguro a todo o conjunto de dados e informações armazenadas;
10. Ampliar as bases de dados clínicos para a utilização de ferramentas de cruzamento e de análise de dados, podendo gerar relatórios e indicadores estáticos e dinâmicos;
11. Dispor de sistema baseado em Registro Eletrônico de Saúde robusto que passará a integrar o hospital;
12. Estabelecer políticas de segurança, relacionando os riscos e realizando um plano de contingência aos mesmos;
13. Produzir e disseminar dados fidedignos e precisos da instituição;
14. Utilizar *software* de *Enterprise Resource Planning* (ERP), que tornará possível o controle informatizado de todos os processos do ambiente hospitalar;
15. Por meio dos ERPs, atender a todas as necessidades do paciente em todos os níveis organizacionais, que vão desde a sua entrada; toda a parte assistencial, prontuário

eletrônico, até o administrativo, devendo as soluções ser plenamente integradas, com todas as informações unificadas, cujo maior benefício será a integridade e a uniformidade dos dados e da informação, se traduzindo em segurança e qualidade na Tecnologia da Informação;

16. Possibilitar a melhoria das informações para a tomada de decisão pelos gestores do hospital com ferramentas informatizadas completas (*Business Intelligence* – B.I.);
17. Melhorar o controle interno das operações de Atenção e Assistência à Saúde;
18. Melhorar o atendimento aos cidadãos-usuários do SUS no hospital;
19. Melhorar a eficiência e eficácia dos processos do hospital;
20. Aumentar a produtividade;
21. Otimizar o uso dos recursos humanos, materiais e financeiros no hospital;
22. Implantar modelo adequado de governança em TI para suportar as novas tecnologias;
23. Auxiliar à equipe gestora na revisão dos processos administrativos e assistenciais;
24. Adequar a rede elétrica e lógica para a informatização;
25. Adquirir servidores para a instalação dos sistemas informatizados;
26. Instalar rede informatizada sem fio visando à necessidade de acesso por dispositivos móveis;
27. Disponibilizar equipamentos tecnológicos suficientes e de qualidade para que os profissionais possam desempenhar suas funções de forma adequada;
28. Capacitar os profissionais de saúde para a correta utilização dos equipamentos e sistemas de tecnologia;
29. Realizar de forma contínua a manutenção dos equipamentos e da rede hospitalar, dos servidores.

Justificativa

Nos últimos anos, os hospitais vêm passando por um importante processo de qualificação dos serviços prestados, onde a Tecnologia da Informação tornou-se uma importante ferramenta para a gestão hospitalar, assim como o gerenciamento dessas informações produzidas nesse ambiente. Essa informação tramita por diferentes níveis na organização, e será fundamental para a gestão hospitalar, pois dela serão conhecidos todos os indicadores e resultados obtidos pelo hospital, além de armazenar todos os dados referentes aos atendimentos hospitalares dos pacientes.

A Tecnologia da Informação possui grande importância em todo o processo gerencial

hospitalar, agregando qualidade, economia, segurança, agilidade, análise de resultados, apoio as decisões, contemplando todo o gerenciamento das informações no ambiente hospitalar, e em consequência, melhorando o atendimento ao usuário desde a sua recepção, tratamento e alta.

Para tanto, se faz necessário conhecer o papel da Tecnologia da Informação neste contexto, bem como descrever como a informatização pode auxiliar no gerenciamento das informações hospitalares e ainda, definir os caminhos facilitadores para acesso a essas informações, bem como demonstrar como o *Business Intelligence* pode ser utilizado como uma ferramenta de auxílio para a tomada de decisão.

Quando falamos da Tecnologia da Informação na Saúde, ela vem acompanhada de uma carga extra de responsabilidade técnica e operacional, devendo estabelecer uma gestão eficiente da informação em uma organização de saúde como o hospital, com segurança e confiabilidade nas informações.

A implantação da Tecnologia da Informação nos hospitais vem se fazendo cada vez mais necessária, onde os hospitais passaram a ser cobrados pela excelência dos serviços prestados, e assim pelas informações geradas dentro do ambiente hospitalar.

A área da saúde será uma das mais beneficiadas com a evolução das ferramentas de TI. O uso da tecnologia *wireless, softwares* de gestão e expansão da telemedicina devem promover a troca segura e eficiente de informações entre instituições e profissionais e integrar as áreas clínica e administrativa em prol da melhoria do atendimento e funcionamento dos hospitais.

O processamento, análise e o resultado obtido dos dados podem direcionar o gestor hospitalar nas decisões a serem tomadas. Para tanto, é necessário que o sistema de informação atenda a demanda e responda de forma satisfatória às necessidades da instituição, bem como apresentar as informações, de forma organizada e com os devidos dados necessários para sua análise.

Neste cenário, o INSTITUTO PÁTRIS pretende tornar o **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** um Hospital Digital, com integração de seus sistemas de armazenamento, gestão de dados, imagens e documentos, bem como com certificação de assinatura digital, no intuito de complementar e finalizar esforços constantes da entidade nesse movimento de inovação tecnológica que propicia maior segurança, qualidade e agilidade do atendimento à saúde realizado.

Os elementos de infraestrutura e soluções digitais implantados a partir deste projeto colocarão o Hospital num novo padrão de funcionamento e consequentemente de atendimento ao paciente. O projeto pretende preparar os espaços por onde o paciente será atendido, iniciados nas consultas ou pronto atendimento, passando por realização de exames laboratoriais e de imagens, seguido pelos leitos de internação hospitalar, nos tratamentos ou procedimentos cirúrgicos, ou seja, em toda sua jornada de enfrentamento da doença.

Metodologia de execução das atividades

A execução das atividades do projeto mobilizará tanto setores assistenciais quanto administrativos. Os setores administrativos como os de compras, financeiro, jurídico, contabilidade apoiarão os trâmites de aquisição e as contratações do projeto. O Departamento de Tecnologia da Informação organizará toda a parte de implantação e instalação e monitoramento dos equipamentos e sistemas. Os setores assistenciais, como ambulatórios, internação e serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento se responsabilizarão pela alimentação de dados, monitoramento e manuseio da nova infraestrutura proposta. Também serão realizadas periodicamente reuniões de acompanhamento do projeto, a fim de garantir o alinhamento das atividades.

2.2.5. Proposta para Regimento do Corpo Clínico do Hospital

ART 1º - Corpo Clínico do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** é composto pelos médicos devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás e credenciados nesta instituição, com a incumbência de prestar assistência aos pacientes, gozando de autonomia profissional, técnica, cientifica, política e cultural, respeitadas as disposições do presente Regimento.

ART. 2º - O CORPO CLÍNICO TERÁ COMO OBJETIVO:

I. Zelar e contribuir para o bom desempenho profissional de cada um dos seus membros;
II. Assegurar o melhor padrão de assistência à clientela do hospital;
III. Colaborar para o aperfeiçoamento de cada um de seus membros e do pessoal técnico que atue na instituição;
IV. Estimular a pesquisa médica dentro de rígidos padrões éticos;
V. Colaborar continuamente com a administração do hospital visando a contínua melhoria

da assistência prestada;

VI. Participar da criação de rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

ART. 3º - O alvo de toda atenção do corpo clínico do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

ART. 4º - As atividades profissionais dos membros do corpo clínico do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** serão regidas pelas normas internas de cada clínica e por este regimento interno, consubstanciadas no Código de Ética Médica e nas resoluções emanadas do Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de Medicina.

ART. 5º - O corpo clínico do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** é composto por todos os médicos que nele trabalham, segundo as normas estabelecidas neste regimento interno e aquelas emanadas pelos órgãos responsáveis pelo controle da profissão em âmbito nacional e regional.

ART. 6º - Os médicos do corpo clínico do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** dividem-se nas seguintes categorias:

I. Médicos Fixos;

II. Membros temporários: são aqueles que exercem na instituição suas atividades profissionais de forma esporádica ou por períodos de tempo definidos.

§1º - É respeitado o direito de todo médico legalmente autorizado ao exercício da profissão, internar e assistir seus pacientes no hospital, ainda que não faça parte de seu corpo clínico, respeitadas as normas da instituição, conforme determinado no art.25 do código de ética médica.

III. Membros consultores: são médicos que, pelo seu destaque profissional, são indicados pelo corpo clínico para exercerem orientação em sua área de excelência.

Art. 7º - O corpo clínico do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** contará com:

I. Diretor técnico, escolhido pelo diretor geral, responsável técnico pela instituição, de acordo com resolução específica do CFM, com atribuições posteriormente discriminadas, não havendo previsão de duração de seu mandato;

II. Chefe Médico da UTI / Centro Cirúrgico, Internamento, Ambulatório e Urgência e

Emergência, totalizando cinco chefias de membros do corpo clínico, escolhidos pelo Diretor Técnico.

Art. 8º - os médicos que compõem o corpo clínico se organizarão em clínicas, a saber:

I. Clínica médica e suas subdivisões em especialidades e áreas de atuação;
II. Clínica cirúrgica e suas subdivisões em especialidades e áreas de atuação;
III. Clínica anestesiológica e suas áreas de atuação;
IV. Clínica ortopédica
V. Clínica pediátrica
VI. Clínica de urgência e emergência
VII. Clínica obstétrica
VIII. Comissões Técnicas: são aquelas constituídas para atividades específicas de acordo com a legislação pertinente, que podem ter sua duração previamente determinada ou aquelas de duração indeterminada cujos membros serão renovados periodicamente.

Art. 9º - Ao Diretor Técnico compete:

I - Representar o corpo clínico em todos os assuntos que sejam julgados de interesse dos membros do corpo clínico, comparecendo às reuniões da diretoria geral sempre que for convocado.

II - Dirigir e coordenar o corpo clínico da instituição 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.

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 clínica e seus chefes de clínica, com vistas à prestação da melhor assistência aos pacientes.

IX - Assessorar o diretor geral 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 geral no planejamento, organização e direção de clínicas e unidades 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 da instituição.

XIII - Estimular a participação de todos os membros nos eventos científicos e de cunho administrativo organizados pelo hospital, 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 hospitalizado na instituição tenha seu médico assistente e por ele seja efetivamente acompanhado em todo período de internação

XVIII - Providenciar que nas cirurgias eletivas a equipe cirúrgica se assegure previamente das condições indispensáveis à execução do ato, inclusive quanto à necessidade de ter como auxiliar outro cirurgião capaz de substituí-lo em um possível impedimento, concluindo o procedimento sem prejuízo ao paciente

XIX - Encaminhar à assembleia geral do corpo clínico, após o devido cadastro e verificação destes dados, o nome dos médicos que se candidatam ao ingresso no corpo clínico.

XX - Remeter ao CRM, no 1º trimestre de cada ano, a relação dos médicos que deixaram o estabelecimento e os que nele foram admitidos, bem como outras alterações havidas no hospital no decorrer do ano anterior.

XXI - Assegurar condições para o pleno e autônomo funcionamento das comissões existentes ou criadas no hospital.

XXII - Coordenar as ações ligadas ao pessoal técnico e paramédico e às instalações equipamentos médicos.

XXIII - Zelar pelo cumprimento das medidas adequadas para que o atendimento aos pacientes seja eficiente, suprindo os requisitos indispensáveis aos tratamentos propostos pelos médicos, bem como ao atendimento de eventuais complicações deles advindas.

XXIV - Supervisionar as unidades hospitalares juntamente com o enfermeiro responsável pela instituição para que as instalações, equipamentos e instrumental estejam sempre em bom estado de funcionamento, assegurando condições dignas de trabalho, visando ao melhor desempenho do corpo clínico, em benefício da saúde da população usuária de seus serviços.

XXV - Supervisionar o pessoal técnico e paramédico (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos e técnicos de diferentes áreas ligadas ao atendimento aos pacientes) juntamente com o enfermeiro responsável, para o cumprimento das normas adequadas ao funcionamento harmônico do hospital.

XXVI - Representar o hospital e atender com o máximo de presteza às determinações provenientes dos órgãos públicos responsáveis pela vigilância sanitária das instituições de saúde de acordo com a legislação vigente.

XXVII - Representar o hospital e atender com o máximo de presteza à solicitações e determinações das autoridades policiais e judiciárias endereçadas à instituição.

XXVIII - Firmar acordos com outras instituições para facilitar estes processos seletivos, dentro do interesse do hospital.

XXIX - Detectar possíveis irregularidades em instalações, equipamentos ou instrumental, condições de higiene, bem como as que se relacionam à boa ordem, asseio e disciplina dos médicos e funcionários, buscando e implementando as necessárias correções.

XXX - Zelar pela boa qualidade do atendimento médico aos pacientes, detectando eventuais falhas e carências, ou quaisquer outros fatores que possam afetar negativamente estes resultados.

XXXI - Coordenar as ações necessárias ao aprimoramento dos resultados técnicos da instituição.

XXXII - Participar, junto aos setores administrativos, da evolução contínua dos processos, garantindo que seu objetivo principal seja o de tornar a prática médica no hospital mais segura, dentro dos mais elevados preceitos éticos emanados pelos conselhos federal e regional de medicina.

XXXIII - Avaliar os resultados dos diversos setores e departamentos do hospital, implementando as mudanças cabíveis em cada situação, buscando o constante aprimoramento destes resultados.

XXXIV - Outras atribuições porventura definidas pelo regimento do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

Art. 10º - Aos membros do corpo clínico compete:

I - Participar das assembleias do corpo clínico e reuniões científicas das equipes

§ único - as ausências às reuniões deverão ser justificadas por escrito ao diretor clínico no prazo máximo de 20 dias após a sua ocorrência, sob pena de sujeição do infrator às penas estabelecidas neste regimento.

II - Frequentar a instituição, assistindo seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis com o máximo respeito e consideração a eles e suas famílias.

III - Elaborar adequadamente os prontuários dos pacientes sob sua responsabilidade, fazendo evoluções e prescrições de forma legível, assinando-as, datando-as e identificando-se

claramente como responsável.

IV - Assumir a responsabilidade civil, criminal e ética sobre os atos que tenha praticado no exercício da medicina.

V - Comunicar aos órgãos diretivos e, em última instância, ao conselho regional de medicina, falhas na organização, nos meios e na execução da assistência prestada na instituição.

VI - Manter com os colegas e funcionários da instituição relacionamento cordial e respeitoso.

VII - conhecer e seguir o código de ética médica, bem como os termos deste regimento.

VIII - Votar nas eleições internas do hospital e, conforme sua categoria, ser votado.

IX - Decidir em assembleia sobre a admissão e expulsão de membros do corpo clínico

§ único - garantir aos membros ameaçados de expulsão amplo direito de defesa diante da assembleia.

XI - Colaborar com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado

XII - Colaborar com o trabalho das comissões do hospital, inclusive nas áreas administrativas, dentro de suas competências específicas.

XIII - Restringir sua prática à área para a qual foi admitido no corpo clínico, exceto em situações de emergência.

§ único - no caso de desejar exercer outra especialidade ou área de atuação, o médico deve protocolar junto à diretoria clínica esta intenção, bem como apresentar documentação comprobatória de qualificação para exercê-la.

Art. 11º - As chefias competem:

I - Supervisionar a coordenar as atividades de sua clínica

II - Organizar escalas de plantão, cientificando permanentemente as diretorias médicas, por escrito, destas escalas, para cumprimento de normas legais.

III- Organizar escalas de substituição em sua clínica, mantendo igualmente informados os diretores médicos.

IV - Supervisionar o cumprimento destas escalas de plantão, disponibilizando-se, inclusive, a

substituir um faltoso, em casos especiais, para que o atendimento aos pacientes não seja prejudicado.

V - Coordenar a elaboração de rotinas e protocolos relativos à área de atuação de sua especialidade.

VI - Promover reuniões científicas, assistenciais e administrativas de sua clínica, de forma regular e periódica com o objetivo de melhor organizar os trabalhos, estimular o conhecimento científico e promover a participação de cada membro da clínica nos processos técnicos, administrativos e científicos do hospital.

VII - Participar de reuniões com os diretores clínico e/ou técnico sempre que for convocado.

VIII - Manter atualizados os livros de ata das reuniões de sua clínica, disponibilizando-os conforme solicitação da diretoria clínica do hospital.

Art. 12º - São direitos dos membros do corpo clínico:

I - Frequentar as instalações **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** utilizando os recursos técnicos e meios de diagnósticos disponíveis para promover o melhor atendimento aos seus pacientes.

§ único - O uso de equipamentos e instrumentos da instituição e a utilização de medicamentos ou materiais poderá ser restringido por normas relativas à qualificação e treinamento dos membros e limitados pela observância de protocolos assistenciais de cada serviço.

II - Ser convocado, participar e votar nas eleições deliberativas das assembleias gerais do corpo clínico.

III - Candidatar-se aos cargos da comissão de ética médica.

IV - Participar das comissões permanentes e temporárias do hospital, dependente de sua categoria.

V - Receber a remuneração pelos serviços que tenha praticado

§ único - cadastrar-se, obrigatoriamente, junto à diretoria técnica, antes de prestar qualquer atendimento nas dependências do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, para que se cumpram as medidas administrativas necessárias à cobrança de seus honorários.

VI - Autonomia profissional, respeitando-se os limites do código de ética médica, o presente regimento e as normas administrativas da instituição.

VII - Comunicar falhas observadas na assistência prestada pela instituição, bem como reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes.

Art. 13º - O corpo clínico deliberará através de assembleias gerais ordinárias convocadas pelo diretor técnico com antecedência mínima de 10 dias, por quórum mínimo de 2/3 de seus membros em 1ª convocação, ou em 2ª convocação, 30 minutos após, com qualquer número de presentes, decidindo por maioria simples de votos dos membros presentes, exceto para a expulsão de qualquer um de seus membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos dos presentes.

§ 1º - mediante requerimento assinado por 1/3 dos membros do corpo clínico ou diante de situação emergencial o diretor clínico convocará assembleia geral extraordinária com antecedência mínima de 24 horas

§ 2º - a administração poderá convocar assembleias extraordinárias através do diretor clínico.

Art. 14º - A assembleia deliberará apenas sobre os assuntos constantes da pauta de convocação

Art. 15º - Qualquer membro do corpo clínico será considerado infrator e sujeito às penalidades deste regimento quando:

I - Revelar-se inábil para o exercício da profissão ou função, independente de caracterização de transgressão de natureza ética.

II - Desrespeitar o código de ética médica e as determinações dos conselhos federal e/ou regional de medicina.

III - Desrespeitar os termos do presente regimento e de estatutos do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

§1º- Nos casos de suspeita de infração regimental e/ou administrativa, a comissão de ética instaurará sindicância, apurará, e, no prazo de até 30 dias encaminhará a conclusão ao diretor clínico para a aplicação da punição.

§2º- Nos casos de suspeita de infração de caráter ético, o resultado será encaminhado ao CRM, que julgará e, se for o caso, aplicará a punição

§3º- Será garantido ao acusado o amplo direito à defesa

IV - Comprometer através de suas atitudes o bom nome e reputação profissional do corpo clínico da instituição.

V - Adotar tratamento desrespeitoso aos colegas de trabalho, sejam eles médicos ou outros profissionais que trabalhem na instituição, empregados ou não da mesma.

VI - Faltar, sem justificativas, a 1/3 das assembleias do corpo clínico realizadas em um período de 2 anos.

Art. 16º - Os membros do corpo clínico considerados transgressores estarão sujeitos às seguintes penalidades:

I. Advertência verbal;
II. Advertência escrita;
III. Suspensão de suas atividades no hospital por período a ser definido pelo diretor técnico.

§ único: O período de suspensão será definido pelo diretor técnico em razão da gravidade da falta cometida e da recorrência desta falta ou outras semelhantes.

IV. Exclusão do corpo clínico;

§1º- A penalidade de exclusão do corpo clínico deverá ser aprovada pela assembleia geral do corpo clínico, especificamente convocada para este fim, através de votação secreta e por votação favorável mínima de 2/3 de votos dos presentes

§2º-as penalidades aplicadas por transgressão a normas administrativas ou regimentais obedecerão à gradação acima, exceto nos casos de incontestável gravidade, a juízo da comissão de ética e diretoria clínica.

§3º- a aplicação das penalidades por transgressão administrativa ou regimental será feita pelo diretor clínico, após receber da comissão de ética o parecer sobre as investigações.

Art. 17º - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente regimento interno serão dirimidas pela chefia de cada setor e em grau de recurso pelo diretor técnico;

Art. 18º- Este regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação.

Este modelo será atualizado com as informações da Unidade e publicado em até 60

(sessenta) dias após o início do Contrato.

2.3.0. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

2.3.1. Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais

Os protocolos assistenciais dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado específicas, integrando na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema/condição de saúde determinada. São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema.

Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais. Um protocolo contém vários procedimentos.

Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do ser cuidado. O avanço científico e tecnológico se contrapõe com trabalhos isolados, fragmentados, onde ganha ênfase o trabalho em equipe multiprofissional.

Nesta concepção, o protocolo vem refletir o desejo de um trabalho compartilhado, consolidado e que aponta para resultados que irão trazer um grande diferencial ao processo de trabalho.

Um protocolo deve ser construído de maneira coletiva, com bases solidas ético, legais e científicas. A saúde baseada em evidências deve ser o norte dos protocolos. Os protocolos eliminam as decisões baseadas apenas no conhecimento adquirido na prática cotidiana individual.

A atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada

por meio de procedimentos seguros. A construção de protocolos é imprescindível para a execução das ações nas quais a enfermagem está envolvida.

O grande objetivo dos protocolos é resguardar o serviço, pois: agilizam e uniformizam o atendimento; facilitam condutas descentralizadas; diminuem a margem de erro; importantes nos processos de Gestão do atendimento à clientela; muito valorizados atualmente por possibilitar qualidade e eficácia nos serviços; facilitam o gerenciamento de pendências judiciais (Min. da Saúde e medicamentos de alto custo etc.); melhora a qualidade de serviços prestados aos clientes; padroniza as condutas; melhora o planejamento e controle da Instituição, dos seus procedimentos e dos resultados; garante maior segurança; otimiza a utilização dos recursos operacionais; reduz custos; rastreia todas as atividades operacionais e clínicas; realiza um controle mais apurado sobre os estoques; pode gerar um prontuário eletrônico; otimiza a produtividade dos trabalhadores; garante uma assistência livre de riscos e danos aos pacientes.

Nesse sentido, apresentamos proposta do modelo a ser adotado para a estruturação dos Protocolos Assistenciais do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó:**

HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ		
Instituto patris	**PROTOCOLO INSTITUCIONAL**	Identificação: PROT XXX
NOME DO PROTOCOLO		Versão Protocolo: 001
ESPECIALIDADE:		Folha: XX
Original Assinado		
1. Introdução e descrição do protocolo		
2. Revisão de Literatura		
3. Definição e diagnóstico		
4. Justificativa e Objetivo		
5. Critérios de Elegibilidade		

6. Critérios de Exclusão
7. Tratamento proposto
8. Indicador de monitoramento
9.Notas Importantes
10. Referências
11. Anexos

Elaborado em:	Responsável:
Revisado em:	Responsável:
Aprovado em:	Responsável:

2.3.2. Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para Almoxarifado e Patrimônio Do Hospital

A Administração de Materiais pode ser definida como sendo um conjunto de atividades desenvolvidas dentro de uma instituição, de forma centralizada ou não, destinadas a suprir as diversas unidades com os materiais necessários ao desempenho normal das respectivas atribuições.

Nesse sentido, o Almoxarifado do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será destinado à guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, adequado àsua natureza, a fim de suprir as necessidades operacionais dos setores integrantes da estrutura organizacional de do hospital.

Ademais, trata-se de uma Unidade Administrativa responsável pelo controle e pela movimentação de materiais registrados de acordo com as normas vigentes, ocasião em que visa à garantia de existência contínua de um estoque organizado de modo a não faltar itens que o compõem e, concomitantemente, sem tornar excessivo o investimento total.

Dito isso, o INSTITUTO PÁTRIS propõe esta Padronização de Procedimentos no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** com o objetivo regulamentar e uniformizar rotinas e procedimentos de recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo, visando alcançar eficiência operacional e transparência dos serviços prestados e minimização de custos de operação.

Ao mesmo tempo, trata do intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotina do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo**

Landó, tendo como foco principal a possibilidade de oferecer um atendimento rápido, eficaz e de qualidade aos usuários e às equipes internas.

Esta proposta de padronização de condutas possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do Almoxarifado, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

De forma igual, facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho, e possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado.

As Unidades de Almoxarifado são consideradas estratégicas para as Instituições, e por esse motivo é imprescindível que mantenha processos muito bem definidos fazendo com que sejam executados de maneira correta e eficiente.

O **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** contará com um (01) almoxarifado central e um (01) almoxarifado satélite. Terão ainda, salas para guarda de equipamentos e depósitos de material de limpeza (DML) distribuídos em setores estratégicos.

A Unidade de Almoxarifado possui por finalidade receber e conferir todo o material, bem como armazená-lo e distribuí-lo em quantidade adequada e com a qualidade necessária, visando o melhor atendimento da demanda do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.**

A estrutura organizacional do Almoxarifado será delineada com base na divisão de atividades. Em síntese, configura-se como um instrumento administrativo para que gestores possam enxergar para onde estão indo os esforços e se todos convergem de acordo com o planejamento da Instituição.

As atividades de recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega

pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais será módula de um sistema informatizado global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e será caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil.

A guarda dos materiais no Almoxarifado obedece a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, com o objetivo da ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação.

Os materiais devem ser distribuídos aos interessados mediante programação e pleno conhecimento entre as partes envolvidas. É imprescindível o uso de documento (registro) para a solicitação/retirada de materiais do almoxarifado.

O controle deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, qual seja, recebimento, armazenagem e distribuição. Ao mesmo tempo, o controle deve fornecer a qualquer momento as quantidades que se encontram à disposição em processo de recebimento, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas, contemplando ainda requisições de materiais.

A gerência dos bens materiais e patrimoniais do Almoxarifado deve pautar em controles formais, regras claras e metodologias específicas para o correto dimensionamento dos quantitativos demandados, além de um controle fidedigno de todo o ativo do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.**

Ante ao exposto, a Unidade de Almoxarifado possuirá como suas principais funções:

1. Receber e conferir os materiais adquiridos ou cedidos de acordo com o documento de compra (Nota de Empenho e Nota Fiscal) ou equivalentes;
2. Receber, conferir, armazenar e registrar os materiais em estoque;
3. Registrar em sistema informatizado as notas fiscais dos materiais recebidos;
4. Encaminhar ao Departamento de Contabilidade e Finanças as notas fiscais para pagamento;

5. Elaborar estatísticas de consumo por materiais e centros de custos para previsão

   das compras;
6. Elaborar balancetes dos materiais existentes e outros relatórios solicitados;
7. Preservar a qualidade e as quantidades dos materiais estocados;
8. Viabilizar o inventário anual dos materiais estocados;
9. Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos materiais visando um atendimento ágil e eficiente;
10. Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material existente;
11. Propor políticas e diretrizes relativas a estoques e programação de aquisição e o fornecimento de material de consumo;
12. Estabelecer normas de armazenamento dos materiais estocados;
13. Estabelecer as necessidades de aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição.

Os processos e as prestações de serviço atuais são caracterizados por um alto nível de complexidade, proveniente das rápidas mudanças, da elevada variedade de produtos, do aumento da demanda e da influência de uma sociedade cada vez mais exigente.

Tais características somadas a uma crescente pressão pela redução de custos, aumento de eficiência e aumento dos níveis de serviço nos obrigam a nos reformularmos e buscarmos métodos gerenciais adequados para a condução de nossas atividades.

Com o intuito de servir como base para a tomada de decisões, os objetivos, princípios e valores a serem aplicados na rotina diária devem estar claros a todos que estarão diretamente envolvidos na gestão dos recursos materiais e na logística de suprimentos.

A correta manutenção das atividades do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** possibilita que toda a comunidade de profissionais

consiga desempenhar satisfatoriamente suas atividades, entregando, assim, o melhor resultado para a sociedade.

No contexto setorial da gestão dos insumos materiais é possível verificar quais são os resultados esperados dos agentes envolvidos, sendo a satisfação das necessidades, em quantidades suficientes e em tempo hábil para o pleno exercício das atribuições de cada servidor/unidade, o principal propósito desta Unidade Organizacional. Assim sendo, os principais objetivos das Unidades de Almoxarifado serão:

1. Assegurar que o material esteja armazenado em local seguro e na quantidade ideal de suprimento;
2. Impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza;Preservar a qualidade e as quantidades exatas;
3. Possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuiçãosuficientes a um atendimento rápido e eficiente.

A eficiência dos Almoxarifados do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** irá depender fundamentalmente:

1. Da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do consequente aumento do número das viagens de ida e volta;
2. Do aumento do tamanho médio e da quantidade das unidades armazenadas;
3. Da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.

A organização funcional do Almoxarifado do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** contemplará em sua fundamentação as principais atribuições:

1. Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pelo Hospital;
2. Entregar os materiais aos seus usuários mediante requisições eletrônicas autorizadas;
3. Manter atualizados os registros necessários.

A Unidade de Almoxarifado é destinada à estocagem de materiais diversos e produtos para a saúde. Para tanto, rotineiramente os responsáveis estarão imbuídos de realizarem inspeções, principalmente em períodos de chuva, no intuito de observar a ocorrência de vazamentos e gotejamentos, além da necessidade de averiguações diversas no que se refere a necessidade de pequenos reparos na rede interna de distribuição de energia elétrica (tomadas, interruptores, extensões), troca de lâmpadas, verificações gerais de infraestrutura, vazamento em tubulações, infiltração e rachaduras em paredes, estado da pintura, afundamento do solo, escoamento de água pluvial, condição/limpeza do filtro do ar condicionado e demais aspectos.

A constatação de situações que comprometam a estrutura dos prédios deve ser relatada a Chefia imediata mediante a confecção de documento para fins de posterior acionamento do Setor responsável.

A Estrutura Física Externa do almoxarifado deve ter espaço suficiente para a manobra dos caminhões e demais veículos que farão a entrega dos produtos, além de conter plataforma e/ou estrutura que possibilite a carga e descarga.

De forma igual, esta área de carga e descarga deve ter cobertura, para evitar a incisão direta de luz sobre os produtos durante a descarga e, eventualmente, chuva.

Ademais, o local deve possuir rampas que permitam facilidade de locomoção dos carrinhos contendo os produtos e devem ser estabelecidos procedimentos especiais para o recebimento em dias chuvosos.

A iluminação externa deve ser considerada como medida de segurança. Os locais também devem contar com serviço de segurança patrimonial por 24 (vinte e quatro) horas. O edifício deve apresentar bom estado de conservação, qual seja, isento de rachaduras, pinturas descascadas, infiltrações, dentre outros.

Os arredores devem estar limpos e não devem existir fontes de poluição ou contaminação ambientais próximas ao mesmo. O local deve ter placa de identificação e sinalizadores de entrada e saída de veículos.

As instalações internas do almoxarifado do **Hospital Estadual De São Luís De**

Montes Belos Dr. Geraldo Landó devem ser projetadas de acordo com o volume operacional do almoxarifado.

Os equipamentos devem ser pensados em função do espaço físico e do volume operacional do almoxarifado:

✓ Estantes: são adequadas para material médico hospitalar desembalados ou acondicionados em pequenas caixas. As estantes modulares de aço são mais indicadas porque permitem fácil manuseio. A profundidade ideal é de 60 cm, podendo ser de 40 cm em alguns casos;

✓ Estrados/pallets: são apropriados para caixas maiores, não devem ultrapassar 120 cm no lado maior;

✓ Escadas: para movimentação dos estoques quando os medicamentos estiverem desembalados ou acondicionados em caixas menores;

✓ Empilhadeira: para quando o almoxarifado fizer uso de sistema de Armazenagem vertical: estrados ou "pallets". As pilhas não devem ultrapassar a altura de 1,5m ou conforme a informação do fabricante do produto. Assim, evitam-se os desabamentos e as alterações das embalagens por compressões;

✓ Carrinhos para transporte: a escolha dos mesmos depende do volume operacional do
almoxarifado;

✓ Sistema de condicionamento de ar: utilizado para o controle adequado da temperatura. Devem ser pensados em função das condições dos ambientes. Normalmente as temperaturas se elevam muito no verão, desta forma, a instalação deste sistema será considerada;

✓ Ventiladores: na impossibilidade de instalação de aparelhos de ar condicionado, deve ser previsto o uso de ventiladores;

✓ Exaustores: são úteis porque ajudam na ventilação do ambiente;

✓ Termômetros: são recomendados os termômetros que registram as temperaturas máximas e mínimas para a medição na área de estocagem. Também devem ser usados termômetros adequados para a medição das temperaturas das câmaras frias ou refrigeradores, caso haja;

✓ Higrômetro: usado para a medição da umidade nas áreas de armazenamento;

✓ Armários de aço com chave: destinados ao armazenamento de material de saúde sujeitos a controle especial, quando o volume estocado é pequeno. No geral é preferível

disponibilizar de sala fechada para este fim;

✓ Extintores de incêndio: devem ser adequados aos tipos de materiais armazenados e devem estar fixados nas paredes e sinalizados conforme normas vigentes. Devem ter ficha de controle de inspeção e etiqueta de identificação contendo a data da recarga;

✓ Outros: Caixas plásticas para transporte; caixas de isopor para transporte; cesto com tampa; lacres numerados; armários, escrivaninhas e cadeiras; aparelho de fax; linha de telefone direta;

✓ pontos de rede (internet); computadores, sistema de gestão e controle de estoque; impressoras.

A Unidade terá responsáveis por receber e estocar/alocar as compras dos fornecedores, e proceder à organização e a estocagem dos materiais, de forma a preservar sua integridade física e condições de uso.

Além disso, a OSS se compromete a realizar:

1. O controle dos estoques, através de registros apropriados, anotação de todas as entradas e saídas, visando facilitar a reposição e elaboração dos inventários, controlar os estoques, auxiliando a compra dos materiais necessários para reposição, conforme política e procedimentos estabelecidos para cada item de acordo com as características de cada material, assim como facilitar a sua localização e manuseio, dentre outros.
2. O controle dos estoques através de registros apropriados em sistema informatizado, registrando todas as entradas e saídas, solicitar reposição dos materiais, elaborar inventário mensal, visando à comparação com os dados dos registros, separar materiais para devolução, encaminhando a documentação para os procedimentos necessários, atender as requisições dos usuários, fornecendo em tempo hábil os materiais solicitados, controlar os níveis de estoques, baixando as requisições de materiais solicitados, realizar a elaboração do inventário mensal, visando o ajuste de divergências com os registros contábeis, receber, cadastrar, armazenar, separar, distribuir materiais de uso contínuo ou esporádico, recepcionar, conferir e distribuir os materiais no almoxarifado ou setor responsável.

A Unidade terá responsáveis para a recepção das mercadorias e o controle das saídas, os quais analisarão quantitativamente e qualitativamente os bens que estão sendo

recepcionados. Também farão a conferência dos volumes, quantidades e qualidade dos itens que serão entregues para as áreas solicitantes.

A Unidade analisará os documentos atinentes aos bens que estão sendo recepcionados para fins de proceder à entrada das notas fiscais no sistema informatizado e demais controles (planilhas), bem como proceder à triagem da documentação suporte de recebimento aos setores responsáveis.

O INSTITUTO PATRIS compromete-se em realizar as ações abaixo discriminadas para o gerenciamento e operacionalização do almoxarifado instalada no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.**

1. Verificar se os procedimentos estão sendo corretamente executados;
2. Auxiliar toda a equipe do almoxarifado para manutenção dos bens armazenados;
3. Auxiliar no planejamento das aquisições;
4. Realizar inventário de materiais e controle de prazo de vencimento dos bens armazenados;
5. Realizar demais controles afetos aos estoques;
6. Armazenar os materiais no Almoxarifado conforme orientação do fabricante e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, com o objetivo da ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação.

A fase de armazenagem dos materiais compreende:

1. Verificação das condições de recebimento do material;
2. Identificação do material;
3. Guarda na localização adotada;
4. Informação da localização física de guarda;
5. Verificação periódica das condições de proteção, armazenamento e prazo de validade;
6. Separação para distribuição.

Dependendo das características do material, a armazenagem pode se dar em

função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma, dentre outros.

Os materiais sujeitos à armazenagem obedecem a regras taxativas que regulam o modo comoos materiais devem ser dispostos no Almoxarifado. Por essa razão, devem-se analisar, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais e que obedeça às recomendações ergonômicas.

Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Normalmente será utilizada uma codificação, que deve indicar, quando possível, o posicionamento de cada material estocado, facilitando as operações de movimentação e estocagem.

O Almoxarife é o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do local com o arranjo físico dos espaços disponíveis, por área de estocagem.

O controle dos materiais em estoque será feito por meio de inventários que deverão ser efetuados semanalmente ou em até 30 (trinta) dias. Os inventários consistem na verificação dos materiais existentes, de acordo com os relatórios processados pelo sistema informatizado.

A prioridade é sempre a identificação e reversão da transação errada. No entanto, cabe ressaltar que os ajustes devem ser feitos em último caso e com autorização da Chefia.

Na grande maioria das vezes, as divergências de estoque são decorrentes de erros cometidos ou afetos no registro da movimentação das mercadorias. Normalmente podem ser de valores poucos ou muito significativos. Em quaisquer situações, os lançamentos relativos aos ajustes deverão ser lançados de imediato no sistema informatizado, momento em que serão objetos devidamente apresentados em relatórios encaminhado à Chefia responsável.

Ocorrendo quebras e perdas razoáveis, de acordo com a natureza do bem,

ocorridas no acondicionamento, relacionadas a fabricação, no transporte e no que se refere ao manuseio de itens, as quebras e perdas também serão objetos de relatos e, de igual forma, integrarão relatórios para fins de comunicação a Chefia responsável.

Quando da realização do inventário físico podem ser detectadas faltas de relevância, fazendo com que a Unidade de Almoxarifado suponha que a divergência existente entre o estoque físico e o contábil seja originada de furto, roubo, desvio ou qualquer outro tipo de desfalque ilícito ocasionado por funcionários ou terceiros.

Caso essa suspeita se confirme, os responsáveis pelo Almoxarifado do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** deverão, de imediato, relatar o ocorrido a Chefia imediata para que possa ser procedida a baixa dos produtos do estoque, procurar estabelecer e/ou elaborar pontos de controle no intuito de mitigar eventuais riscos, rever aspectos relacionados a segregação de funções, acesso aos materiais, dentre a adoção de outras medidas, além de apresentar relatório circunstanciado acerca do ocorrido para fins de adoção de providências cabíveis.

O controle dos materiais em estoque no Almoxarifado é feito por meio de inventários, que poderão ser efetuados semanalmente, mensalmente ou anualmente. Os inventários consistem na verificação dos materiais existentes, de acordo com os relatórios processados pelo sistema informatizado do Almoxarifado.

Os estoques serão, obrigatoriamente, contabilizados, fazendo-se a Tomada Anual das Contas dos responsáveis. Portanto, a Tomada de Contas do Almoxarifado tem por finalidade:

Relacionar e especificar, detalhadamente, o material existente em estoque; apurar o material
em estoque, para fins de transferência de responsabilidade; analisar os documentos que controlam as atividades de entrada e saída dos materiais;

1. Avaliar as condições de armazenamento dos materiais estocados;
2. Avaliar a disposição física dos materiais, a fim de verificar a praticidade na sua movimentação;
3. Analisar o funcionamento sistemático do Almoxarifado como um todo, a fim de

verificar se o seu gerenciamento está sendo feito de maneira a satisfazer as necessidades a que se destina;

4. Apurar o material em estoque, para fins de encerramento, quando da extinção ou transferência de órgãos e entidades;
5. Acerca deste tema, a Tomada de Contas do Almoxarifado pode ocorrer:
6. No final de exercício, elaborada no mês de dezembro de cada ano;
7. Na passagem de responsabilidade, quando houver mudança de responsável pelo Almoxarifado;
8. No encerramento, quando o órgão for extinto ou transferido.

O chefe de Almoxarifado deverá supervisionar e acompanhar toda a cadeia de suprimentos, verificar se os procedimentos estão sendo corretamente executados pelos envolvidos e auxiliar toda a equipe para manutenção dos bens armazenados, para a adoção de boas práticas, além de auxiliar no planejamento das aquisições.

O Relatório de Movimentação de Almoxarifado (RMA) deve ser elaborado mensalmente e remetido, exclusivamente, para os responsáveis, para fins de acompanhamento, conferência e correção de eventual apropriação indevida. Este relatório deverá ser encaminhado para o Setor Contábil.

Após a realização de inventários, deve ser elaborado relatório circunstanciado contendo as alterações mais importantes constatadas destinados, exclusivamente, para os responsáveis, para fins de acompanhamento, conferência e correção de eventual apropriação indevida, erro de origem, dentre outras situações.

Os profissionais que farão a requisição de materiais, sejam enfermeiros, médicos, assistentes e auxiliares administrativos, dentre outros colaboradores, serão incumbidos de requisitar itens para suprimento dos estoques e para o consumo da Unidade em que estão lotados. São de fundamental importância para a correta destinação dos materiais e para o planejamento da demanda.

Tais requisitantes, ao prestarem suas atividades administrativas/assistenciais utilizam recursos materiais, cabendo a eles a competência e responsabilidade pela

administração dos bens de consumo em suas unidades de trabalho através da determinação do material necessário, seja no aspecto quantitativo como no qualitativo, na definição das especificações técnicas, na participação no processo de administração de materiais, na organização e armazenamento, no controle, distribuição e avaliação desses materiais.

A prática da ineficiente administração de materiais se caracteriza por ser uma disfunção que pode causar muitos prejuízos para o erário e aos serviços, podendo gerar grandes estoques desnecessários e ao mesmo tempo a falta de material, dificultando o controle e podendo levara perda de material, aumentando os custos para a instituição.

Cumpre destacar que toda requisição de materiais destinada a Unidade de Almoxarifado, necessariamente, deverá passar por autorização e crivo da chefia imediata do setor demandante. Os profissionais deverão ser cadastrados como requisitante de material no sistema informatizado mediante solicitação formal, autenticado pela chefia imediata e direcionada ao Setor de Recursos Humanos e Setor de Tecnologia da Informação.

As demandas somente serão aceitas e processadas mediante apresentação de requisição eletrônica confeccionada por intermédio do sistema informatizado.

Todo profissional poderá ser chamado à responsabilidade pelo desaparecimento de bem ou material que lhe for confiado para guarda e uso, bem como, dolosa ou culposamente, pelo seu dano.

Qualquer irregularidade ocorrida com o bem ou material sob sua responsabilidade será objeto de comunicação formal, imediatamente, de maneira circunstanciada, por parte do profissional, a Chefia da Unidade de Almoxarifado.

A indenização por parte do agente responsável poderá ser efetuada arcando com as despesas de recuperação, substituindo o material por outro de mesmas características acompanhado dos documentos fiscais, apurado em processo regular.

As empresas prestadoras de serviços à Unidade de Almoxarifado deverão indenizar, na forma prevista, em virtude de dano, furto ou extravio causados, direta ou indiretamente, com culpa ou dolo, por parte dos seus empregados.

A Requisição Eletrônica de Materiais representa o início do processo de recebimento dos pedidos, possibilitando agilidade, segurança, praticidade, dentre outras inúmeras vantagens. Sua função primordial é compor um sistema integrado entre o Almoxarifado de cada Unidade e seus respectivos Setores servindo de interface entre a ponta do fornecimento e a do consumo.

Por esse motivo, a requisição eletrônica de materiais será a única interface entre a equipe do Almoxarifado e o usuário no tocante ao atendimento de solicitações para fins de uso dos materiais, ocasião em que não será admitida requisições manuais em papel comum e solicitações verbais.

A solicitação de materiais deverá ser encaminhada ao almoxarifado com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro horas) para atendimento do cronograma de entrega diário.

A missão do almoxarifado é servir de intermediário, dando abrigo provisório aos produtos, ocasião em que sua organização dependerá, por conseguinte, deste caráter transitório e se orientará no sentido de dar maiores facilidades para as entradas e saídas dos produtos e para que o estoque se torne suficiente e íntegros para as necessidades normais da Instituição.

O sucesso da Instituição é vital para o desenvolvimento sustentável da sociedade. E um sistema, que por meio de interações coesas gere relações de qualidade, integrando recebimento e consumo, é a melhor solução para garantir esse sucesso.

Para que todos os esforços da equipe sejam traduzidos a uma gestão eficiente e eficaz dos bens da instituição, alguns valores e princípios devem nortear as ações necessariamente dos envolvidos do setor, e desejavelmente por todos os utilizadores de recursos públicos. São eles:

- Aderência e compromisso com as normas institucionais;
- Desburocratização das atividades;
- Manutenção das relações entre setores;
- Compromisso com a ética profissional;
- Zelo e evitar os desperdícios.

As principais atribuições do Almoxarifado do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** compreendem:

Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pela instituição	Proceder à entrega dos materiais mediante requisições autorizadas aos usuários	Manter atualizados e escriturados os registros necessários.

O controle dos estoques depende de um sistema eficiente, o qual deve fornecer, a qualquer momento, as quantidades que se encontram à disposição e onde estão localizadas, as comprassem processo de recebimento, métricas de demanda e consumo, as devoluções ao fornecedores as compras recebidas e aceitas.

Para agilização das atividades, o controle, em particular das funções referentes ao Almoxarifado, deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, qual seja, recebimento, armazenagem e distribuição.

Constituem produtos/serviços do Almoxarifado do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, o controle e gerenciamento do estoque e distribuição dos materiais adquiridos pela entidade, permitindo assim uma operação segura e consistente, tais como:

- Registrar todos os tipos de movimentações efetuadas no(s) almoxarifado(s);
- Permitir e assegurar a integridade dos materiais;
- Permitir o uso de código reduzido do material em todas as funções (movimentação, pedidos, compras, requisições, dentre outras);
- Permitir a movimentação, separação, controle e a entrega dos pedidos;
- Possibilitar o controle de saldos em estoque físico e financeiro (preço médio);
- Oferecer a listagem de materiais e seus respectivos fornecedores;

- Oferecer o saldo por local físico e almoxarifado, a movimentações de um período, o consumo por requisitante, relatórios gerencias para tomada de decisão, o consumo médio, realização de inventários e o controle de validade dos itens.

São clientes internos e externos do Almoxarifado do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** os envolvidos nas atividades meio (Setores Administrativos) e fim (Postos Assistenciais) da Instituição, notadamente abarcando o nível operacional, tático e estratégico, coordenação, auditoria, chefia ou direção de unidades administrativas, que lidam ou sejam responsáveis, direta ou indiretamente, pelo suprimento, controle, recebimento, armazenagem, distribuição e definição da qualidade dos materiais utilizados pelas suas respectivas responsabilidades e para fins de atendimento ao público.

Constituem funções operacionais do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema contemplar à organização dos estoques, ou seja, como o almoxarifado é organizado em termos de disposição das mercadorias, limpeza, iluminação, distribuição dos materiais, movimentação interna, atendimento, organização e controle de estoque, emissão e escrituração de documentos, principalmente, todos relacionados ao Setor.

Ressaltamos que, em síntese, são deveres dos colaboradores lotados do Almoxarifado do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.:**

1. Aderência e compromisso com as normas institucionais;
2. Comparecer ao trabalho trajado adequadamente;
3. Usar o crachá nas dependências do hospital; Tratar a todos com urbanidade;
4. Cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais for designado;
5. Acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;
6. Observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições,

determinados pela chefia e por lei;

7. Comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;
8. Acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;
9. Participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;
10. Compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;
11. Participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;
12. Zelar pelo patrimônio da Instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;
13. Manter seus registros funcionais atualizados;
14. Guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;
15. Submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador.

A Unidade de Almoxarifado do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.**, no que se refere a sua organização interna, possuirá como objetivo fornecer aos usuários procedimentos normais e favorecer o controle das operações e melhor eficiência, em termos de operação, utilização do espaço e informação.

Os horários de expediente do Almoxarifado **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.** para fins de atendimento e liberação de materiais serão: Segunda à sexta das 07h00 às 11h00e das 13h00 às 17h00. Aos sábados das 07h00 às 11h00 horas.

Recebimento dos materiais

Quanto ao recebimento dos materiais, a OSS ressalta que deverão ser analisados, no mínimo, os aspectos fiscais (Nota Fiscal) e aspectos físicos das embalagens. Ainda, são documentos hábeis para o recebimento das mercadorias:

1. Nota Fiscal, Fatura e Nota fiscal/Fatura;
2. Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à Permuta;
3. Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência;
4. Guia de Produção.

A maior parte das entradas será realizada através de Nota Fiscal de venda, sendo esta, portanto, instrumento de maior necessidade de estudo. Como verificação inicial e imprescindível para o recebimento da mercadoria, deverão ser verificados os dados constantes no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas), razão social, endereço, número da nota de empenho, as informações do transportador, quantidade de volumes, espécies, número de lote, prazo de validade, dentre outros. Constarão, necessariamente, as informações: descrição do material, quantidade, unidade de medida, preços (unitário e total).

O quantitativo relatado na Nota Fiscal deve conferir com os volumes efetivamente entregues. Como em alguns casos é inviável a contagem unitária de todos os componentes no ato da entrega, principalmente quando estes quantitativos forem demasiadamente elevados, deve- se atentar aos volumes (pacotes, caixas) os quais foram entregues, adotar procedimentos com metodologia devidamente justificada para fins de realização de contagem, dentre outras alternativas.

Conferência Quantitativa é a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

A depender da quantidade, a inspeção pode ser total ou por amostragem, utilizando-se de conceitos estatísticos. A análise visual tem por finalidade verificar o acabamento do material, possíveis defeitos, danos, avarias, etc. Deve-se proceder a conferência quantitativa do bem, principalmente, em situações em que a nota fiscal não descreva, por exemplo, que mil unidades de determinado item estejam acondicionadas em 01 (uma) caixa/volume.

Todos estes métodos contribuem para uma melhor aquisição, principalmente, no tocante a possíveis discussões acerca de erros no transporte e entrega ou perdas no depósito, sendo aquelas não pertencentes à responsabilidade das Unidades de Saúde e estas, inaceitáveis.

Conferência Qualitativa têm por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica visa garantir o recebimento adequado do material. São utilizados, no processo de inspeção, a especificação de compra do material e alternativas aprovadas, catálogos técnicos, dentre outros.

São três os principais motivos de inconformidades passíveis de identificação no ato da entrega do material:

- **Divergência de volumes:** Havendo divergência quanto ao quantitativo entregue como da Nota Fiscal, o conferente deve negar o recebimento, não assinando a Nota Fiscal e orientando a transportadora a devolver ao remetente. Deve, ainda, entrar em contato

  imediatamente com a empresa que enviou o material, via correio eletrônico institucional, e relatar o ocorrido.

- **Constatação de avarias:** Constatando-se avarias na embalagem do produto, deve- se analisar a integridade do conteúdo do volume, se constatado visualmente que este sofreu algum dano, deve ser recusado de imediato. Se não houver indícios de danos ao conteúdo da embalagem, pode ser aceito, entretanto o fato deve constar no termo de recebimento provisório.

- **Entrega de produto errado:** Havendo divergência completa entre o material a ser entregue e o relatado na Nota Fiscal, o recebedor deverá recusar a entrega, informando o licitante acerca do ocorrido, sempre via correio eletrônico (e-mail) corporativo.

A responsabilidade de regularizar todas e quaisquer inconsistências no produto a ser entregue é do fornecedor, sendo, inclusive, obrigado a arcar com os custos logísticos de substituição e envio do produto correto.

Havendo problemas na entrega do material solicitado, o responsável pelo atesto definitivo deverá anotar preferencialmente em formulário padrão do Almoxarifado os problemas encontrados que impossibilitam o aceite. Após o preenchimento do termo, a Unidade de Almoxarifado entrará em contato com o fornecedor para corrigir o problema encontrado. Todas as tratativas entre Almoxarifado e fornecedor devem ocorrer por intermédio de e-mail institucional.

No ato do recebimento, conforme já mencionado, é transmitida apenas a responsabilidade pela guarda dos bens, até o aceite definitivo. Neste momento (recebimento provisório), o setor de Almoxarifado deve proceder a comunicação formal de chegada dos materiais ao setor demandante ou área técnica responsável no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, através de notificação via correio eletrônico e agendamento de data para conferência. A partir do conhecimento, o setor técnico/demandante ficará responsável pelo aceite da mercadoria, procedendo e firmando o aceite definitivo.

No corpo do e-mail e no agendamento deverá constar o prazo para recebimento definitivo, a localização física do material, a área responsável pelo aceite e as implicações que o não recebimento no prazo pode ocasionar. O setor de Almoxarifado deve obter confirmação de que o e-mail ou memorando foi recebido pela área técnica responsável.

Com relação ao fato de, ocasionalmente, não ocorrer o aceite definitivo dentro do prazo estipulado, deve constar no corpo da mensagem que neste caso será aberto processo de pagamento de ofício, independente de aceitação técnica. Isso deve ocorrer pois o fornecedor não deve arcar com os custos da inércia da Administração, respeitando a razoável duração do processo administrativo. Neste caso, o setor técnico/demandante que ensejar no aceite tácito ficará sujeito a apuração de responsabilidade.

Após a constatação da área técnica de que os bens correspondem de fato ao que

foi aceito ou que foi acordado previamente, surge o recebimento definitivo. A partir deste momento, a Instituição reconhece a entrega nos conformes, e autoriza o pagamento do material entregue.

O responsável pelo recebimento definitivo é a área técnica ou demandante, dependendo do caso.

No caso de itens de almoxarifado, a área técnica será confundida com o próprio Setor, representado por responsável pelo recebimento e, neste caso, o recebimento provisório e o definitivo deverão ser realizados por servidores diferentes.

Com relação ao recebimento definitivo na Administração Pública, a IN 205/88 entende como exame qualitativo, que poderá ser realizado através de técnico especializado ou comissão especial, da qual, em princípio, fará parte o encarregado do almoxarifado, nos moldes da referida IN.

Acerca deste aspecto, os bens serão recebidos definitivamente no prazo de 01(um) dia, contados do recebimento provisório, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo circunstanciado.

Na hipótese de a verificação a que se refere o subitem anterior não ser procedida dentro do prazo fixado, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento definitivo no dia do esgotamento do prazo.

Diante da omissão da Administração em atestar o recebimento da mercadoria, tem-se o
recebimento tácito, conforme já mencionado. Nesta hipótese, extinguindo o prazo para atesto, o Almoxarifado deverá, de ofício, relatar o ocorrido, quer seja a omissão da área técnica/demandante, e apontar o recebimento tácito, encaminhando o referido processo para pagamento, pois o particular contratante não pode arcar com a inércia injustificada da Administração, ressalvando-se a possibilidade de caso fortuito ou força maior. Caberá, neste caso, apuração de responsabilidade.

O bem definitivamente recebido será encaminhado ao setor demandante mediante registro de saída do material, exceto os materiais que irão compor o estoque do

Almoxarifado. Para os bens que por algum motivo deverão permanecer sob guarda temporária do Almoxarifado, será criado o "Almoxarifado Especial", que será o local reservado para a custódia dos bens até a entrega definitiva.

A estratégia de manutenção de estoques será utilizada especificamente para os itens de almoxarifado. Para estes serão realizadas entradas para composição do estoque, restrito ao gestor de tais itens.

Para os bens com demanda líquida e certa, cuja função do Almoxarifado for apenas o de recebimento, serão dadas entradas com saída imediata, sendo o material entregue diretamente ao demandante mediante registro de saída do material.

O transporte deve garantir que os produtos cheguem ao destino conforme indicações especificadas. O pessoal de transporte deve ser treinado sobre os cuidados especiais para a manutenção da qualidade:

- Evitar exposição dos produtos ao calor excessivo;
- Usar veículo fechado;
- Nunca expor os produtos diretamente ao sol ou à chuva;
- Não deixar o veículo estacionado ao sol;
- Manusear a carga com cautela;
- Realizar o transporte adotando velocidade e manobras compatíveis com o tipo de carga a ser transportado.

O Almoxarifado do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** é destinado à estocagem de materiais e produtos para a saúde. Para tanto, rotineiramente os responsáveis deverão realizar inspeções afetas a este assunto, principalmente no que se refere à situação dos extintores.

Em síntese, deverão ser adotados procedimentos no intuito de verificar se o extintor está na validade adequada, visualizar se está carregado, observar se o acesso não está obstruído, dentre outros. O cilindro nunca deve estar amassado ou enferrujado, devendo conter o selo do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).

A constatação de situações e adoção de procedimentos que comprometam a segurança

dos profissionais que atuam no local deve ser relatada a chefia imediata mediante a confecção de documento.

Conforme a Portaria NR 05, de 17 de agosto de 1992, do Ministério do Trabalho e Emprego, a elaboração do Mapa de Riscos é obrigatória para empresas com grau de risco e número de empregados que exijam a constituição de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

O Mapa de Riscos do Almoxarifado do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será a representação gráfica dos riscos de acidentes nos diversos locais de trabalho, inerentes ou não ao processo produtivo, devendo ser afixado em locais acessíveis e de fácil visualização no ambiente de trabalho, com a finalidade de informar e orientar todos os que ali atuam e outros que, eventualmente, transitem pelo local.

Os locais de trabalho e a área de armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de pó e contaminação, insetos e roedores. É proibido fumar, comer e beber nas dependências dos Almoxarifados.

Os resíduos deverão ser depositados em recipientes especiais com tampa e deverão ser esvaziados e limpos fora da área de armazenamento seguindo as especificações emanadas pelo fabricante e/ou de reciclagem.

A gestão dos estoques deve ser baseada em dados e relatórios que possibilitem a melhor utilização dos recursos disponíveis visando a melhor alocação destes entre materiais permanentes e de consumo, sempre visando à segurança e correto acondicionamento dos materiais.

Em consonância com a IN/NR 205, de 08 de abril de 1988, em seu tópico "racionalização", a responsabilidade de ressuprimento dos itens essenciais de uso comum será centralizada em cada respectivo Almoxarifado, através de reposições constantes dos itens, mantendo o estoque necessário para atender o **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** em suas atividades.

Cabe ressaltar que cada Almoxarifado é responsável somente pelo suprimento dos insumos necessários às atividades assistenciais e administrativas da respectiva Instituição.

Alteração de procedimentos que acarretem alteração relevante de consumo, dentre outras circunstâncias que demandem grande vulto de materiais e/ou que fogem a demanda normal deverão, necessariamente, ser inseridos no planejamento de ressuprimento do Almoxarifado com antecedência.

Nesse caso, deverá haver planejamento e comunicação prévia para fins de viabilizar as aquisições, respeitando um prazo razoável mínimo de 30 (trinta dias) para adoção dos trâmites administrativos/burocráticos necessários.

Ao receber os produtos o responsável procederá à conferência confrontando a requisição eletrônica de saída com os produtos recebidos. Havendo divergência de quantidades entre a requisição eletrônica de saída e os produtos recebidos, o setor deverá comunicar formalmente o almoxarifado, para devida e imediata correção.

Quando o almoxarifado enviar produtos que não serão utilizados pelo setor solicitante, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, este deverá devolver os itens ao almoxarifado relacionando os objetos e justificando sua devolução.

Toda devolução será acompanhada do Formulário de Devolução contendo o nome do setor, nome genérico dos materiais, código, unidade, quantidade, lote, data de validade e assinatura do responsável pelo setor. Neste Formulário deve ser justificado o motivo da devolução.

Na entrega, o servidor do setor, responsável pelo recebimento deve verificar se os mesmos estão
acompanhados pelo formulário de Solicitação de Materiais, devidamente preenchido pelo almoxarifado. Também devem constar na entrega as duas vias da requisição eletrônica de saída. Inspecionar o produto quanto a sua embalagem (presença de umidade, condições do rótulo, condições de fechamento da embalagem e condições da

caixa), e ainda quanto aos sinais físicos, observando sempre o prazo de validade dos produtos. Qualquer alteração deverá ser comunicada formalmente ao almoxarifado para devida e imediata correção.

Estando os materiais de acordo com o solicitado deverão ser assinadas as duas vias da requisição eletrônica de saída de materiais, expedida pelo almoxarifado, devendo uma via retornar para ao almoxarifado, e a outra deverá ser arquivada no setor para eventuais conferências/fiscalizações.

Os bens de consumo comuns essenciais a todos os setores da instituição serão mantidos com estoques que atendam às demandas, sempre com uma projeção de abastecimento de, pelo menos, 3 (três) meses. A lista dos materiais considerados de consumo comuns será taxativa e poderá ser revista sempre que houver a necessidade de inclusão ou supressão de itens.

Para a referida lista, a área responsável pelo gerenciamento e reposição dos estoques será o Almoxarifado não sendo necessário, portanto, requisição para compra por outros setores. Acerca destes itens será utilizada a estratégia de ressuprimento sempre que o estoque atingir o mínimo determinado no sistema.

Para alguns itens, não serão mantidos estoques, sendo a aquisição realizada sob demanda, consoante documentação devidamente formalizada contendo quantitativo de demanda, utilização, justificativa, dentre outros.

Um dos objetivos principais do Almoxarifado é controlar a saída e aquisição dos materiais de consumo, para fins de reposição de estoque. O almoxarife (sob a figura dos responsáveis) efetua o pedido, ao constatar que os materiais mantidos em estoque atingiram a quantidade mínima para atender, satisfatoriamente, as necessidades dos setores requisitantes, até a compra de nova remessa.

Para tanto, deve-se pesquisar a saída de materiais durante o período de um ano e requisitar a quantidade necessária para atender por no mínimo 03 (três) meses, sempre observando o disposto no item 2.5 da IN/NR 205, de 08/04/1988, que menciona que deve ser evitada a compra volumosa de materiais sujeitos, num curto espaço de

tempo, à perda de suas características normais de uso e também aqueles propensos ao obsoletismo.

A movimentação dos materiais deve sempre ser realizada com máxima cautela e segurança, a fim de evitar perdas de materiais e acidentes de trabalho. Para que o manuseio seja efetuado de forma segura, alguns pontos devem ser destacados e observados, obrigatoriamente, por todos os responsáveis:

Os materiais paletizados com maior peso deverão ser alocados no chão, apenas sobre o pallet;

1. Não é permitido o acondicionamento de caixas, materiais ou embalagens diretamente no solo, visto que a umidade danifica toda a proteção e pode, inclusive, danificar o bem;
2. Materiais de mesma natureza deverão ser alocados próximos nas prateleiras para facilitar a localização e o inventário;
3. Não é permitido estocar materiais, mesmo que provisoriamente, nos corredores, áreas livres ou áreas demarcadas para outros fins. As áreas de circulação deverão sempre permanecer livres;
4. O empilhamento dos materiais não deve incorrer em riscos para os trabalhadores, além de preservar as características dos materiais, levando em consideração a pressão ocasionada no empilhamento;
5. Materiais inflamáveis deverão ficar armazenados isoladamente dos demais, conforme Associação Brasileira de Normas Técnicas/Norma Brasileira (ABNT-NBR) 14725- 4:2009;
6. Os extintores de incêndio deverão sempre estar livres para alcance, não podendo ser obstruído por materiais, mesmo que temporariamente;
7. Materiais estranhos ao pertencente ao da respectiva Unidade de Saúde não devem permanecer, em hipótese alguma, no prédio;
8. Materiais inservíveis ou em desuso deverão ser separados para desfazimento; Produtos mais antigos ou com prazos de vencimento menores deverão ser entregues primeiro.

Conforme demonstra a IN/NR 205/88, os tipos de inventários físicos são:

1. Anual: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais do acervo de cada unidade gestora, existente em 31 de dezembro de cada exercício.

A contagem compreenderá o universo de 100% dos itens, a fim de levantar informações acerca do andamento do controle dos materiais e sua realização dar-se-á através de comissão especialmente designada por Portaria específica para o inventário;

2 Inicial: realizado quando da criação de uma unidade gestora, para identificação e registro dos bens sob sua responsabilidade;
3 De transferência de responsabilidade: realizado quando da mudança do dirigente de uma unidade gestora;
4 De extinção ou transformação: realizado quando da extinção ou transformação da unidade gestora;
5 Eventual: realizado em qualquer época, por iniciativa do dirigente da unidade gestora ou por iniciativa do órgão fiscalizador.

O inventário de bens materiais de uso e consumo terá como objetivos:

1. Verificar a existência e localização dos bens, possibilitando a atualização dos termos de responsabilidade e contribuindo para uma melhor eficiência e transparência da gestão patrimonial;
2. Permitir a confrontação entre os registros de movimentação de bens e os registros do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal;
3. Fornecer subsídios para melhorar a eficiência da gestão patrimonial permitindo melhor planejamento, avaliação e controles gerenciais dos materiais permanentes, mantendo constantemente atualizados os devidos registros;
4. Confirmar as responsabilidades dos gestores das unidades pela guarda dos bens patrimoniais;
5. Informar o estado de conservação dos bens e materiais;
6. Confirmar os agentes responsáveis pelos bens.

PATRIMÔNIO

O controle patrimonial se dará através do registro adequado de todos os bens adquiridos que estão à disposição do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** para a realização de suas atividades. Para a eficácia do controle

patrimonial é fundamental a atualização constante dos registros de entrada, atualização, movimentação e saída de bens do acervo patrimonial.

A operação de entrada é realizada através do recebimento do bem que receberá um número. As
alocações internas são realizadas através da transferência e da movimentação e a operação de saída é realizada através da solicitação da baixa de bens.

Visando preservar a qualidade das informações, todo bem permanente deverá ser identificado individualmente, estar vinculado a um local específico e sob a responsabilidade de um colaborador.
A verificação dessas informações, bem como da qualidade do serviço realizado pelo Patrimônio é realizada através dos Inventários.

Procedimento Operacional Padrão

O **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá um rigoroso modelo de controle patrimonial através do qual exercerá o papel de fiel depositário do patrimônio o qual pertence aoEnte Público e deverá a ele retornar ao final do Contrato de Gestão.
O ponto de partida do controle patrimonial será o levantamento realizado e assinado em conjunto com a OSS e o Ente Público. O encerramento ocorrerá da mesma forma. No levantamento serão utilizados registros manuais, digitais e fotográficos.

- **Responsabilidades Sobre os Bens**

O responsável de cada unidade de saúde deverá comunicar o Setor de Patrimônio de sua unidade, de forma escrita, irregularidades ocorridas com bens de sua responsabilidade, tais como as abaixo citadas, descrevendo as circunstâncias como acorreram:

1. Perda ou Extravio; (a notificação não exime à responsabilidade do chefe da unidade que estará passível as penalidades cabíveis);
2. Queda da identificação de Tombamento- Płaqueta; comunicar o Setor de Patrimônio no ato para que seja realizada alteração do bem;
3. Transferência de bens para outra unidade patrimonial da instituição, com ciência

desta;

4. Empréstimos ou doações de bens patrimoniais recebidos, sendo que o tombamento dos bens doados somente se dará com a autorização superior, anexando documentação comprobatória.

Transferências

Todas as transferências de bens serão realizadas por meio do Termo de Transferência, disponível na rede de intranet, com devido acompanhamento do Patrimônio.

A responsabilidade pela transferência compete ao líder da unidade onde o bem se encontra (quem envia) uma vez que o bem está vinculado a sua carga patrimonial;

Equipamentos médicos só poderão ser transferidos mediante orientação da Gerência Operacional, a quem compete à melhor distribuição dos mesmos. Em caso do equipamento ter que sair da instituição para conserto, a Engenharia deverá preencher um Termo de Saída externo, para a retirada do equipamento.

- **Avarias**

Todos os colaboradores poderão ser chamados à responsabilidade pelo desaparecimento dobem que lhe for confiado para guarda e uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causar a qualquer bem, esteja ou não sob sua guarda. É dever do colaborador, comunicar imediatamente ao seu superior, qualquer irregularidade ocorrida com o bem entregue aos seus cuidados.

- **Controle e Baixas**

Trimestralmente, será encaminhado aos responsáveis de setor uma listagem setorial para o levantamento de checagem dos bens patrimoniais, objetivando o levantamento físico e analítico comparativo com os registros cadastrais do sistema de controle, onde serão abordados os seguintes tópicos:

- Bens não encontrados;
- Bens encontrados fora da unidade à qual estão vinculados;
- Bens encontrados sem placa de identificação;
- Bens que se encontram fora da instituição;
- Bens inservíveis, supérfluos, obsoletos, ociosos ou imprestáveis.

As listagens terão prazo de uma semana para retorno ao Patrimônio que tomará ações para corrigir divergências encontras e acionar os responsáveis.

Termos de Responsabilidade: Documento expedido pelo Patrimônio da OSS que caracteriza entrega de bem patrimonial, onde o responsável da unidade recebedora assume total responsabilidade sobre o mesmo.

Termos de Transferência: Documento expedido pelo Patrimônio e entregue aos setores, identificando os setores de origem e destino, onde se caracteriza a alteração de localização do Bem, em que a unidade recebedora assume total responsabilidade sobre o mesmo.

2.3.3. Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira e Gestão de Custos do Hospital

A administração Financeira a ser implantada no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá como objetivo fundamental fomentar a política de gestão administrativa, orçamentária, financeira e contábil, viabilizando o provimento de recursos materiais, patrimoniais, serviços operacionais e financeiros ao hospital.

O INSTITUTO PATRIS centralizará a gestão administrativa financeira no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, a qual executará as ações e serviços pertinentes à área. A Coordenação Administrativa, subordinada à Direção Administrativa/Financeira será responsável pelas atividades da Administração Financeira.

A definição das condutas a serem tomadas inerentes será determinada pela Diretoria Administrativa Financeira, seguindo as exigências do Hospital e obedecendo as normas legais.

Os Setores da Coordenação funcionarão nos seguintes horários: de segunda a sexta das 8h às 12h e das 13 às 17 horas.

A seguir, apresentamos um modelo do Manual de Rotinas para Administração Financeira e gestão dos Custos que poderia ser aplicado para o **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** a se adequar respeitando as devidas proporcionalidades e características da unidade.

MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS DO HOSPITAL

Este manual foi elaborado no intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas do Setor de Financeiro do Hospital, tendo como foco principal as aquisições, contratações e gestão patrimonial, provendo o hospital com insumos, medicamentos e equipamentos de acordo com o planejamento institucional, pautada nos princípios da Administração Pública.

O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do Setor de Administrativo/financeiro, Compras, Contratos, Patrimônio e Unidade de Apoio Operacional, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

CLIENTES

São clientes internos e externos toda unidade organizacional do Hospital, fornecedores, órgãos públicos e profissionais.

RESPONSABILIDADES E ROTINAS

Área de Contratos:

I - realizar o gerenciamento dos contratos administrativos firmados, administrando sua vigência, alterações e eventos pertinentes;

II - solicitar às áreas demandantes a indicação de fiscais de contrato, mantendo

cadastro de fiscais atualizado;

III - realizar os procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções administrativas referentes a irregularidades no cumprimento dos contratos;

IV - elaborar as minutas dos instrumentos obrigacionais relativos aos bens e serviços contratados;

V - confeccionar e manter relatórios atualizados com os dados referentes aos instrumentos obrigacionais firmados;

VI - atualizar as informações constantes do Sistema Informatizado e Integrado;

VII - subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto aos temas de sua competência;

VIII - apresentar informações/relatórios específicos contendo análise da gestão de contratos do Hospital quando necessários;

IX - elaborar relatórios de gestão da Unidade de Contratos;

X - participar da realização de diagnósticos, viabilizando e acompanhando a implantação de propostas que visem melhoria da qualidade dos processos de trabalho do Hospital.

Setor de Patrimônio:

I - coordenar e controlar as atividades de patrimônio, abrangendo as atividades de recebimento, tombamento, distribuição, armazenamento, movimentação, baixa e inventário de bens patrimoniais móveis e imóveis.

II - efetuar e manter em boa ordem os registros analíticos dos bens, com indicação dos elementos necessários para a perfeita caracterização de cada um e dos agentes responsáveis pela sua guarda e conservação, mantendo o arquivamento das cargas patrimoniais, dos inventários e de documentos referentes às suas transferências.

III - emitir e encaminhar os Relatórios Mensais de Bens (RMB) à unidade setorial de contabilidade para conciliação dos saldos no Sistema Informatizado e Integrado.

IV - controlar e manter atualizado o sistema de gestão patrimonial.

Produtos/Serviços:

I - aquisições e contratações;

II - contratos e demais instrumentos obrigacionais oriundos das aquisições

formalizados; III - fiscalização de contratos da área administrativa;

V - apoio a fiscalização de contratações e aquisições de bens e serviços;
VI - disponibilizar bens permanentes.

- **Gestão Contábil**

A gestão contábil e financeira para a administração da Unidade deverá compreender um conjunto de ações e procedimentos administrativos que visam maximizar os resultados econômicos e financeiros, contemplando um conjunto de procedimentos administrativos que envolvem o planejamento, a análise e o controle das atividades financeiras da instituição. A partir de um detalhado planejamento inicial serão adotados os procedimentos elencados abaixo, visando a melhor execução de cada um dos itens, otimizando as ações da gestão financeira como um todo.

- **Contas a Pagar e a Receber:** Processo a ser operado pela área de tesouraria que operacionaliza os pagamentos e recebimentos, para dar suporte ao fluxo de caixa e demais processos financeiros;
- **Fluxo de Caixa:** Processo que faz a ligação entre as projeções dos recebimentos e pagamentos e as decisões de aplicação de recursos financeiros;
- **Aplicação de Recursos Financeiros:** Processo que deverá definir e operar as aplicações temporárias de sobras de caixa, trabalhando preferencialmente com ativos financeiros de baixo risco e alta liquidez, também alinhados com o fluxo de caixa para dar confiabilidade aos compromissos da instituição;
- **Controle de estoque:** É o processo que deverá registrar, fiscalizar e gerir a entrada e saída de mercadorias e produtos da instituição. A parte física deverá ser realizada pela área administrativa, enquanto a parte financeira é feita pela área

gestão financeira/contábil;

- **Apuração de resultados:** Processo que deverá demonstrar, de maneira clara e transparente, os resultados, apurando o saldo final de todas as contas, encerrando todas as contas de receitas e despesas, que irão para a conta de Resultado do Exercício;
- **Gestão patrimonial**: Processo que deverá atualizar os valores monetários do patrimônio, através da contabilização e depreciação de seus bens imobilizados, a fim de ter um controle efetivo de todo o empreendimento da empresa. Neste processo está a atividade de balanço patrimonial, identificação e baixa do ativo imobilizado, balanço das depreciações, e listas de bens por grupo;
- **Gestão orçamentária:** Este processo deverá ser implantado e terá como finalidade melhorar a rentabilidade do projeto/contrato de gestão, através de ajuste dos custos e despesas do mesmo.

Estabelecer as ações e padronizar os procedimentos contábeis, o Plano de Contas, a função e funcionamento das contas e as demais ações da área contábil a serem adotadas em âmbito da Instituição.

A escrituração dos atos e fatos administrativos da Fundação será feita de acordo com os procedimentos estabelecidos neste manual, nas formas analítica e sintética, com elaboração dos livros Diário e Razão, com base no Plano de Contas aprovado pela Diretoria Geral e estruturado em grupos, subgrupos, contas e subcontas, em ordem cronológica de dia, mês e ano, à vista dos documentos hábeis (vias originais e legais) e tem a finalidade de:

a) Registrar e controlar a execução orçamentária da receita e da despesa.
b) Registrar os atos e fatos de natureza financeira e patrimonial.
c) Emitir relatórios e peças contábeis - Diário, Razão, Balancetes e Demonstrações mensais e balanços e demonstrações anuais.
d) Demonstrar os resultados econômico-financeiros da Fundação para serem analisados e interpretados.
e) Fornecer os elementos para a elaboração da prestação de contas anual.

Procedimentos

Visando à segurança, o controle da documentação e à facilidade de obtenção de informações, a contabilização dos atos e fatos administrativos será, preferencialmente, feita nas dependências da Fundação e obrigatoriamente por Contabilista inscrito no Conselho Regional de Contabilidade.

O Diretor Administrativo Financeiro é o responsável pela supervisão e coordenação dos serviços administrativos, financeiros e contábeis da Instituição e pelo fornecimento de informações gerenciais à Diretoria do INSTITUTO PATRIS e demais membros dos Conselhos de Administração e Fiscal.

A Contabilidade é a fase final do controle interno que registra todas as operações relacionadas com a execução orçamentária da receita e da despesa, outros ingressos e saídas de

recursos, os créditos a receber e obrigações a pagar, a movimentação de bens patrimoniais e demais atos e fatos administrativos.

Compete ao Contabilista:

a. Adotar o sistema contábil informatizado e a legislação aplicável ao processamento dos dados e relatórios relativos aos registros dos atos e fatos administrativos;
b. Classificar os documentos contábeis de forma que indiquem os códigos das contas debitadas e creditadas e outros dados necessários e esclarecedores do registro efetuado;
c. Organizar a documentação por ordem cronológica/sequencial de lançamentos.

Emissão de Relatórios Mensais

As operações econômicas e financeiras da Fundação serão demonstradas após o encerramento de cada mês, de forma analítica e sintética, mediante a elaboração das seguintes peças contábeis:

a. Balancete Analítico de Verificação
b. Balanço Financeiro
c. Balanço Patrimonial
d. Balanço da Receita Orçada x Arrecadada
e. Balanço da Despesa Fixada x Realizada

f. Conciliações bancárias acompanhadas dos respectivos extratos bancários

Os demonstrativos contábeis mensais deverão ser disponibilizados às Coordenações até o dia 20 do mês subsequente ao de referência.

Relatórios Anuais

Por ocasião do encerramento do exercício, serão emitidos, além dos relatórios referentes ao mês de dezembro, os relatórios que demonstram os saldos acumulados, no exercício, das contas de resultado e a posição patrimonial e financeira em 31 de dezembro.

São peças componentes das demonstrações contábeis

a. Balancete Analítico de Verificação - com o movimento do período de 1º de janeiro a 31 de dezembro do exercício encerrado;
b. Balanço Financeiro;
c. Balanço Patrimonial Comparado;
d. Demonstração das Variações Patrimoniais;
e. Conciliações bancárias, acompanhadas dos respectivos extratos bancários;
f. Análises das contas de Ativo e Passivo (notas explicativas).

O Contabilista deverá encerrar os balanços e apresentar os demonstrativos contábeis anuais até o dia 30 de abril do ano seguinte ao de referência.

Plano de contas

Estrutura – O Plano de Contas será estruturado de forma hierárquica e padronizada, observadas a legislação aplicável e as características específicas da Instituição.

Ativo - Compreende todas as contas correspondentes aos bens e direitos da Instituição, demonstrando a aplicação dos recursos.

- Ativo Financeiro: Compreende a disponibilidade em Caixa e Bancos e os direitos pendentes ou em circulação, realizáveis até o término do exercício seguinte;
- Ativo Permanente: Representa as imobilizações em bens móveis e imóveis, os créditos e valores diversos de caráter permanente.

Passivo - Corresponde às obrigações, evidenciando a origem dos recursos

aplicados.

Patrimônio Social - Representa o Ativo Real Líquido.

Receita - São contas representativas dos recursos auferidos no exercício, a serem computadas na apuração do resultado da Fundação, desdobradas nas seguintes categorias econômicas:

a. Receitas Correntes – de natureza contínua, resultantes da arrecadação de serviços e patrimoniais;
b. Receitas com Subvenções – assistência governamental geralmente na forma de contribuição de natureza pecuniária, mas não só restrita a ela, concedida à Instituição em troca do cumprimento condições relacionadas às atividades operacionais do contrato assinado pela entidade;
c. Receitas Financeiras – juros recebidos, descontos obtidos, o lucro na operação de reporte e os rendimentos nominais relativos a aplicações financeiras de renda fixa;
d. Receitas com Doações – constituem-se em transferência de dinheiro ou outros ativos para a Fundação, ou um cancelamento de um passivo, sem a necessidade de uma contrapartida.

Despesa - Compreende as contas representativas dos recursos despendidos no exercício financeiro, a serem computadas na apuração do resultado da Instituição, subdivididas por projeto e/ou contrato de gestão executado.

- **Gestão**

Financeira

Objetivo

Padronizar e racionalizar o processamento da despesa em âmbito da Instituição.

Procedimentos

As compras e contratações de serviços são realizadas para garantir o suprimento de bens e de serviços imprescindíveis ao cumprimento dos objetivos da Instituição.

Todas as despesas de compra de material ou de contratação de serviços deverão ser feitas mediante processo constituído de acordo com o Regulamento de Compras e Contratações vigente, devendo ser observados os procedimentos legais estabelecidos.

Como os recursos são repassados pelo órgão contratante e também estão sujeitos às crises econômicas, bem como a problemas referentes a atrasos nos repasses de recursos, a gestão financeira definiu um plano de contingência que consiste nas seguintes premissas:

a. Priorizar o pagamento de obrigações assumidas com seus profissionais/empregados e com fornecedores de materiais e insumos que impactam diretamente na segurança da assistência aos pacientes / gerenciamento de riscos;
b. Suspender obras e reformas de ampliação realizadas com eventuais sobras de recursos para custeio, bem como aquelas que não impactam negativamente nas metas contratuais de produção;
c. Rescindir ou suspender contratos de serviços assessórios;
d. Negociar com fornecedores e prestadores de serviço sobre o parcelamento de valores pendentes de pagamento;
e. Revisar com os prestadores de serviços de suporte à assistência, fluxos e rotinas que resulte na redução de custos, mantendo a segurança de pacientes e profissionais.

Liquidação e Pagamento

O material ou o serviço deverá guardar conformidade com as especificações e as quantidades contratadas, devendo ser exigido do fornecedor as garantias relativas à compra ou ao serviço contratado.

Entre o recebimento do material ou do serviço e o pagamento da despesa deverá ser observado um intervalo mínimo para o processamento das previdências necessárias ao controle financeiro.

O pagamento da obrigação somente é autorizado após ser atestado pelo setor requisitante, que além de conferir o material, deverá verificar os documentos do fornecedor, como a legalidade da nota fiscal, a incidência e retenção de tributos e encargos.

Só poderão ser pagas despesas dentro do exercício vigente, salvo se o gasto houver sido registrado contabilmente (emprenhado) para o exercício futuro.

Formas de Pagamento

Os pagamentos de despesas dar-se-ão através de transferência bancária (TED ou TEV), diretamente na conta do fornecedor, sendo admitidos eventualmente a emissão de emissão de cheque nominal, ou pelo Sistema Eletrônico de Pagamentos disponíveis na rede bancária.

Poderá haver o depósito em conta corrente nominal a ele, permanecendo o demonstrativo de depósito em poder da unidade do Fundação como comprovante do pagamento.

No caso dos pagamentos efetuados via Sistema Eletrônico de Pagamentos, o relatório de pagamentos efetuados, devidamente conciliado com o extrato bancário, é o comprovante da quitação da despesa.

Encargos e Tributos

Para as despesas de prestação de serviço, mediante emissão de Nota Fiscal, deverão ser observadas as regras de retenção de impostos:

- IR, PIS, Cofins e CSLL – Lei nº 9.430/96, conjugada com as Instruções Normativas das Secretaria da Receita Federal nº 480 e 539;
- INSS – Instrução Normativa nº 3, da Secretaria de Receita Previdenciária do Ministério da Previdência Social;
- IRPF – Tabela Progressiva;
- ISS – Regras definidas por cada município.

Para serviços de profissionais autônomos, deverá haver retenção do Imposto de Renda (quando ultrapassar o limite de isenção), de INSS e o recolhimento do ISS (conforme regra definida pelo município sede do prestador do serviço).

Todos os pagamentos que tiverem a incidência de retenção de tributos deverão ser previamente submetidos ao Setor Contábil para cálculo do Imposto, da retenção do valor devido e emissão da Guia de Recolhimento correspondente. O Contador responde pelas incoerências e falta de recolhimento de tributos exigidos por Lei.

Quesitos para a execução da Despesa:

a. Disponibilidade Financeira – existência de recursos financeiros para suportá-la.
b. Legitimidade – toda a despesa deve ser prevista em Orçamento do exercício a que se refere o gasto, com enquadramento perfeito e claro de dispêndio.
c. Legalidade – toda a despesa deve se revestir das formalidades legais e das normas internas. Verificar principalmente as certidões negativas da Receita Federal do Brasil, do FGTS e do Município.
d. Competência – a despesa relativa a contratos e serão apropriadas/compromissadas em cada exercício financeiro, pela parte a ser nele executada.

Fundo Fixo

Será autorizada a concessão de suprimento de fundos fixos para funcionários alocados na sede, sempre a serviço da Instituição, para pagamento de despesas de pronto pagamento.

Os valores concedidos ao funcionário responsável e os seu respectivo substituto, no caso de eventual afastamento, serão definidos e nomeados por meio de portaria da Direção Geral. O setor responsável procederá à solicitação da concessão do suprimento de fundo fixo para o funcionário designado, apresentando posteriormente o documento fiscal que comprove tal despesa. Este documento deverá ser emitido com o CNPJ e razão social do INSTITUTO PATRIS para o contrato de gestão específico.

Indicadores Financeiros

Mensalmente também serão demonstrados a partir dos indicadores financeiros abaixo relacionados ao desempenho e evolução mensal financeira da Instituição:

- Índice de Liquidez Corrente
- Índice de Liquidez Imediata
- Índice de Participação de Capital de Terceiros
- Garantia do Patrimônio Social ao Capital de Terceiros
- Composição dos Exigíveis (tipo de obrigação)
- Composição dos Exigíveis (por vencimento)
- Índice de Gastos Administrativos
- Índice de Acumulação de Superávit

- **Gestão de Custos**

  Hospitalares Objetivo

Apurar os custos utilizando o sistema de custeio por absorção pleno, ou seja, a extensão dos insumos utilizados para o custeio dos serviços não fica restrita aos custos de produção; mas também agrega as despesas operacionais.

Na Gestão Gerencial de Custos as informações na forma de relatórios de custos serão disseminadas a todos os níveis da organização com o envolvimento e participação das chefias, coordenações e diretorias, para a avaliação de desempenho do setor e adequação dos custos de acordo com parâmetros e perfis adequados para o setor; e com o objetivo de que cada nível hierárquico tenha condições de planejar, controlar e decidir com eficiência e eficácia.

Terminologia

- **Centros de Custos Produtivos** – são aqueles que atendem diretamente ao paciente desenvolvendo as atividades principais da Instituição. Os Centros de Custos Produtivos, por serem finalísticos, não tem seus custos rateados, ou seja, repassados para outros. Pelo contrário eles recebem ou arcam com os custos dos Centros de Custos Administrativos e Auxiliares;
- **Centros de Custos não Operacionais** - são aqueles que não estão diretamente relacionados às atividades principais do hospital, porém não são rateados, assim como acontece com os Centros de Custos Produtivos;
- **Centro de Custos Auxiliares** - São os Centros de Custos de apoio que produzem bens ou serviços que auxiliam na assistência ao paciente e terão seus custos rateados as demais Centros de Custos;
- **Centros de Custos Administrativos** - São os relacionados com as atividades administrativas e trabalham como suporte para funcionamento completo da Unidade de Saúde e terão seus custos rateados aos demais Centros de Custos.

Apuração dos Custos

Os custos hospitalares serão ser monitorados mensalmente a fim de se atingir a meta estabelecida para controle. Anualmente, nas revisões e atualizações do

planejamento estratégico a meta de diminuição de custos deve ser avaliada e ajustada conforme critérios internos e externos.

Para o acompanhamento dos custos hospitalares, será adotado Sistema de Gestão dos Custos Hospitalares que objetiva:

- Alcançar a excelência na gestão dos recursos através da implementação do Sistema de Gestão Hospitalar;
- Realizar efetiva economia de recursos financeiros significativos para a gestão, além de melhor prover o gestor de um sistema para planejamento, aquisição, armazenamento e distribuição dos insumos necessários ao bom atendimento do cidadão;
- Melhor atender os usuários do SUS, com o foco em resolutividade, economicidade e gestão;
- Automatizar as tarefas rotineiras vinculadas ao uso do Prontuário do Paciente;
- Oferecer ao gestor dos hospitais um sistema de informações integrado de apoio à gestão;
- Iniciar a construção de uma base de dados clínicos dos cidadãos-usuários do SUS, com todas as informações de saúde da população atendida, possibilitando a construção de relatórios, indicadores e outros conjuntos de informações;
- Agilizar e otimizar o processamento do faturamento;
- Controlar de forma mais eficiente a assistência farmacêutica e colaborar com o uso racional dos medicamentos;
- Ampliar as bases de dados clínicos para a utilização de ferramentas de cruzamento e de análise de dados, gerando relatórios e indicadores estáticos e dinâmicos;
- Possibilitar a melhoria das informações para a tomada de decisão por parte dos gestores.

O conhecimento dos custos será uma importante ferramenta de apoio à gestão hospitalar. Atentos a este contexto, desenvolveremos dois módulos (CUSTO PACIENTE e CUSTO HOSPITALAR) que farão a apuração dos custos na instituição e:

- Calcular, a partir de tabelas de custos definidos pelo usuário, o custo da

conta do paciente, por unidade de atenção, buscando automaticamente os gastos de outros sistemas que estejam interligados;

- O sistema emitirá diversos relatórios de custos, tais como o custo por procedimento, setor, clínica, etc., e inclusive um comparativo do custo com a receita da conta no sistema de AIH para os pacientes do SUS e no sistema de faturamento;

3. INCREMENTO DE ATIVIDADES

3.1. Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais

No campo das políticas públicas de saúde 'humanização' diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si. É baseado nestes princípios que a gestão do INSTITUTO PATRIS irá busca humanizar cada vez mais a relação com seus colaboradores e pacientes.

O Hospital irá trabalhar pautado na Política Nacional de Humanização que busca acolher de forma humana e respeitosa todos os pacientes que buscam os serviços de saúde, tendo o compromisso de desenvolver a conscientização e estimular a participação da comunidade nas ações de saúde

A Unidade idealizará, coordenará e efetivará atividades voltadas para a educação, o acolhimento, as relações interpessoais, o estímulo à arte e o entretenimento. A maioria das ações será desenvolvida ao longo do ano, em datas comemorativas, em parceria e em sintonia com os diversos setores do hospital. Por meio de tais ações, a equipe de Humanização visará suavizar a dor vivenciada pelo paciente em épocas especiais.

Dentre as estratégias de ressocialização dos pacientes atendidos e/ou internados e da população do município, podemos citar algumas ações assistenciais e sociais, tais como:

1. **Projeto de Central Humanizada de Internação (CHI)**

No setor hospitalar, até mesmo no âmbito privado, o momento da admissão é

uma das etapas que concentram grande número de reclamações e insatisfações. No Hospital, tudo será pensado para que os usuários possam ter a melhor impressão na chegada a Unidade, obedecendo-se os princípios de Humanização preconizados no Sistema Único de Saúde – SUS.

Mais do que isso, a CHI também irá trabalhar o gerenciamento dos leitos, podendo otimizar as altas hospitalares, reduzir o tempo de espera para as novas internações, bem como aplicar metodologia de pesquisas de satisfação.

A Central Humanizada de Internação também irá servir de interface entre a Unidade de Saúde e as Centrais de Regulação correspondentes, de forma integrada e pactuada, visando otimizar a utilização do leito.

O objetivo principal é promover a equidade do acesso e da integralidade da assistência e ajustar a oferta às necessidades imediatas do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

A Unidade deverá estará apta a receber os pacientes e familiares de forma adequada e individual. Eles serão recebidos na recepção principal do hospital e aguardarão os procedimentos em um ambiente adequado.

2. Programa Saúde na Comunidade

O programa propõe a execução das seguintes ações desenvolvidas pelos profissionais da Unidade na comunidade:

- Ofertar atendimentos preventivos de cuidado e de atenção à saúde geral;
- Disponibilizar práticas integrativas de saúde com alcance à população;
- Desenvolver ações de psicoeducação em promoção da saúde;
- Articular parcerias intersetorial e interdisciplinar na promoção de eventos educativos de saúde junto à população;
- Identificar as demandas de saúde junto à comunidade para o planejamento de futuras atividades.

<u>Metodologia</u>

Utilização de ferramentas de conscientização para prevenção de doenças e promoção em saúde, estimulando a participação da comunidade e de entidades da

sociedade civil.

3. Projeto Musical no Hospital

Como política de humanização, o INSTITUTO PATRIS, em parceria com outras instituições públicas e/ou privadas e voluntárias, promoverá o Projeto Musical nas dependências do Hospital.

Será realizado periodicamente no Hospital, em horários alternados, contará com apresentações de músicas e outras manifestações culturais de forma que beneficie pacientes, acompanhantes, visitantes e colaboradores da unidade hospitalar.

Benefícios:

- Fenômeno comprovado cientificamente, a arte traz sensação de bem estar ao ser humano;
- É uma forma dos pacientes e colaboradores saírem da rotina;
- Os pacientes se mostram visivelmente mais alegres com a música e assim, mais esperançosos com o tratamento;
- A música é capaz de reduzir a ansiedade;
- A arte possibilita o encontro interpessoal, contribuindo para a socialização dos pacientes, visitantes e colaboradores.

Divulgação: Todas as apresentações são divulgadas para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site do Hospital e *newsletters*. O Setor de Comunicação também promove ampla divulgação nos cadernos especiais de Cultura para conhecimento da sociedade.

O Projeto Musical será desenvolvido de forma conjunta pelo Setor de Comunicação Social, Coordenação de Enfermagem, Setor de Psicologia, Serviço Social, entre outros departamentos.

4. Arte no Hospital

O projeto Arte no Hospital, inserido no Programa de Humanização, em parceria com instituições públicas, privadas ou voluntárias, terá como objetivo levar exposições artísticas de temas variados para a unidade, promovendo o acesso à cultura por parte de seus pacientes, acompanhantes e colaboradores, além de promover uma oficina de

artes para os pacientes participarem.

A iniciativa revela-se resultados satisfatórios no tratamento de seus usuários. Com isso, observa-se que a arte também é um importante remédio.

O Projeto Arte no Hospital será desenvolvido de forma conjunta pelo Setor de Comunicação Social, Coordenação de Enfermagem, Setor de Psicologia, Serviço Social, entre outros departamentos.

5. Hora da Leitura

Com o objetivo de incentivar a leitura, minimizar e prevenir efeitos e sintomas negativos do tratamento em saúde, o projeto Hora da Leitura será implantado com a Coordenação do Serviço Social.

O projeto funcionará da seguinte forma: de segunda a sexta-feira um carrinho, que abriga a biblioteca itinerante, passa pelos corredores do hospital oferecendo o empréstimo de livros e revistas para os pacientes internados e para os acompanhantes.

6. Comunicadores da Alegria

Equipe de voluntários parceiros do Hospital visitará os pacientes, familiares e colaboradores e terão a oportunidade de contribuir no trabalho realizado para a cura dos enfermos. Vestidos de palhaços, os comunicadores levarão palavras positivas e brincadeiras para os pacientes atendidos nas Unidades de Internação e Ambulatório do Hospital.

O Projeto Comunicadores da Alegria será desenvolvido de forma conjunta pelo Setor de Comunicação Social, Coordenação de Enfermagem, Setor de Psicologia, Serviço Social, entre outros departamentos.

7. Programa de Assistência Espiritual e Capelania Hospitalar

O Programa de Assistência Espiritual e Capelania Hospitalar consistirá em reunir voluntários de apoio espiritual das religiões católica, evangélica e espírita para dar assistência religiosa aos pacientes e acompanhantes presentes na unidade. Por respeitar a diversidade religiosa, o Hospital realizará de forma permanente cursos de capacitação

e orientações sobre a unidade hospitalar a estes grupos de voluntários de apoio espiritual.

8. Cão Terapeuta

A visita de animais no ambiente hospitalar auxilia na melhoria da qualidade de vida do paciente durante o período de internação. Tendo em vista que a atividade visita de animais também chamada de Terapia assistida por animais (A/TAA), tem sido muito utilizada há décadas em instituições de saúde, o Hospital irá implantar o projeto "Cão Terapeuta" em parceria com Organizações não Governamentais de animais.

O projeto terá como objetivo fazer com que o paciente desvie o foco da doença e possa ter momentos de descontração, socialização e alegria no durante sua permanência no hospital. Além de auxiliar no desenvolvimento da autoestima e autoconfiança do paciente, o mesmo também contribuiu significativamente para a melhoria do ambiente de trabalho nas enfermarias do Hospital.

A multidisciplinar do Hospital irá desenvolver um fluxo para acompanhar a entrada, permanência e saída dos animais, bem como um fluxo para autorização médica. Os animais são monitorados pela CCIH no que diz respeito ao estado de saúde do animal, exames parasitológicos a cada três meses e vacinas. As visitas poderão realizadas uma vez por mês, conforme programação e disponibilidade.

Com o acompanhamento do projeto serão esperados os seguintes resultados:

- Maior integração e socialização entre pacientes, acompanhantes e colaboradores;
- Afastamento do estado de dor do paciente;
- Melhoria da autoconfiança diante do enfrentamento da doença;
- Recreação, diversão e afastamento do isolamento;
- Encorajamento das funções da fala;
- Estímulo à memória.

O Projeto Cão Terapeuta será desenvolvido de forma conjunta pelo Setor de Comunicação Social, Coordenação de Enfermagem, Setor de Psicologia, Serviço Social, entre outros departamentos.

9. Festejar a vida

O Projeto Festejar a vida será realizada semanalmente visando comemorar o aniversário dos pacientes internados nas enfermarias. Para a entidade, o dia do nascimento é lembrado como uma data significativa e mesmo estando em um momento de internação, não se pode esquecer que esta pessoa possui uma vida, lembrar do aniversário é lembrar da vida.

O Projeto Cão Terapeuta será desenvolvido de forma conjunta pelo Setor de Comunicação Social, Coordenação de Enfermagem, Setor de Psicologia, Serviço Social, entre outros departamentos.

10. Doe Vida

O Projeto Doe Vida será uma parceria com a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. Terá o objetivo de criar um espaço de diálogo sobre a temática doação de órgãos levantando questionamentos, informando e esclarecendo dúvidas.

O Projeto será desenvolvido de forma conjunta pela Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, Coordenação de Enfermagem, Setor de Psicologia, Serviço Social, entre outros departamentos.

11. Datas Comemorativas – Campanhas de Prevenção, Conscientização e Celebração

O Projeto das datas comemorativas possuirá 3 vertentes: proporcionar um espaço de reflexão sobre prevenção de doenças e cuidados com a saúde como por exemplo conscientização sobre diabetes, doenças renais e hipertensão. A segunda vertente é criar um espaço de diálogo sobre os direitos dos usuários do SUS, como dia do idoso e por fim comemorar datas importantes da saúde e outras como dia das mães, dia da mulher e o Natal.

Acontecerá mensalmente, e tem como objetivo proporcionar um espaço para reflexão sobre a prevenção de doenças, cuidados com a saúde e os direitos dos usuários do SUS, envolvendo os profissionais da equipe multidisciplinar.

Além disso potencializar a qualidade do atendimento oferecido, comemorando

datas importantes e emblemáticas da sociedade**.**

As cores dos meses na prevenção de doenças:

JANEIRO - Branco: Mente sã, corpo são. O primeiro mês do ano é um alerta sobre a saúde mental. As ações dessa campanha buscam ressaltar a importância de cuidarmos não só da parte física, mas como emocionais para o melhor equilíbrio e bem-estar.

FEVEREIRO - Roxo / Laranja: Apesar de ser mais curto que os demais, fevereiro é um dos meses com mais causas engajadas. O período é referente ao combate da conscientização da lúpus, do Mal de Alzheimer e da fibromialgia. O segundo mês do ano também tem uma campanha "alaranjada", para conscientizar sobre a leucemia.

MARÇO - Azul Escuro: A campanha durante todo o mês de março é voltada ao debate sobre a prevenção ao câncer colorretal.

ABRIL - Azul: É um dos meses que já tem campanha bem conhecida e estabelecida no mundo todo. O Abril Azul é voltado ao debate sobre o autismo, por causa do dia 02/04, que é data do "Dia Mundial de Conscientização do Autismo".

MAIO - Amarelo / Vermelho: O quinto mês do ano é destinado à prevenção de acidentes de trânsito. Já o "Maio Vermelho" tem como objetivo principal informar sobre a hepatite.

JUNHO - Vermelho: O laço vermelho do sexto mês do ano é indicativo para a importância de doar sangue. Isso se deve ao dia 14/06, o "Dia Mundial do Doador de Sangue". Junho ainda se colore de Laranja para a conscientizar sobre a anemia.

JULHO - Amarelo: O sétimo mês do ano ganha a cor amarelada para trazer à tona a conscientização sobre o câncer ósseo e também as hepatites virais.

AGOSTO - Dourado: Nesse mês, entre os dias 01 e 07, acontece a "Semana Mundial da Amamentação", por isso, o período é destinado às informações sobre o aleitamento materno.

SETEMBRO - Vermelho / Verde: O nono mês do ano fica vermelho para ressaltar a importância de cuidarmos da saúde do coração. O período também destaca ações sobre a doação de órgãos e a prevenção do câncer no intestino. Para essas duas

campanhas, o mês se pinta de verde.

OUTUBRO - Rosa: Mais divulgado e conhecido por todo o mundo, o Outubro Rosa foi uma das primeiras campanhas criadas (Iniciou nos Estados Unidos na década de 1990) e é dedicado à conscientização sobre o câncer de mama.

NOVEMBRO - Azul: E se outubro é dedicado em maior parte à saúde feminina, novembro chega para os homens quebrarem seus preconceitos históricos. O novembro azul ganha também um logotipo em formato de bigode para conscientizar a pessoas sobre a importante de prevenir e combater o câncer de próstata. Além disso, a cor também serve para campanhas votadas aos cuidados da diabetes.

DEZEMBRO - Laranja / Vermelho: O ano se fecha com cores vibrantes. O "Dezembro Laranja", serve para conscientizar sobre a importância de combater o câncer de pele, enquanto o "Dezembro Vermelho", ressalta a necessidade de prevenir a AIDS.

Calendário de Campanhas e Datas Comemorativas da Saúde:

Janeiro

04 - Dia do Hemofílico

19 - Dia Mundial do Terapeuta

Ocupacional 20 - Dia Nacional do

Farmacêutico

Último domingo do mês - Dia Nacional de Combate e Prevenção da Hanseníase e Dia Mundial Contra a Hanseníase.

Fevereiro

01 a 08 – Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na

Adolescência 04 - Dia Mundial do Câncer

05 - Dia Nacional da Mamografia

15 - Dia Internacional do Câncer na Infância

20 - Dia Nacional de Combate às Drogas e Alcoolismo

Último dia do mês - Dia Mundial das Doenças Raras e Dia Nacional de Doenças Raras.

Março

04 – Dia Mundial da

Obesidade 08 - Dia

Internacional da Mulher 20

- Dia Mundial da Saúde

Bucal

21 - Dia Internacional da Síndrome de

Down 24 - Dia Mundial de Combate à

Tuberculose 31 - Dia da Saúde e da

Nutrição

Abril

02 – Dia Mundial de Conscientização Sobre o Autismo
02 a 07 – Semana da Saúde no Brasil. Data instituída pela Portaria de Consolidação MS nº 1/2.017, art. 527.

06 - Dia Mundial da Atividade Física

06 - Dia Nacional de Mobilização pela Promoção da Saúde e Qualidade

de Vida 07 - Dia Mundial da Saúde

14 - Dia Mundial da Doença de

Chagas 17 - Dia Internacional da

Hemofilia

24 - Dia Mundial de Enfrentamento à

Meningite 24 a 30 – Semana de

Vacinação nas Américas 25 - Dia

Mundial da Luta Contra a Malária

26 - 04 - Dia Nacional de Prevenção e Enfrentamento à Hipertensão

Arterial 28 - Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho

28 - Dia Nacional em Memória das Vítimas de Acidentes e Doenças do Trabalho

Maio

05 - Dia Nacional do Uso Racional de

Medicamento 12 - Dia Internacional da

Enfermagem e do Enfermeiro 15 - Dia do

Assistente Social

15 - Dia Nacional do Controle das Infecções

Hospitalares 17 - Dia Mundial da Hipertensão

Arterial

18 - Dia Nacional da Luta Antimanicomial

19 - Dia Mundial de Doação do Leite Humano

19 - Dia e Semana Nacional de Doação do Leite

Humano 26 - Dia Nacional de Enfrentamento ao

Glaucoma

28 - Dia Internacional de Luta Pela Saúde da Mulher

28 - Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna

29 - Dia Mundial da Saúde Digestiva

30 - Dia Mundial da Esclerose Múltipla

31 - Dia Mundial sem Tabaco

Junho

06 - Dia Nacional de Luta contra Queimaduras

06 - Dia Nacional do Teste do Pezinho

09 - Dia da Imunização

11 - Dia do Educador Sanitário

14 - Dia Mundial do Doador de Sangue

15 - Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa

19 - Dia Mundial de Conscientização sobre a Doença Falciforme

26 - Dia Nacional do Diabetes.

Julho

01 - Dia da Vacina BCG

02 - Dia do Hospital

06 - Dia Mundial das Zoonoses

10 - Dia da Saúde Ocular

13 - Dia do Estatuto da Criança e do Adolescente

25 - Aniversário de Criação do Ministério da Saúde

27 - Dia Nacional da Prevenção de Acidentes do Trabalho

27 - Dia Mundial de Conscientização e Enfrentamento ao Câncer de Cabeça e Pescoço

27 – Dia do Pediatra

28 – Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites Virais

Agosto

01 a 07 - Semana Mundial da Amamentação

05 - Dia da Farmácia

05 - Dia do Nascimento de Oswaldo Cruz

05 - Dia Nacional da Saúde

05 - Dia Nacional da Vigilância Sanitária. Data instituída pela Lei nº 13.098/2.015

08 - Dia Nacional de Prevenção e Controle do Colesterol

Semana do dia 10 - Semana Nacional de Controle e Combate à Leishmaniose

21 a 27 – Semana Nacional da Pessoa com Deficiência Intelectual e Múltipla

26 - Dia do Nascimento de Albert Sabin

27 - Dia do Psicólogo

29 - Dia Nacional de Enfrentamento ao Fumo

30 - Dia Nacional de Conscientização sobre a Esclerose Múltipla

31 - Dia do Nutricionista

Setembro

01 - Dia do Profissional de Educação Física

10 - Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio

17 - Dia Mundial da Segurança do Paciente

19 - Dia Internacional de Atenção aos Acidentes Ofídicos

19 - Aniversário do SUS (Lei 8080)

21 - Dia Nacional de Luta da Pessoa com Deficiência

21 - Dia Mundial da Doença de Alzheimer e Dia Nacional de Conscientização da Doença de Alzheimer

26 - Dia Nacional do Surdo

27 - Dia Nacional da Doação de

Órgãos 28 - Dia Mundial contra

a Raiva

29 - Dia Mundial do Coração

Outubro

01 - Dia Nacional e Internacional do

Idoso 03 - Dia Mundial do Dentista

04 - Dia Nacional do Agente Comunitário de Saúde

04 - Dia Nacional dos Agentes de Combate às

Endemias 10 - Dia Mundial da Saúde Mental

11 - Dia Nacional de Prevenção da Obesidade

11 - Dia da Pessoa com Deficiência Física | Dia do Deficiente

Físico 13 - Dia do Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta

3º sábado do mês - Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis

Congênita 16 - Dia Mundial da Alimentação

17 - Dia Nacional da

Vacinação 17 - Dia

Mundial da Hipertensão

18 - Dia do Médico

24 - Dia Mundial da

Poliomielite 25 - Dia do

Cirurgião Dentista

25 - Dia Nacional da Saúde Bucal

27 - Dia Nacional de Luta pelos Direitos das Pessoas com Doenças Falciformes

27 - Dia Mundial do Terapeuta Ocupacional

Novembro

01 a 07 - Semana Nacional de Prevenção do Câncer Bucal

08 - Dia do Radiologista

10 - Dia Nacional de Prevenção e Combate à Surdez

12 - Dia Mundial da Pneumonia

14 - Dia Mundial do Diabetes

16 - Dia Nacional dos Ostomizados

17 – Dia Nacional de Combate à Tuberculose

17 - Dia Mundial de Combate ao Câncer de Próstata

19 - Dia Mundial em Memória às Vítimas do Trânsito

20 - Dia do Biomédico

Penúltimo sábado do mês de novembro – Dia Nacional de Combate à Dengue

23 - Dia Nacional de Enfrentamento ao Câncer Infantil

25 - Dia Internacional do Doador de Sangue

27 - Dia Nacional de Combate ao Câncer

27 - Dia Nacional de Luta contra o Câncer de Mama

Dezembro

01 - Dia Mundial de Luta Contra a Aids

02 - Dia Pan-Americano de Saúde

03 - Dia Internacional da Pessoa com Deficiência

05 - Dia Nacional do Médico de Família e Comunidade

09 - Dia da Criança com Deficiência

10.12 - Dia dos Direitos Humanos

13 - Dia Nacional da Pessoa com Deficiência Visual

14 a 21 - Semana de Mobilização Nacional para Doação de Medula Óssea

O Projeto das Datas Comemorativas – Campanhas de Prevenção, Conscientização e Celebração será desenvolvido de forma conjunta pelo Setor de Comunicação Social, Coordenação de Enfermagem, Setor de Psicologia, Serviço Social, entre outros departamentos.

II. ÁREA DE QUALIDADE

4. QUALIDADE OBJETIVA / IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

As Comissões serão constituídas por profissionais pertencentes ao quadro do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** estando intimamente familiarizados como os problemas que surgem, igualmente, participando preventivamente na promoção de melhorias dentro da Instituição.

4.1. Comissão de Ética Médica (CEM)

4.1.1. Proposta de Constituição

As Comissões de Ética Médica são órgãos que, segundo a legislação, devem estar presentes em todas as instituições que contam com trabalho médico. Embora não possuam competência para realizar julgamento nem estabelecer penalidades nas questões éticas, as Comissões de Ética Médica são responsáveis por levar ao conhecimento do Conselho Regional de Medicina qualquer denúncia ou suspeita de ilícito ético.

Ao receber denúncia ou tomar conhecimento de eventual infração ética, devem instaurar sindicância para apuração dos fatos por meio de audiência, devendo lavrar os depoimentos dos denunciantes, dos denunciados e das testemunhas, bem como a reunião das provas. Uma vez constatado o indício de infração do Código de Ética Médica, devem encaminhá-lo ao Conselho

Regional de Medicina. As cópias de toda esta documentação deverão ser mantidas arquivadas.

A Comissão de Ética Médica do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá como finalidade:

1- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão médica dentro da instituição;

2- Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;

3- Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao CREMEGO, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

4- Colaborar com o CREMEGO divulgando resoluções, normas e pareceres;

5- Assessorar as diretorias da instituição, dentro de sua área de competência;

6- Proceder a Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do CREMEGO e do próprio CREMEGO ou por iniciativa própria.

A Comissão de Ética Médica do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá papel importante na prevenção do erro médico, pois têm a liberdade de promover cursos, palestras, simpósios em educação continuada, podendo contar para isso com os recursos disponíveis no CREMEGO.

4.1.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A Comissão de Ética será composta por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

A sua constituição obedecerá ao enquadramento contido nos critérios de proporcionalidade referente ao número de médicos a serem contratados pelo hospital conforme Resolução CFM nº 1.657/2002:

I. nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;

II. nas instituições que possuírem de 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

III. na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;

IV. na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes.

V. na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes;

VI. nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedora localizada no mesmo município onde atuem em que cada uma possua menos de 10 (dez) médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo- se às disposições acima quanto à proporcionalidade

Não poderão integrar à Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º – A Comissão de Ética Médica (CEM) constitui, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2º – A Comissão de Ética deve ser vinculada ao CREMEGO e deve manter a sua autonomia em relação ao Hospital, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo único – Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º – A Comissão de Ética será composta por 01 (um) presidente, 01 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Art. 4º – A Comissão de Ética Médica será instalada nos termos do artigo 1º deste Regimento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

I. nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;

II. nas instituições que possuírem de 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

III. na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;

IV. na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes.

V. na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes;

VI. nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedora localizada no mesmo município onde atuem em que cada uma possua menos de 10 (dez) médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo- se às disposições acima quanto à proporcionalidade

Art. 5º – Não poderão integrar à Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único – Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 6º – O mandato da Comissão de Ética será de 30 (trinta) meses.

Art. 7º – Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que per- durar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo único – Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do Hospital, o seu mandato cessará automaticamente.

Art. 8º – Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º – Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Art. 10 – Compete à Comissão de Ética:

I. supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;

II. comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes;

III. comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;

IV. comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

V. comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

VI. instaurar sindicância instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema,

encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

VII. verificar se a instituição em que atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

VIII. colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

IX. elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição em que atua;

X. atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

XI. . manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição em que atua;

XII. fornecer subsídios à direção da instituição em que funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

XIII. atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição em que funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

XIV. promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

XV. encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética;

XVI. colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

XVII. orientar o público usuário da instituição de saúde em que atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 11 – Compete aos membros da Comissão de Ética:

I. eleger o presidente e secretário;

II. comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

III. desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista nesta

Resolução;

IV. garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Art. 12 – Compete ao presidente da Comissão de Ética:

I. representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no

Conselho Regional de Medicina;

II. convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

III. convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

IV. . solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de

Ética Médica, sempre que necessário;

V. encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;

VI. nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 13 – Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

I. substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;

II. colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;

III. secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

IV. . lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;

V. manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO IV

DAS ELEIÇÕES

Art. 14 – A escolha dos membros da Comissão de Ética Médica será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no artigo 9º do presente Regimento.

Art. 15 – A convocação da eleição será feita pelo Diretor Técnico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 16 – Os candidatos à Comissão de Ética Médica deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Técnico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 17 – Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo Diretor Técnico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18 – O Diretor Técnico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Art. 19 – A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único: Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico.

Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.

Art. 20 – A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 21 – O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 22 – Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 23 – Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 24 – A Comissão de Ética Médica deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 25 – Os atos da Comissão de Ética Médica relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Art. 26 – Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o "voto de Minerva" em caso de empate.

Art. 27 – As sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos preceitos contidos nesta Resolução.

Art. 28 – A sindicância será instaurada mediante:

I. denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II. denúncia, por escrito, do Diretor Técnico ou diretor técnico;

III. deliberação da própria Comissão de Ética Médica;

IV. . solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;

V. determinação do Conselho Regional de Medicina.

Art. 29 – Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 30 – Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Art. 31 – O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 32 – Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único: Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 33 – Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art. 34 – Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

§ 1º: Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º: Não havendo a conciliação de que trata o caput do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 35 – Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36 – As determinações deste Regimento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

§ 1º: As normas do presente Regimento referentes às eleições da Comissão de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das eleições para o Conselho Regional de Medicina.

Art. 37 – Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 38 – Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

4.1.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA														
ATIVIDADE		2022									2023			
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Reuniões de Planejamento													
2	Divulgação de Normas Complementares													
3	Elaboração de Relatórios													
4	Desenvolvimento de Atribuições													
5	Identificação e classificação dos processos													
6	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância e comunicação													
7	Informar os cidadãos / usuários													
8	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias													

4.2. Comissão de Ética em Enfermagem (CEE)

4.2.1. Descrição da Finalidade

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser organizada de maneira que atenda as diversas áreas de atuação da enfermagem, abrangendo todos os profissionais inseridos na equipe e desenvolverá ações educativas voltadas aos profissionais da área de enfermagem, fiscalizará o exercício da profissão e o cumprimento dos direitos reservados à categoria, sendo uma extensão do Conselho Regional de Enfermagem – COREN.

4.2.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A Comissão de Ética em Enfermagem do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será composta por Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem em igual número, com vínculo empregatício na instituição e registro no COREN-GO e terá como atribuições a fiscalização do exercício ético do profissional de enfermagem; a inspeção das condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o perfeito desenvolvimento técnico e moral da enfermagem; a fiscalização do cumprimento, pela unidade, dos direitos previstos em lei aos profissionais da área de enfermagem e, ainda, a fiscalização da qualidade do atendimento dispensado ao paciente.

Deverá ser formada por membros efetivos e igual número de suplentes, cabendo a presidência ao Enfermeiro.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Art. 1° - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem é órgão representativo do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem nessa Instituição.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2° - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Resolução COFEN 593/2018, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética.

Parágrafo Único - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar à Coordenação de enfermagem o cronograma de suas atividades.

Art. 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

I. Fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem do Serviço de Enfermagem do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.

II. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional, bem como identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde.

III. Receber denúncias de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem, bem como colaborar com o COREN-GO no combate ao exercício ilegal da profissão.

Art. 4° - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Art. 5° - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será formada por três

Enfermeiros Titulares e Três Enfermeiros suplentes e dois Auxiliares de Enfermagem titulares e dois Auxiliares de Enfermagem suplentes.

Art. 6° - A Comissão de Ética de Enfermagem poderá ser reconduzida por igual período.

Art. 7° - A Comissão de Ética de Enfermagem terá um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário.

Parágrafo único - As funções do Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por Enfermeiros.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem tem por competência:

a. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do Exercício Profissional da Enfermagem;

b. Promover e ou participar de eventos que se propõem a estudar e discutir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, identificando as questões éticas e disciplinares que envolvem o Exercício Profissional;

c. Assessorar a Diretoria dos Serviços de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;

d. Participar de estudos e projetos visando a orientação aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões Éticas;

e. Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética;

f. Analisar e emitir parecer sobre abordagem das questões Éticas de Enfermagem na instituição, sempre que necessário;

g. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela pela equipe de enfermagem.

h. Averiguar as denúncias ocorridas e notificar ao COREN-GO as infrações éticas detectadas;

i. Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-GO sempre que necessário;

j. Elaborar o relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao COREN-GO.

CAPÍTULO IV

DAS ELEIÇÕES

Art. 9° - Os membros da Comissão de Ética serão eleitos através de voto facultativo, secreto e direto de todos os profissionais de enfermagem da instituição;

Art. 10 - A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, composta de 03 (três) profissionais de enfermagem, que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito;

§ 2° - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Chefia de Enfermagem na instituição ou Diretoria de Entidades de Classe de Enfermagem;

§ 3° - A Convocação para eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias da data estabelecida para as inscrições das chapas;

§ 4° - Todas as categorias de Enfermagem presentes na instituição deverão estar representadas na chapa;

Art. 11 - Somente poderão votar os profissionais regulamente inscritos no COREN- GO e com vínculo empregatício efetivo na instituição.

Art. 12 - A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo a metade mais um dos profissionais em condições de votar.

Art. 13 - As chapas inscritas poderão indicar no ato da inscrição até 02 (dois) fiscais para acompanhar o processo eleitoral e fiscalização da apuração;

Art. 14 - Não serão computadas as cédulas rasuradas ou que contiverem qualquer vício, inclusive que possibilite a violação do sigilo do voto.

Art. 15 - Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral e em seguida e última instância ao COREN-GO.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16 - A Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinados, podendo reunir-se, extraordinariamente, quando houver necessidade;

§ 1° - As reuniões da Comissão serão registradas em Atas numeradas e assinadas pelos membros presentes ao ato;

Art. 17 A ausência não justificada em mais de 03 (três) reuniões consecutivas e/ou intercaladas, excluirá automaticamente o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente;

Art. 18 A Coordenação de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento da eleição e das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem;

Art. 19 A coordenação de Enfermagem da Instituição garantirá condições necessárias para o desenvolvimento das Atividades da Comissão de Ética;

Art. 20 Os casos omissos da presente Decisão serão resolvidos pelo COREN - GO. O Regimento Interno será aprovado em Reunião Extraordinária da Comissão de Ética de Enfermagem do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

4.2.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE	2022									2023			
	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04

1	Reuniões de Planejamento													
2	Divulgação do Código de Ética													
3	Elaboração de Relatórios													
4	Desenvolvimento de Atribuições													
5	Promoção e Participação de Eventos													
6	Elaboração de Orientações aos pacientes													
7	Informar os cidadãos / usuários													
8	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias													
9	Monitoração de Denúncias e situações interna													

4.3. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

4.3.1. Proposta de Constituição

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH é uma das mais importantes comissões para o ambiente hospitalar e tem por finalidade a prevenção e o controle das infecções hospitalares, destinando-se à execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Também representa o principal difusor de ações para a manutenção de condições adequadas para a correta prática da medicina e outras áreas afins, no intuito de nunca trazer prejuízo ao paciente, buscar a cura quando possível, e sempre levar conforto e atenção.

Nossa proposta para implementação da Comissão de Controle de Infecção **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** vai se basear em algumas ações. A primeira delas é a normativa, na qual são fortalecidas as regras a serem seguidas por todos os profissionais da saúde que exerçam suas atividades no hospital no sentido de minimizar os riscos para a ocorrência de infecção hospitalar.

A segunda ação a ser desenvolvida é a vigilância epidemiológica, através da qual os casos de infecção hospitalar são detectados e analisados. Através da análise dos dados coletados, de forma periódica e sistemática, os profissionais da CCIH podem diagnosticar quais são e onde estão os focos infecciosos intra-hospitalares e qual é a população de maior risco. Conhecendo estas peculiaridades, a CCIH propõe medidas de controle que visam minorar o problema.

As ações educativas constituirão a terceira forma de atuação da CCIH. Todos os profissionais estarão em constante atualização, seja através de literatura especializada, ensino à distância ou por participação em congressos e outros eventos relacionados. Uma vez atualizados, os profissionais deverão estudar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito hospitalar. A difusão destes novos conhecimentos para os outros profissionais do hospital, através de palestras, cursos ou comunicação impressa também contarão com a participação da CCIH. Ainda dentro das ações educativas, estão incluídas as reuniões, palestras e o contato diário com os demais profissionais do hospital, momento em que as orientações sobre normas e condutas serão reforçadas.

Todas as ações de ensino e capacitação serão coordenadas pela Seção de Desenvolvimento de Pessoas – SDP com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares e garantir os registros de treinamentos, bem como a avaliação de eficácia dos mesmos, buscando acompanhar o desenvolvimento dos profissionais nos assuntos específicos ministrados.

Os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem como responsabilidade, ainda, integrarem a Comissão de Obras da unidade, participando dos projetos para ampliação, reforma ou modificação da área física do hospital, avaliando as condições e necessidades diante do planejamento de intervenções físicas na infraestrutura predial, apontando os direcionamentos para garantir a segurança dos profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e fiscalizando a execução das obras por parte do setor de Manutenção Predial.

Ainda serão responsabilidades da CCIH elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precauções e de isolamento, a padronização e controle do uso de antimicrobianos em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, a investigação de surtos de infecção hospitalar, bem como elaborar, implementar e avaliar o Programa de Controle de Infecções Hospitalares, o qual constará dos seguintes itens:

1. Sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares através de busca ativa de casos de infecção no hospital;

2. Determinação de materiais, normas e rotinas para tratamento e prevenção das infecções hospitalares;

3. Realização de capacitações aos funcionários quanto ao controle de infecções;
4. Uso adequado de antibióticos e produtos para limpeza;

5. Realização de estatísticas de infecção hospitalar e divulgação de dados nos setores hospitalares e para a Secretaria Estadual de Saúde;

6. Avaliação periódica dos índices de infecção e tomada de medidas de controle.

Também caberá à CCIH elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar periodicamente, às diretorias da instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação de controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar.

4.3.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** representa o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e são os responsáveis pela execução das ações de controle de infecção no estabelecimento de saúde, devendo atender a lei nº. 9.431 de 06 de janeiro de 1997, Portaria Nº. 2616 do Ministério da Saúde de 12 de maio de 1998 e Instrução Normativa nº. 04 de 24 de fevereiro de 2010. Um deles, preferencialmente, deve ser o enfermeiro. Entretanto, devem possuir carga horária diária específica para a execução dessas atividades. Desta forma a CCIH será composta, no mínimo, os seguintes membros:

- Diretor (a) Geral
- Diretor (a) Administrativo
- Diretor (a) de Enfermagem
- Farmacêutico (a)
- Biomédico (a)
- Infectologista

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CAPÍTULO I

DA CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, doravante denominada sob a sigla de CCIH, do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** é de natureza técnico-científica permanente, nos termos da Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 (Portaria no 2616/GM de 12 de maio de 1998) e instrução normativa n°4, de 24 de fevereiro de 2010.

Art. 2º - A CCIH tem por finalidade o desenvolvimento do Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

§ 1º - Considera-se Programa de Controle de Infecções Hospitalares o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

§ 2º - Entende-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização, e não estiver relacionada ao período de incubação de infecção de origem comunitária.

§ 3º - A CCIH funciona como órgão de assessoria junto à Direção Geral e de execução das ações de controle de infecção hospitalar, estando assegurada sua autonomia funcional junto aos setores estratégicos para o controle das infecções hospitalares.

CAPÍTULO II

DA

ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO II

ESTRUTU

RA

Art. 3º - A estrutura da CCIH compreende:

I. Grupo Executor;

II. Grupo Consultor.

Art. 4º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIH, a Direção, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 5º - Os membros executores são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção definidas pela Comissão.

SEÇÃO II

COMPOSIÇÃO DO GRUPO EXECUTOR DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Art. 6º - O Grupo Executor terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com 4 (quatro) componentes.

Art. 7º - O Grupo executor é órgão executivo da CCIH. Composição do Grupo Executor:

Parágrafo Único - As indicações recaíram em técnicos e profissionais especializados em controle de infecção hospitalar e, representantes de nível superior dos Serviços e Coordenações envolvidas diretamente no referido programa, com experiências anteriores em controle de infecção hospitalar.

Art. 8º - As indicações para integrar a CCIH serão apresentadas à diretoria do INSTITUTO PATRIS.

§ 1º - O Presidente e o Vice-Presidente da CCIH serão indicados e designados pela Diretoria do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

§ 2º - O Presidente e o Vice-Presidente serão membros natos da CCIH.

SEÇÃO III

COMPOSIÇÃO DO GRUPO DE CONSULTORES DA COMISSÃO DE CONTROLE DE

Art. 9º - O Grupo de Consultores será constituído, no mínimo, pelos seguintes componentes:

A. Membros Consultores:

Art. 10 - Os integrantes do Grupo de Consultores serão escolhidos pela Direção, sendo estes profissionais representantes dos Serviços e Coordenações envolvidos no referido programa.

SECÇÃO IV
FUNCIONAMEN
TO

Art. 11 – A CCIH terá como sede uma sala **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, onde o grupo executor reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez por semana e extraordinariamente quando convocada pela Diretoria do Hospital, supervisor ou a requerimento de um de seus membros.

§ 1º - As deliberações tomadas deverão ser encaminhadas em forma de documentos de circular interna, quando estiverem relacionados a criação e ou alterações nas normas e rotinas.

§ 2º - Os treinamentos para as diversas categorias profissionais e em diversos temas serão agendados previamente e comunicados em forma de documentos de circular interna as chefias de Serviços/Coordenações que deverão ser responsáveis pelo encaminhamento de sua equipe ao mesmo.

Art. 12 - A CCIH observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 13 - A sequência das reuniões da CCIH será a seguinte;

I. Verificação da presença do Presidente;

II. Assinatura da Ata da reunião anterior;

III. Leitura dos informes com discussão e votação dos temas: normas e padronizações, organização de campanhas, treinamentos e manuais, discussão de problemas que possam intervir na realização dos trabalhos e despacho do expediente;

IV. . Organização da pauta da próxima reunião;

V. Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VI. . Distribuição de tarefa aos membros;

VII. cação breve e franqueamento da palavra.

§ 1º Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CCIH, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

§ 2º.Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

§ 3º A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de dois dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias.

Art. 14 - Após a leitura do parecer, o Presidente ou o seu Suplente devem submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

Art. 15 - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 16 - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Presidente, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Art. 17 - À CCIH compete:

I. Estabelecer diretrizes para desenvolvimento do programa de controle de infecção hospitalar:

a. Controle de MRSA;

b. Prevenção de transmissão aérea;

c. Treinamento em Serviço dos profissionais **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**;

II. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para controle das infecções hospitalares;

III. Elaborar programa de controle das infecções hospitalares com projetos de pesquisa multidisciplinares na linha de infecções hospitalares em pacientes crônicos;

IV. . Realizar investigação epidemiológica de surtos, sempre que indicado;

V. Elaborar, rever e atualizar normas, que visem a uniformização de medidas para a prevenção, controle e contenção das infecções hospitalares;

VI. . Planejar normas para estudos e pesquisas epidemiológicas;

VII. eleger programa de racionalização do uso de antimicrobianos;

VIII. laborar normas para promover educação do pessoal do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** na área de infecção hospitalar;

IX. Elaborar e divulgar relatórios contendo, no mínimo as seguintes informações, por serviço (unidade de internação) e referente a todo o Hospital:

a. Taxa de infecção hospitalar por patologia;

b. Taxa de infecção hospitalar por paciente;

c. Estrutura percentual das várias localizações topográficas no paciente;

d. Taxas de infecções hospitalares por procedimentos de risco selecionados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

e. Taxa de consumo por antimicrobianos;

X. Elaborar semestralmente, relatório com coeficiente de sensibilidade /resistência dos germes mais frequentemente encontrados associados a infecções hospitalares, e aos antimicrobianos padronizados;

XI. Promover medidas de contenção de surtos infeciosos que venham a ocorrer no Hospital (área de internação, hospital dia e ambulatorial), propondo medidas a serem executadas;

XII. Emitir parecer técnico sobre a aquisição de materiais de consumo, equipamentos cujo uso possa prevenir a infecção hospitalar;

XIII. Supervisionar, na Central de Material e Esterilização (CME), as condições de armazenamento de materiais de consumo previamente esterilizado, a fim de garantir a validade da mesma;

XIV. Promover a formação, treinamento e aprimoramento de recursos humanos na área de infecção hospitalar;

XV. Estabelecer normas referentes à problemática de infecção hospitalar nos setores de manutenção de equipamentos, rouparia, lavanderia, materiais de consumo, esgoto, ar condicionado, cozinha, lixo, transporte, limpeza, desinfecção e esterilização;

XVI. examinar, proceder e monitorar à adequação de projetos de modificação de planta física, no tocante às infecções hospitalares;

XVII. Propor, em conjunto com o Serviço de Vigilância em Saúde, medidas necessárias à prevenção e controle de doenças infecciosas no âmbito do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**;

XVIII. Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas ao controle de infecção hospitalar.

Art. 18 - Ao Diretor do Hospital compete:

I. Constituir formalmente a CCIH.

II. Nomear os componentes da CCIH por meio de portaria.

III. Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH.

IV. . Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH.

V. Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política do Hospital, e demais comissões envolvidas diretamente ou indiretamente no referido programa.

VI. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Regional de Controle de Infecção Hospitalar.

VII. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer.

VIII. Fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 19 - Ao Presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCIH, especificamente:

I. Representar a CCIH em suas relações internas e externas;

II. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;

III. Promover a convocação das reuniões;

IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

V. Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

VI. . Promover a interação do Grupo Consultor com o Grupo Executor.

Parágrafo Único - Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos. Art. 20 - Aos membros da CCIH incumbe:

I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas pelo Presidente;

II. Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. . Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão. Art. 21 - À Secretária da CCIH incumbe:

I. Assistir as reuniões;

II. Encaminhar o expediente da CCIH;

III. Preparar o expediente da CCIH;

IV. . Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;

V. Providenciar a confecção de documentos de circular interna e externa expedidos pela CCIH, e distribuição a Direção e demais serviços, setores e coordenações;

VI. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VII. transcrever o relatório trimestral das atividades da Comissão;

VIII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

IX. . Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;

X. Distribuir aos Membros da CCIH a pauta das reuniões;

XI. . Organizar dados e arquivos.

COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO DE CONSULTORES

Art. 22 - Competências gerais dos Consultores:

I. Participar das reuniões da CCIH;

II. Articular-se com o grupo executor observando as diretrizes traçadas por este, para a ação

de controle das infecções hospitalares no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**;

III. Implementar no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** o programa de controle das infecções hospitalares adotados pela CCIH;

IV. Articular-se com o Grupo Executor, no sentido da atualização de recursos técnicos, materiais e humanos com vistas ao eficiente controle das infecções hospitalares;

V. Estender todas as decisões tomadas nas reuniões as áreas de atuação e outras que tenham atividades subsidiárias ou complementares à vida funcional do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**;

VI. Emitir relatório para a CCIH quando da ocorrência de situações problema dentro da área de sua competência.

Art. 23 - Competências específicas dos Consultores:

Representante da Direção:

I. contribuir para manter a autoridade máxima da Instituição informado, no que diz respeito as ações de prevenção e controle das infecções hospitalares;

II. colaborar com a CCIH na implantação das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares.

Representante do Setor de Biossegurança:

I. promover a formação, treinamento e aprimoramento de pessoal em Biossegurança;

II. propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas de biossegurança visando a prevenção das infecções hospitalares;

III. monitorar a qualidade do ar, através de medição microbiológica, nos diferentes ambientes do hospital, dentro das normas do Ministério da Saúde e quando indicada pela CCIH.

Representante do Serviço de Farmácia:

I. Cooperar com as normas de padronização do uso de antimicrobianos adotadas;

II. Auxiliar no monitoramento do programa de racionalização de uso de antimicrobianos e germicidas, em cooperação com o grupo executor;

III. Elaborar levantamento do consumo de antimicrobianos e informar à CCIH;

IV. Comunicar diariamente à CCIH a falta de antimicrobianos, esterilizantes e germicidas padronizados;

V. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas;

I. Emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados na limpeza e desinfecção de superfícies e artigos hospitalares;

II. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática dos destiladores da farmácia.

III. Representante do serviço de monitoramento de custos:

IV. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas técnico/administrativas visando o monitoramento de custos na prevenção/tratamento das infecções hospitalares.

Representante do Serviço de Vigilância em Saúde:

I. Contribuir na implantação e manutenção do sistema de vigilância epidemiológica, definido pela CCIH;

II. Avaliar e monitorar, periodicamente e sistematicamente, o sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;

III. Contribuir na investigação e controle de surto de infecção hospitalar, emitindo parecer;

IV. Contribuir na análise dos dados e indicadores produzidos pelo sistema de vigilância epidemiológica desenvolvida pela CCIH, emitindo pareceres.

V. Representante do Serviço de Metodologia Epidemiológica:

VI. Auxiliar na escolha e orientação quanto à formulação dos desenhos de estudos epidemiológicos realizados pela comissão executora em seus estudos;

VII. Organizar arquivos de dados sobre a utilização de antimicrobianos no hospital que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;

VIII. Organizar arquivos de dados sobre os microrganismos e seu perfil de suscetibilidade antimicrobiana que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;

IX. Contribuir na análise dos dados e indicadores produzidos pelo sistema de vigilância epidemiológica desenvolvida pela CCIH, emitindo pareceres.

X. Representante da Central de Material e Esterilização:

XI. . Estabelecer as normas e rotinas da Central de Material e Esterilização;

XII. Estabelecer as rotinas do processo de validação da esterilização, mantendo os registros continuamente atualizados;

XIII. Apresentar mensalmente à CCIH dados relativos ao acompanhamento da monitorização da esterilização;

XIV. Comunicar à CCIH as falhas nos equipamentos de esterilização, verificadas pela manutenção preventiva ou corretiva;

XV. Responsabilizar-se pela manutenção da qualidade e controle do processo de esterilização;

XVI. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas na Central;

XVII. responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática do destilador da Central de Material.

Representante do Serviço de Microbiologia:

I. Elaborar e divulgar normas técnicas atualizadas para coleta de material para exames microbiológicos;

II. Validar todas as técnicas utilizadas para o isolamento, identificação e testes de suscetibilidade dos microrganismos;

III. Responsabilizar-se pelo funcionamento adequado do sistema automatizado de isolamento, identificação e teste de suscetibilidade dos microrganismos, validando-o;

IV. Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para isolamento e identificação dos microrganismos;

V. Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para a identificação e estudo da sensibilidade dos antimicrobianos;

VI. Organizar arquivos de dados microbiológicos que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;

VII. Produzir e emitir diariamente para a CCIH o relatório de todos os microrganismos identificados.

VIII. Comunicar à CCIH e a supervisora de enfermagem, diariamente, o crescimento de bactérias multirresistentes em material clínico;

IX. . Auxiliar na identificação de possíveis surtos;

X. Representante do Serviço de Manutenção e Atividades Gerais;

XI. Contribuir para a qualidade e monitoramento do processo de limpeza hospitalar, bem como do controle de vetores;

XII. para monitorar e adequar o descarte e fluxo de material contaminado dentro do hospital;

XIII. monitorar a qualidade da roupa hospitalar;

XIV. Contribuir para a adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar;

XV. Monitorar os procedimentos de limpeza de forma a minimizar a dispersão de poeiras durantes as atividades de engenharia;

XVI. Monitorar os procedimentos de limpeza de forma a manter a qualidade do ar nos

diferentes ambientes do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, dentro das normas do Ministério da Saúde;

XVII. responsabilizar-se pela limpeza sistemática dos reservatórios e distribuidores de água;

XVIII. Contribuir na coleta mensal de água dos prédios, e semestralmente dos reservatórios para estudo microbiológico;

XIX. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e troca de filtros dos aparelhos condicionadores de ar, conforme recomendações do Ministério da Saúde;

XX. . Responsabilizar-se pelo adequado funcionamento das autoclaves e de destiladores através da manutenção preventiva ou corretiva.

Representante do serviço de Engenharia

I. Notificar formalmente e antecipadamente à CCIH sobre qualquer procedimento de construção ou manutenção que se prevê a produção de pó ou poeira;

II. Responsabilizar-se por produzir mecanismos que impeçam a dispersão de poeira durante os procedimentos de engenharia;

III. Contribuir pela manutenção da qualidade do ar nos diferentes ambientes do hospital, dentro das normas do Ministério da Saúde;

IV. Solicitar formalmente e antecipadamente à CCIH parecer técnico sobre qualquer procedimento de construção garantindo adequação das medidas de controle de infecção hospitalar;

V. Contribuir na modernização hospitalar de forma a garantir adequação nas medidas de controle de infecção hospitalar;

VI. . Representantes das Coordenações de Internação, Ambulatório, Hospital-dia e Laboratório;

VII. Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar;

VIII. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para a respectiva Diretoria;

IX. . Representante do Serviço de Enfermagem;

X. Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar;

XI. Emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados na limpeza e desinfecção de superfícies e artigos hospitalares;

XII. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas nas unidades clínicas e central de material;

XIII. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática dos destiladores do setor;

XIV. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para o **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**;

XV. Monitorar sempre que necessário a qualidade da água do sistema de tratamento da hemodiálise quanto a presença de microrganismos e endotoxina; bem como o funcionamento das máquinas de diálise.

Representante do Serviço de Orçamentação e Administração de Material:

I. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para o **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**;

II. Contribuir na modernização hospitalar de forma a garantir adequação nas medidas de controle de infecção hospitalar.

CAPÍTULO V

DAS INSTRUÇÕES GERAIS, MANDATO, REUNIÃO

Art. 24 - Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a seis reuniões consecutivas ou intercaladas no período de um ano.

Art. 25 - As funções dos membros da CCIH poderão ser remuneradas, por verbas de projetos de pesquisa ou outras fontes, por se tratar de um serviço relevante para o **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, à critério da entidade gestora.

Art. 26 - A CCIH convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Art. 27 - A Direção do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da CCIH.

Art. 28 - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente da CCIH e em grau de recurso pela Direção do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

Art. 29 - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CCIH, submetido e aprovado pela Direção Geral do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

4.3.4. Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
EIXO	ATIVIDADE	2022									2023		
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
Organização	Reestruturar as competências da CCIH													
	Operacionalizar a CCIH													
	Desenvolver o Programa de Controle de Infecção Hospitalar													
	Propor ações para a informatização dos Laboratórios													
	Realizar auditorias em de cada serviço /unidade													

Estratégias de Desenvolvimento	Manter a elaboração, a divulgação e a revisão das orientações nacionais	
	Divulgar um guia prático para o programa de Controle de Infecção Hospitalar	
	Desenvolver cursos de formação / orientações para o corpo de funcionários	
	Promover investigação sobre infecções hospitalar	
Individual e Organizacional	Dinamizar a formação contínua de profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controle da Infecção hospitalar	
	Implementar a campanha para a higiene das mãos, estimulando o consumo de soluções de base alcoólica	
	Incrementar políticas de racionalização de antimicrobianos (antibióticos, anti-sépticos e desinfectantes)	
	Normalizar a realização sistemática de auditorias internas a estruturas e procedimentos	
Registro e Monitorização	Reforçar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar	
	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância epidemiológica	
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuários	
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias	
	Informar os profissionais da melhor evidência disponível sobre infecções hospitalares	
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional de controlo da infecção do Hospital	

No que diz respeito ao Cronograma de Atividade Anual, bem como a análise do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, a estrutura para a composição do cronograma está baseada nas instalações, equipamento, recursos humanos e financeiros e filosofia

organizacional, procedimentos, atividades e a especificidade do mencionado estabelecimento hospitalar aprovado pela Direção do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

Assim, delinearam-se algumas orientações para a implementação e execução do Cronograma, por parte dos diferentes atores intervenientes, pois só com base numa estrutura sólida se podem desenvolver os processos c aos resultados desejados da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar os quais poderão ser alterados segundo a realidade a ser identificada após a implantação do novo modelo de gestão.

4.4. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

4.4.1. Proposta de Constituição

Tem-se como a principal finalidade da CIPA está voltada para a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Cabe a CIPA, representar os interesses e necessidades do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** e seus funcionários na diminuição, neutralização e/ou eliminação dos riscos com potencial de geração de acidentes ou doenças durante o processo de trabalho, bem como atender à Legislação vigente.

Quanto às finalidades da CIPA, podemos citar:

1. Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**;

2. Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

3. 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;

4. 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;

5. Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

6. Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

7. Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

8. Requerer ao SESMT, ou a direção do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

9. Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

10. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

11. 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;

12. Requisitar ao **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

13. Requisitar ao **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** as cópias das CAT emitidas;

14. Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

15. Participar, anualmente, em conjunto com o **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** das Campanhas de Prevenção.

16. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

17. Promover Campanhas Humanitárias (doação de sangue, alimentos para entidades carentes

etc.).

4.4.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A constituição da CIPA no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, deverá atender as normas regulamentadoras e manter o regular funcionamento.

As disposições contidas na NR 05 aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

O **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, estabelecerá, através dosmembros da CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo, podendo contar com a participação da administração do mesmo.

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 05, sendo:

I. Presidente;
II. Vice-Presidente;
III. Secretário;
IV. Membros titulares;
V. Membros suplentes.

Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados.

Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR,05 ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

Regimento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes CIPA/ **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** – tendo como Base legal – LEI FEDERAL nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, PORTARIA nº 3214 – Norma Regulamentadora 5 - NR-5.

CAPÍTULO I

DO OBJETIVO

Art. 1º - A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador e poderá atuará em conjunto com o SESMT.

CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 2º - São atribuições:

I. identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar mapas de riscos com a participação do maior número de servidores e assessoria do SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho);

II. elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

III. participar do controle da qualidade das medidas da 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 profissionais do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**;

V. realizar verificações nos Laboratórios de pesquisa, com vistas às exigências contidas na NR 32;

VI. realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

VII. ar, aos demais servidores, informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VIII. participar, com o SESMT, das discussões promovidas pela Administração, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionadas à segurança e saúde dos profissionais;

IX. participar, com o SESMT, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas encontrados;

X. propor, realizar ou auxiliar a realização de cursos, treinamentos e medidas de prevenção de acidentes e de proteção à saúde, em conjunto com o SESMT;

XI. verificar as causas da ocorrência dos acidentes e doenças, encaminhando os resultados das discussões ao SESMT, propondo medidas que previnam casos semelhantes e orientando aos demais servidores quanto à sua prevenção;

XII. garantir a emissão e requisitar à Administração do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** as cópias das CATs emitidas;

XIII. colaborar no desenvolvimento e implantação do PCMSO (Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional) e PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

XIV. promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana de Prevenção de Acidentes de Trabalho – SIPAT;

XV. promover, anualmente, em conjunto com a direção do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, Campanhas de Prevenção da AIDS, IST, Tabagismo, Alcoolismo e outras doenças correlatas;

XVI. acompanhar as fiscalizações realizadas nos locais de trabalho efetuadas por instituições de saúde e segurança do trabalho, tendo acesso aos resultados e laudos periciais.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º - As CIPA do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terão a seguinte composição:

I. Presidente;
II. Vice-Presidente;
III. Secretário;
IV. Membros titulares;
V. Membros suplentes.

Art.4º - O mandato dos membros eleitos, titulares e suplentes, terá duração de um ano, sendo permitida uma reeleição.

Art. 5º – É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 6º – A Diretoria do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** designará entre seus representantes o Presidente da CIPA. Os representantes eleitos escolherão entre os titulares o Vice-Presidente.

Art. 7º – Será indicado, de comum acordo entre os membros da CIPA um secretário e seu substituto.

CAPÍTULO IV

DAS ELEIÇÕES

Art. 8º – A convocação das eleições será feita por edital a ser amplamente divulgado, o qual estabelecerá:

I. Prazo de 15 (quinze) dias para inscrição dos candidatos;
II. Fixação da data das eleições nos 15 (quinze) dias subsequentes;
III. Apuração dos votos imediatamente após o término da votação.

§ 1º - A convocação para abertura do processo eleitoral para novo mandato da CIPA será realizado pela Administração, do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr.**

Geraldo Landó, com prazo 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

§ 2º - Os membros das comissões eleitorais serão designados pela Administrações **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, para procederem aos trabalhos de inscrições de candidatos, realização das eleições, apuração dos votos e elaboração dos respectivos atos que constarão dos editais.

§ 3º - Poderão se candidatar os profissionais, servidores e funcionários pertencentes ao quadro de pessoal do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

§ 4º - Fica vedada a participação de candidatos à CIPA nas comissões eleitorais.

Art. 09 – Os membros da CIPA, eleitos e os designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 10 – Empossados os membros da CIPA, a Administração do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, deverá protocolar, em até dez dias, nas unidades descentralizadas do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Art. 11 – Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

§1º - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

§ 2º - 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.

Art. 12 – Os candidatos serão eleitos através de escrutínio secreto.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13 – Compete aos profissionais, servidores e funcionários:

I. Participar da eleição de seus representantes;

II. Colaborar com a gestão da CIPA;
III. Indicar à CIPA, ao SESMT e à administração situações de riscos e apresentar sugestões para a melhoria das condições de trabalho;
IV. Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 14 – Compete ao Presidente da CIPA:

I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
II. Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Administração e ao SESMT, as decisões da comissão;
III. Manter a Administração do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, informada sobre os trabalhos da CIPA;
IV. Coordenar e supervisionar as atividades da secretaria;
V. Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 15 – Compete ao Vice-Presidente:

I. Executar as atribuições que lhe forem delegadas;
II. Substituir o presidente nos seus impedimentos eventuais, ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 16 – Compete ao Presidente e ao Vice-Presidente, em conjunto, as seguintes atribuições:

I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos;
II. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
III. Delegar atribuições aos membros da CIPA;
IV. Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;
V. Divulgar as decisões da CIPA a todos os servidores da sua área de abrangência;
VI. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA.

Art. 17 – O Secretário da CIPA terá as seguintes atribuições:

I. Acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
II. Preparar as correspondências;
III. Outras que lhe forem conferidas.

Art.18 – Compete a todos os membros, titulares e suplentes, da CIPA:

I. Participar do planejamento do trabalho e da organização do calendário anual da CIPA;

II. Participar das reuniões da CIPA, contribuindo para a discussão dos assuntos em pauta, com a elaboração das propostas e seu encaminhamento.

III. Averiguar os acidentes de trabalho e os casos de doenças profissionais, propondo medidas para a correção;

IV. Garantir que todas as atribuições previstas neste Regimento sejam cumpridas durante sua gestão.

Art. 19 – Compete aos membros suplentes substituir os titulares nas ausências dos mesmos, com direito a voto.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 20 – A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido, durante o expediente normal do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, em local apropriado.

Art. 21 – Será previsto um período mensal de no mínimo 6 (seis) horas e no máximo de 12 (doze) horas, dentro da jornada normal de trabalho, para um dos membros da CIPA percorrer os locais de trabalho para levantamento de riscos e condições de trabalho nocivas à saúde.

Art. 22– As reuniões terão as atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 23– As atas ficarão na respectiva Diretoria do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

Art. 24 – As 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 de trabalho grave ou fatal;

III. Houver solicitação expressa de uma das representações.

§ 1º - Dada a relevância dos assuntos relativos à saúde e segurança dos trabalhadores, deverá ser garantida a realização das reuniões, sem prejuízo dos vencimentos dos servidores.

§ 2º - Durante a ocorrência de epidemias, as reuniões poderão ser realizadas em horário alternativo, a ser designado de forma a não prejudicar os trabalhos.

Art. 25– As decisões serão tomadas preferencialmente por consenso.

Art. 26– Não havendo consenso, e frustrando-se as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 27– O membro titular perderá o mandato, sendo substituído pelo suplente, quando faltar a mais de 4 (quatro) reuniões ordinárias consecutivas ou não, sem justificativa.

Art. 28 – A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo a Administração Local comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e

Emprego as alterações e justificar os motivos.

§1º - No caso de afastamento definitivo do Presidente, a Diretoria do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

§ 2º - No caso de afastamento definitivo do Vice-Presidente, os membros titulares da representação dos servidores escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

CAPÍTULO VII

DO TREINAMENTO

Art. 29 – A Administração **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, deverá promover o Treinamento de Capacitação para os membros da CIPA, titulares e suplentes, em até 30 dias após a posse.

Parágrafo Único – O Programa do Treinamento será estabelecido pelo SESMT e pela Administração do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, ouvindo os membros da CIPA.

Art. 30 – O Treinamento de Capacitação deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

I. Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como os riscos originários das atividades desenvolvidas;
II. Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças de trabalho;
III. Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes em ambiente hospitalar;
IV. Noções e medidas de prevenção para IST/AIDS, tabagismo, alcoolismo e outras doenças correlatas;
V. Noções sobre legislação trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
VI. Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
VII. Organização e funcionamento da CIPA.

Art. 31 – O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

Art. 32 – O treinamento será ministrado pelo SESMT.

CAPÍTULO VIII

DO REGISTRO

Art. 33 – A CIPA será registrada na Superintendência Regional do Trabalho – Ministério do Trabalho.

Art. 34 – A **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, reconhecerá o, através de Portaria, as CIPA eleitas e empossadas.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 35– As disposições da NR 05 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Art.36 – Data-se e publique-se as informações contidas no respectivo regimento.

4.4.3. Cronograma de Atividades Anual

CRONOGRAMA

	ATIVIDADE	2022									2023			
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Edital de Convocação para as Eleições													
2	Formação da Comissão Eleitoral													
3	Início das inscrições dos candidatos													
4	Eleição													
5	Curso para Cipeiros													
6	Realização da Posse													
7	Elaborar mapa de riscos													
	Elaborar cronograma de atividades e ações emergenciais com o intuito de eliminar ou minimizar os riscos existentes													
	Aplicar ações de prevenção													
	Definição de temas, palestras e outras atividades da programação da SIPAT													
	SIPAT													
	Relatório e emissão de certificados													
	Acompanhar juntamente com o SESMT, todos os programas relacionados à saúde do trabalhador													

A CIPA, juntamente com o SESMT irá implantar e acompanhar os seguintes Programas relacionados à Saúde do Trabalhador:

1 - PROGRAMA ANUAL DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

A CIPA terá como objetivo principal a prevenção de acidentes e de doenças provenientes do trabalho de modo a buscar conciliar o trabalho com a preservação da saúde do colaborador e

para atingir esse objetivo, será aplicado no Hospital o **Programa Anual de Prevenção de Acidentes** que irá contemplar as seguintes atividades:

- Divulgar aos colaboradores da Hospital informações pertinentes a segurança e saúde do trabalho.
- Participar ativamente na implementação e controle de medidas que visão a prevenção assim como avaliar as prioridades de ações a serem tomadas nos locais de trabalho.
- Colaborar no desenvolvimento do PCMSO- Programa de Controle Medico da Saúde Ocupacional, PPRA- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais entre outros programas relacionados à segurança do trabalho.
- Divulgar e promover o cumprimento das normas regulamentadoras, bem como, clausulas de acordos e convenções de trabalho relativas à segurança do Trabalho.
- Promover as Semana Interna de Prevenção de Acidentes (SIPAT) junto com o com o SESMT buscando abranger o maior número de colaboradores.
- Realizar, periodicamente, vistorias nos ambientes e condições de trabalho, com objetivo de identificar situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos colaboradores.
- Realizar periodicamente uma avaliação do cumprimento das metas firmadas neste plano.

a) **Detalhamento do Plano de Ação Anual**:

Mensalmente será formada comissões de trabalho dentro da CIPA, os membros de cada comissão serão designados pelo presidente. Esta metodologia de trabalho em comissões facilitara que os cipeiros possam firmar integrações com SESMT, RH, assim como participação de todos os colaboradores do Hospital.

b) Metodologia: divisão dos cipeiros mensalmente em cinco comissões de trabalho:

1. **Acidentes** – Analisar e discutir os acidentes/doenças do trabalho ocorridos e sugerir medidas corretivas e preventivas.
2. **Assistência aos acidentados** – Prestar os primeiros socorros e acompanhar o acidentado até o retorno ao trabalho.
3. **Fiscalização às Normas de Segurança e Higiene** – Realizar inspeções/auditorias de segurança nos setores.

4. **Mapeamento de riscos ambientais** – Elaborar o Mapa de Riscos ambientais e suas atualizações.
5. **Eventos e promoções** – Despertar o interesse dos empregados por meio de eventos educativos.

c) <u>Inspeções Periódicas</u>:

As inspeções serão feitas pelos cipeiros nas áreas determinadas durante reuniões, que após vistoria, deverá ser necessário preenchimento de relatório de inspeção.

As inspeções deveram ocorre antes da próxima reunião ordinária da CIPA e o relatório deverá receber o aval do encarregado do departamento ou setor vistoriado para conhecimento e aprovação.

Os relatórios uma vez apresentados na CIPA com devida solução ou proposta de solução a irregularidade, deverão ser encaminhados ao SESMT, para arquivamento.

- DA FISCALIZAÇÃO ÀS NORMAS DE SEGURANÇA E HIGIENE – NR-5.16 "b"

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO ÀS NORMAS DE SEGURANÇA E HIGIENE		
Frequência	Plano de Trabalho	Responsáveis
Setembro	Elaborar cronograma de visitas a todos os setores do Hospital	Cipeiros e SESMT
Mensal	Realizar periodicamente de visitas nos ambientes de trabalho visando à identificação e situações que venham a trazer riscos para segurança e saúde dos trabalhadores.	Cipeiros
Mensal	Divulgar aos trabalhadores no quadro de avisos existentes no ambiente de trabalho.	Cipeiros
Mensal	Apresentar nas reuniões da CIPA relatórios ou check-list dos riscos de acidentes encontrados nas inspeções e entregar cópia ao encarregado do setor.	Cipeiros

Mensal	Confeccionar cartaz com fotos dos riscos de acidentes do setor para colocar no Quadro de avisos.	Cipeiros e Secretário da CIPA
Mensal	Realizar acompanhamento das ações do Planejamento anual ou Documento-Base do PPRA.	Cipeiros

- DO MAPEAMENTO DE RISCO - NR-5.16 “b”:

Avaliações das Metas do Plano:

- Realizar a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas no plano de trabalho e discutir as irregularidades que foram identificadas durante as inspeções periódicas.

- Mapa de Risco: Os riscos existentes nos locais de trabalho deverão ser mapeados e descritos em um quadro informativo em cada setor do Hospital: Risco Químico, Risco Mecânico, Risco Biológico, Risco Ergonômico e Risco Físico.

- DA ANÁLISE DE ACIDENTES - NR-5.16 “b”:

As causas das doenças e acidentes de trabalho deveram ser investigadas e propostos medidas para a solução dos problemas identificados. Esta análise deverá ser feita em conjunto com o SESMT após ter sido feito a CAT- Comunicado de Acidente de Trabalho.

A análise deverá ser promovida pelo cipeiro, com participação mínima dos seguintes indivíduos: Acidentado, Gestor ou coordenador responsável, Cipeiro, Técnico de segurança.

O relatório de acidente deverá ser preenchido pelo cipeiro e encaminhado a todos os participantes da análise para assinatura e posteriormente encaminhada para o SESMT para acompanhamento e arquivamento. A análise do acidente deverá ser comunicada na reunião da CIPA seguinte.

COMISSÃO DE ACIDENTES DA CIPA		
Frequência	Plano de Trabalho	Responsáveis

CRONOGRAMA DO MAPEAMENTO DE RISCOS		
Frequência	Plano de Trabalho	Responsáveis
Setembro/2022	Elaborar cronograma de visitas aos setores do Hospital para identificar os riscos do processo de trabalho.	Cipeiros
Outubro/2022	Participar em conjunto com o Seesmt, de treinamentos sobre os riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes.	Cipeiros e SESMT
Novembro/2022	Elaborar questionário semi-aberto de pesquisa juntos aos trabalhadores dos riscos	Cipeiros ou designados
Mensal	Reunir-se pelo menos uma vez por mês para discutir todas as informações dos questionários para elaboração dos Mapas de Riscos.	Cipeiros
Mensal	Apresentar na Reunião da CIPA relatório dos trabalhos de elaboração dos mapas e dos riscos encontrados no setores	Cipeiros
Dezembro/2022	Elaborar o mapa de riscos de cada setor, após discutido e aprovado pelos trabalhadores do setor, apresentar nas reuniões da CIPA.	Cipeiros
Após concluir o Mapa de Riscos	Apresentar à Diretoria relatórios dos riscos ambientais e o Mapa de Riscos.	Cipeiros
Após concluir o Mapa de Riscos	Colocar exposto em lugar visível em cada setor do Hospital o Mapa de riscos.	Secretário da CIPA
Mensal – após concluir o Mapa de Riscos	Fazer cronograma de inspeção para acompanhamento de algumas alterações sempre que um fato/risco novo, e modificar o tamanho do círculo do risco.	Cipeiros ou designados

Quando houver acidente ou doença	Participar, em conjunto com o SESMT, da análise das causas das doenças e acidentes do trabalho.	Cipeiros e SESMT
Quando houver acidente	Requisitar cópias das CAT's emitidas.	Cipeiros e Setor de Pessoal (RH)
Mensal	Analisar e discutir os acidentes ocorridos nas reuniões da CIPA	Cipeiros
Quando houver acidente	Solicitar ao presidente ou vice-presidente da CIPA quando houver acidente de gravidade a convocação de reunião extraordinária.	Cipeiros
Mensal	Apresentar na Reunião da CIPA Relatório das investigações e análise dos acidentes ou doenças.	Cipeiros
Mensal	Apresentar nas reuniões da CIPA gráficos estatísticos dos acidentes e doenças ocorridos no Hospital.	Cipeiros
Mensal	Implantar no Hospital quadro informando a quantidade de dias sem acidentes	Cipeiros
Quando houver acidentes ou doenças	Divulgar no quadro de aviso da Cipa, os acidentes ocorridos e as medidas corretivas propostas e os primeiros socorros prestados.	Secretário da CIPA

- DA ASSISTÊNCIA AOS ACIDENTADOS - NR-5.16 "b"

COMISSÃO DE ASSISTÊNCIA AOS ACIDENTADOS		
Frequência	Plano de Trabalho	Responsáveis
Setembro/2022	Treinamento- -Curso de Primeiros Socorros.	Cipeiros
Quando houver acidentes	Apto a prestar os primeiros socorros	Cipeiros
Quando houver acidentes	Acompanhar o acidentado até o hospital	Cipeiros ou designado, RH

Quando houver acidentes	Comunicar à Comissão de Acidentes da CIPA para realizar investigação e análise do acidente	Cipeiros
Quando houver acidentes	Realizar visitas ao acidentado no hospital/residência até o seu retorno ao trabalho.	Cipeiros ou designado, RH
Mensal	Apresentar na reunião da Cipa relatório das visitas aos acidentados ou portadores de DORT.	Cipeiros
Quando o acidentado retornar ao trabalho	Comunicar a acidentado que passou 30 dias afastado que deve fazer s/ ASO – Retorno ao trabalho.	Cipeiros ou designado, RH

- SIPAT

A Semana Interna de Prevenção de Acidente do Trabalho, abordará temas importantes relacionados com a saúde e segurança, e de interesse geral. Sendo previstas atividades recreativas durante o evento.

Campanhas educativas: Serão realizadas campanhas junto aos colaboradores e terceiros com o objetivo de alertar e informar sobre temas importantes relacionados com a saúde e segurança, e de interesse geral (drogas, tabagismo, AIDS, ergonomia, Alcoolismo, Obesidade etc.).

- EVENTOS E PROMOÇÕES

COMISSÃO DE EVENTOS E PROMOÇÕES DA CIPA		
Frequência	Plano de Trabalho	Responsável
Maio	Elaborar cronograma de eventos e promoções durante a sua gestão	Cipeiros
Dezembro	SIPAT	Cipeiros

2 - PMOC - PROGRAMA DE MANUTENÇÃO, OPERAÇÃO E CONTROLE DE AR CONDICIONADOS

O Programa de Manutenção, Operação e Controle de Ar Condicionados será realizado segundo a Portaria do Ministério da Saúde (nº 3.523 de 28 de agosto de 1998) que estabelece verificação visual do estado de limpeza; remoção de sujidades com produtos biodegradáveis registrados pelo mesmo Ministério; manutenção preventiva que integra a troca periódica de filtros, bem como eficiência de todos os componentes dos sistemas de climatização; padrões de qualidade do ar em ambientes climatizados; identificação dos poluentes de natureza física, química e biológica, suas tolerâncias e métodos de controle; bem como pré-requisitos de projetos de instalação e de execução de sistemas de climatização.

Esta obrigação se complementa pela ABNT NBR 13.971/2014, Sistema de Refrigeração, Condicionamento de Ar, Ventilação e Aquecimento – Manutenção Programada e ABNT NBR 16.401-1/2008, Instalações de Ar Condicionado – Sistemas Centrais e Unitários – Parte 1, Projetos das Instalações.

A verificação do estado de manutenção deve ser feita por um técnico devidamente capacitado que irá determinar a periodicidade da inspeção e limpeza. Além disso, deverá estar coerente com a legislação de Segurança e Medicina do Trabalho. Tal como, aos procedimentos de manutenção, operação e controle dos sistemas de climatização e limpeza dos ambientes climatizados, não devendo trazer riscos à saúde dos trabalhadores que os executam e nem aos ocupantes dos ambientes climatizados.

3 - PCMSO – PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional do Hospital deverá obedecer ao disposto nas NRs – Normas Regulamentadoras nº 7 e nº 9, do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, aprovada pela Portaria n° 3.214 de junho de 1978, que determina que as empresas públicas ou privadas elaborem anualmente o PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

O programa irá considerar as questões individuais e as coletivas no ambiente de trabalho. Terá caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos possíveis danos à saúde

relacionados ao trabalho, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou problemas irreversíveis para a saúde dos trabalhadores.

Serão competências da Instituição:

a) Garantir a elaboração e efetiva implentação do PCMSO, bem como zelar pela sua eficácia.
b) Custear sem ônus para o funcionário todos os procedimentos relacionados ao PCMSO.
c) O médico coordenador do SESMT será responsável pela execução do PCMSO.

O PCMSO deve incluir, entre outros, a realização obrigatória dos exames médicos:

a) Admissional;
b) Periódico;
c) De retorno ao trabalho;
d) De mudança de função;
e) Demissional.

O PCMSO deverá obedecer a um planejamento em que estejam previstas as ações de saúde a serem executadas durante o ano, devendo estas ser objeto de relatório anual.

O relatório anual deverá discriminar, por setores do hospital, o número e a natureza dos exames médicos, incluindo avaliações clínicas e exames complementares, estatísticas de resultados considerados anormais, assim como o planejamento para o próximo ano, tomando como base a NR-7.

4 - LTCAT – LAUDO TÉCNICO DE CONDIÇÕES AMBIENTAIS DE TRABALHO

O Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho será realizado de acordo com o disposto na Instrução Normativa INSS/PRES n° 20 de 11 de outubro de 2007 que obriga as empresas a elaborarem o LTCAT, atendendo também à Portaria n° 3.311, de 29 de novembro de 1989. Os LTCATs devem avaliar qualitativa e quantitativa os riscos dos ambientais descriminados, estabelecendo o enquadramento das atividades em: salubres, insalubres, perigosas e geradores de aposentadoria especial, inclusive verificando os equipamentos de proteção individuais e coletivos, EPI e EPC, necessários e existentes.

O objetivo da avaliação será pautado na expressão da extensão dos trabalhos executados, necessariamente, em laudos distintos, abrangendo a caracterização das ocorrências de trabalhos em condições insalubres ou periculosas, em conformidade com as NRs 15 e 16 da Portaria MTE nº 3.214/78 e do Decreto nº 93.214, de 14 de outubro de 1986, abrangendo análise dos riscos fiscos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes, bem como as legislações vigentes quando da celebração da prestação dos serviços. Deve prevê o controle/aferição da insalubridade e periculosidade por meio de levantamento dos riscos ambientais no local de trabalho;

As ações do LTCAT irão contemplar os seguintes serviços:

Descrição por extenso do título do documento e identificação da entidade emitente, cujos dados devem ser emitidos separadamente do PPRA e do PCMSO, em formulário próprio;

Identificação do estabelecimento indicando CNPJ, endereço, nome fantasia, atividade, grau de risco, número de empregados (quantificação de homens e mulheres) e horário de trabalho;

Objetivo da avaliação expressando a extensão dos trabalhos executados, necessariamente abrangendo a caracterização das ocorrências de trabalhos em condições insalubres ou periculosas, em conformidade com as legislações vigentes quando da celebração da prestação dos serviços;

Descrição fotográfica e análise detalhada das dependências e instalações periciadas de cada atividade exercida, do ambiente de trabalho, abrangendo a função e o quantitativo dos empregados periciados, e das máquinas e equipamentos utilizados;

Análise qualitativa e quantitativa dos agentes de riscos (químicos, fiscos, biológicos, ergonômicos e de acidentes), necessariamente descrevendo a metodologia de ação e critérios técnicos adotados, identificados nos ambientes de trabalho, bem como o tempo de exposição ao risco identificado, quando necessário;

Identificação dos respectivos riscos ocupacionais e seus agentes nocivos;

Medições dos agentes nocivos identificados, com equipamentos adequados e devidamente calibrados, bem como análises laboratoriais;

Análise qualitativa e quantitativa dos agentes acima citados, contendo a descrição da metodologia de ação, critérios técnicos e a instrumentação utilizada, necessariamente

abrangendo para os estabelecimentos de armazenamento, a medição de ruídos, calor, concentração de poeiras e dos agentes químicos originados de produtos inseticidas empregados nos tratamentos fitossanitários, quando necessário;

Todos os instrumentos utilizados deverão ser descritos com o mínimo (marca, modelo, número de série, calibração);

Registro fotográfico de toda avaliação (foco no ambiente, profissional e colaborador);

Medida de proteção individual e coletiva existentes, contendo identificação dos Equipamentos de Proteção Individual – EPIs utilizados mediante consignação do número do Certificado de Aprovação – CA e da avaliação do nível de eficácia de proteção, indicando, inclusive, se o EPI e o EPC são eficazes na proteção aos agentes de risco detectados, concluindo com "sim" ou "não";

Fundamentação científica e abordagem sobre a legislação pertinente acerca dos riscos identificados na apresentação explícita das conclusões sobre os efeitos dos agentes classificados como insalubres ou periculosos e os valores dos correspondentes adicionais, descrevendo os efeitos da exposição aos agentes de risco e a fundamentação legal;

Proposição de Medidas de Controle para o ambiente avaliado, estipulando prazos para adoção do controle dos riscos, bem como acompanhamento sistemático da eficácia das medidas;

Qualificação da Insalubridade e/ou Periculosidade (se houver), respectivo percentual de pagamento e enquadramento com relação à aposentadoria especial (INSS ou Fundo Próprio);

Nome e identificação profissional do responsável pela elaboração do Laudo, informando NIT, PIS/PASEP, o número de registro no respectivo conselho e a Anotação de Responsabilidade Técnica – ART do serviço prestado.

5 - PPRA - PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS

O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais do Hospital irá identificar os riscos ambientais e propor medidas de controle que neutralizem ou minimizem os agentes agressivos à saúde dos empregados. Visará à preservação da saúde e a integridade física dos trabalhadores, através de uma avaliação sistemática dos riscos ambientais, baseado na lei nº 6.514, de 22 de dezembro

de 1977, que alterou o Capítulo V do título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho e Portaria nº 3.214 de 8 de junho de 1978 em que aprovou as Normas Regulamentadoras NR – do Capítulo V, do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Ainda a Portaria nº 25 de 29 de dezembro de 1994, da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho – SSST, a qual dá nova redação à Norma Regulamentadora NR – 9, instituída pela Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978, Capítulo V - Título II da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

O PPRA do Hospital terá como finalidade avaliar, classificar os agentes ambientais, além de indicar as alternativas possíveis para o tratamento dos mesmos. Possibilitando ainda o conhecimento da dimensão dos riscos envolvidos nas atividades laborais, para que a instituição possa prever e programar as ações para controlar, minimizar e/ou eliminar os riscos existentes no ambiente de trabalho. Deverão ser apresentados certificado de calibração dos equipamentos utilizados no desenvolvimento dos serviços.

O PPRA deverá se estender a todas as áreas de trabalho ocupadas pelo hospital, estando articulado com o PCMSO, quando disponível na instalação.

As partes do PPRA relativas à fase de reconhecimento e avaliação ambiental deverão ser obrigatoriamente realizadas e assinadas por engenheiro de segurança do trabalho ou técnico de segurança do trabalho.

Os trabalhadores serão informados sobre os riscos ambientais e meios disponíveis de proteção.

O PPRA será revisado sempre que necessário e pelo menos uma vez ao ano com o objetivo de avaliar o seu desenvolvimento e realizar os ajustes necessários.

6 – PSCIP - PROJETO DE SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIO E PÂNICO

O PSCIP é um documento que será desenvolvido pelo Hospital e reunirá um conjunto de medidas de segurança contra incêndio e pânico para toda edificação de uso coletivo e que, por sua vez, deverão ser apresentadas ao Corpo de Bombeiros local, procurando identificar todos os riscos da edificação. Terá como objetivo o de garantir a segurança mínima contra incêndio e pânico nas edificações.

Caberá ao Corpo de Bombeiros local a responsabilidade de fazer a verificação das medidas de

segurança instaladas em conformidade com o Processo aprovado.

4.5. Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME)

4.5.1. Proposta de Constituição

A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será de natureza técnico-científica permanente e terá por finalidade ordenar a formulação de diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários médicos dos pacientes atendidos no Hospital, orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos médicos registrados e nos prontuários, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em saúde.

A Comissão irá supervisionar a guarda de documentos efetuada pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, solicitar esclarecimentos de profissionais envolvidos, sempre que julgar necessário, e proporcionar subsídios de apoio à pesquisa.

4.5.2. Composição Básica e Regimento Interno

A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá composição multiprofissional, contando com onze membros titulares e poderá contar com consultores “ad hoc”, pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

As indicações para integrar a comissão serão submetidas à aprovação da Direção Geral e se processarão da seguinte forma:

a) Um médico representante da Comissão de Ética Médica;

b) Um enfermeiro representante da Coordenação de Enfermagem;

c) Dois representantes do Faturamento;

d) Um representante da Coordenação Multiprofissional;

e) Um representante do Núcleo Interno de Regulação;

f) Um representante do Setor de Tecnologia da Informação;

g) Um representante do Setor de Comissões Técnicas;

h) Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;

i) Um representante do Planejamento.

Os membros da comissão terão mandatos de 2 (dois) anos, a contar da nomeação pelo Diretor Geral do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, podendo ser prorrogado por igual período.

O presidente, o vice presidente e o secretário da comissão serão eleitos pelos seus pares, em concordância com a Diretoria Geral, para exercerem estas funções por um período de 2(dois) anos, permitindo-se uma recondução.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADES

Art.1º –A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será de natureza técnico-científica permanente e terá por finalidade ordenar a formulação de diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários médicos dos pacientes atendidos no Hospital, orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos médicos registrados e nos prontuários, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em saúde.

§ 1º–A comissão terá seu funcionamento regulamentado por este regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

§ 2º -A comissão é um órgão de assessoria vinculado à Diretoria Geral, por meio do Núcleo de Comissões Hospitalares da instituição.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art.2º – Compete à comissão:

I. Definir modelos de impressos que irão compor o prontuário médico do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**;

II. Definir modelos de impressos a serem utilizados em quaisquer outras situações onde dados sobre pacientes do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** venham a ser registrados ou divulgados;

III. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos;

IV. Orientar o correto preenchimento dos impressos e definir os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário:

a. identificação do paciente em todos os impressos;
b. anamnese;
c. exame físico;
d. exames complementares, bem como seus respectivos resultados;
e. hipóteses diagnósticas;
f. diagnóstico definitivo;
g. plano terapêutico;
h. meta terapêutica;
i. tratamento efetuado;
j. registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;
k. outros documentos pertinentes ao atendimento.

V. Definir regras de acesso e manuseio do prontuário, para os diversos fins: assistência, ensino,

pesquisa, demanda judicial e do próprio paciente ou representante legal;

VI. Recomendar normas de arquivamento/guarda abrangendo os processos de trabalho e a estrutura física necessárias;

VII. Definir quais dados, obtidos nos impressos preenchidos pelo corpo docente e assistencial do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, deverão ser utilizados como fonte de dados para geração de informações estatísticas do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó;**

VIII. Definir quais relatórios estatísticos deverão ser gerados regularmente pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó;**

IX. Orientar o SAME como obter os dados e como realizar os cálculos estatísticos a serem utilizados;

X. Elaborar e implantar normas para a utilização da documentação médica como fonte de dados para pesquisa científica;

XI. Examinar e emitir parecer quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pelo **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**;

XII. Definir quais informações deverão conter os arquivos informatizados de pacientes do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**;

XIII. Informar a obrigatoriedade dos registros com letra legível por todos os profissionais que atenderam ao paciente, bem como da assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

XIV. Normatizar o preenchimento das contra referências/resumos de altas hospitalares, conforme orientação da legislação do SUS e dos Conselhos de classe;

XV. . Criar e aprovar normas que regulamentem o fluxo de prontuários da instituição;

XVI. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Ética em Pesquisa e Comissão de Educação em Saúde do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** com as quais deverão ser

discutidos assuntos de sua competência;

XVII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art.3º – A Comissão terá composição multiprofissional, contando com onze membros titulares.

Parágrafo único - A comissão poderá contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

Art. 4º – As indicações para integrar a comissão serão submetidas à aprovação da direção e se processarão da seguinte forma:

I. Um médico representante da Comissão de Ética Médica;
II. Um enfermeiro representante da Coordenação de Enfermagem;
III. Dois representantes do Faturamento;
IV. Um representante da Coordenação Multiprofissional;
V. Um representante do Núcleo Interno de Regulação;
VI. Um representante do Setor de Tecnologia da Informação;
VII. Um representante do Setor de Comissões Técnicas;
VIII. Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
IX. Um representante do Planejamento.

Art.5º – Os membros da comissão terão mandatos de 2 (dois) anos, a contar da nomeação pelo Diretor Geral do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,**, podendo ser prorrogado por igual período.

Art.6º – O presidente, o vice presidente e o secretário da comissão serão eleitos pelos seus pares, em concordância com a Diretoria Geral, para exercerem estas funções por um período de 2(dois) anos, permitindo-se uma recondução.

CAPÍTULO IV

ATRIBUIÇÕES

Art.7º – Ao presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da comissão e, especificamente:

I. Representar a comissão em suas relações internas e externas;
II. Presidir as reuniões;
III. Suscitar pronunciamento da comissão quanto às questões relativas à documentação e informação médica e de dados estatísticos;
IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
V. Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão.

Parágrafo único–Na ausência ou impedimento temporário do presidente da comissão, suas funções serão exercidas interinamente pelo vice-presidente, e em caso de ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função interinamente.

Art.8º –Aos membros incumbe:

I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
IV. Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Art.9º–Ao secretário da comissão incumbe:

I. Assistir as reuniões;
II. Preparar e encaminhar o expediente;
III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;
IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
V. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros ou similares de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão;

VII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

VIII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias.

Parágrafo único–Na ausência do secretário, no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

CAPÍTULO V

FUNCIONAMENTO

Art.10 – A Comissão reunir-se-á, mensalmente, conforme cronograma pré-estabelecido.

§ 1º O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela comissão até o mês de dezembro do exercício anterior.

§2º – A comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão antes de cada votação.

§ 3º –As deliberações da comissão serão consubstanciadas em resoluções endereçadas ao Diretor Geral e, após aprovação, publicadas pela direção do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,**.

§ 4º – É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 5º –A depender da matéria, conforme julgamento dos membros presentes na reunião, a votação poderá ser nominal.

§ 6º As decisões da Comissão serão aprovadas por maioria absoluta dos membros presentes.

Art.11 - A rotina das reuniões da comissão será a seguinte:

I. Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo substituto interino;

II. Verificação de presença e existência de "quórum";

III. Votação e assinatura de ata da reunião anterior;
IV. Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião;
V. Informes da Presidência e do Núcleo de Comissões Hospitalares, quando for o caso;
VI. Apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;
VII. Organização da pauta da próxima reunião;
VIII. Encerramento da reunião.

Parágrafo único–Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a comissão por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art.12 - Em reuniões extraordinárias, o membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame poderá pedir adiamento da votação.

Parágrafo Único–O prazo da votação da matéria será definido pelos membros, conforme a urgência.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.13 - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da comissão, a equipe de governança do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** proporcionará a infraestrutura necessária.

Art.14 - A comissão, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art.15 - Será dispensado o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião.

Parágrafo único –No caso da saída de qualquer membro da comissão deverá haver indicação de novo membro por meio do Setor de Comissões Hospitalares do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.**

Art.16 - A comissão no desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário,

poderá criar subcomissões para assuntos específicos.

Art.17 - Os membros poderão requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art.18 - Os membros não receberão qualquer remuneração por sua participação na comissão e seus serviços prestados serão considerados, para todos os efeitos, como participação de atividade institucional.

Art.19 - Os casos omissos serão resolvidos pela comissão, em conjunto com a direção do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,**

Art.20 - Este regimento entrará em vigor após publicação.

4.5.3.Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA

	ATIVIDADE	2022									2023			
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
	Constituição da Comissão e de suas atividades	■	■											
1	Apresentação de relatório, com dados estatísticos				■			■			■			■
2	Reuniões de Planejamento e Definições de Metas	■			■			■			■			■
3	Análise documental pela comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4	Avaliação dos documentos e elaboração das justificativas com base nos requisitos da comissão		■									■		

4.6. Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)

4.6.1. Proposta de Constituição

A Comissão de Farmácia e Terapêutica do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** será uma instância colegiada, multiprofissional, de natureza consultiva, deliberativa e educativa, de caráter permanente e de assessoria à Diretoria Geral, responsável pela condução do processo de seleção, utilização, acompanhamento e avaliação do uso dos medicamentos e produtos para saúde e pelo desenvolvimento de ações para garantir o seu uso seguro e racional.

4.6.2. Constituição Básica e Regimento

A Comissão de Farmácia e Terapêutica do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** será composta por:

a. Representante da Coordenação de Serviços Multidisciplinares;
b. Representante da Coordenação do Corpo Clínico;
c. Representante da Coordenação de Enfermagem;
d. Representante da Supervisão de Farmácia;
e. Representante da Supervisão de Material e Patrimônio;
f. Representante da Supervisão do Serviço de Nutrição;
g. Representante da Supervisão das unidades de internação;
h. Representante da Supervisão da CME;
i. Representante da Supervisão Do Centro Cirúrgico;
j. Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar/SCIH;
k. Representante do Setor de Compras/Diretoria Administrativa do INSTITUTO PATRIS.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó, s**erá oficialmente instituída / constituída pela Diretoria Geral, a qual é inteiramente subordinada, tem seu funcionamento regulamentado por este instrumento normativo, chamado aqui de Regimento Interno.

CAPÍTULO I

DA DENOMINAÇÃO, SEDE E FINS

Art. 1º A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,**, constituída por tempo indeterminado e manterá infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

Art. 2º Trata a Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,**, de uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa no âmbito da emissão de pareceres, vinculada à unidade de saúde, visando a promoção de ações destinadas ao uso racional de medicamentos, tendo seu funcionamento regulamentado por este instrumento normativo e por finalidade os ditames abaixo mencionados.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 3º A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,**, tem por finalidade assessorar a Direção desta unidade na formulação e implementação de políticas relacionadas à padronização e seleção de medicamentos, programação, prescrição, dispensação e uso racional, através de um processo dinâmico, participativo, multiprofissional e multidisciplinar, para assegurar terapêutica eficaz e segura e melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde.

CAPÍTULO III

DA SUBORDINAÇÃO E AUTONOMIA

Art. 4º Esta Comissão está subordinada à Diretoria-Geral do Hospital e à Direção da Organização Social, tendo em vista o Contrato de Gestão em vigor pactuado com o Estado de Goiás, através da Secretaria Estadual de Saúde, e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, devendo ser cumpridas por todos os profissionais que exerçam atividades no hospital.

CAPÍTULO IV

DA CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO

Art. 5º A indicação dos nomes para a comissão será feita pela Direção-Geral do Hospital e convalidada pela Direção da OSS, mediante consulta prévia junto aos representantes da equipe multidisciplinar.

Art. 6º A Comissão será composta por:

I. Farmacêutico(s);
II. Médicos;
III. Médico infectologista;
IV. Enfermeiro(s);
V. Administração – Representante(s) do Hospital.

Art. 7º A nomeação da referida Comissão será feita através de portaria da Direção Geral do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** e o mandato dos membros será de 02(dois) anos com direito à recondução, contados a partir da data de publicação da portaria.

Parágrafo Único: Todos os integrantes da Comissão deverão assinar um documento declarando completa independência e total ausência de conflito de interesse financeiro ou de qualquer outra natureza em alguma indústria farmacêutica, representação farmacêutica, distribuidor, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal. A declaração deverá ser arquivada no Escritório da Qualidade.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES

Art. 8º As reuniões da Comissão serão realizadas a cada dois meses, às segundas terças-feiras do mês, em dias úteis, conforme agenda anual previamente estabelecida. Havendo necessidade de reunião extraordinária ou de alteração da agenda, os membros serão comunicados a qualquer tempo.

Art. 9º Previamente às reuniões, a pauta será elaborada pelo Secretário da Comissão, aprovada pela Presidência e enviada a todos os participantes, com 03 (três) dias de antecedência.

Art.10º Todas as reuniões serão registradas em Ata e, posteriormente, apresentada aos participantes da mesma, com o registro fidedigno de todas as deliberações tomadas. Após assinatura e aprovação, as atas serão arquivadas no Escritório da Qualidade.

Art. 11º No caso de um membro efetivo ausentar-se em 03 (três) reuniões consecutivas ou 6 (seis) intercaladas no decorrer de 12 (doze) meses, sem justificativa escrita e plausível, este será substituído por novo integrante, indicado pelo Presidente da Comissão, referendado pela Direção do Hospital.

Parágrafo único. Na eventualidade de algum integrante, por motivo de qualquer ordem, deixar de fazer parte da Comissão, seu Presidente deverá indicar um substituto, cuja posse deverá ser referendada pela Direção do Hospital.

Art. 12º As reuniões deverão seguir o seguinte roteiro:

I. Abertura dos trabalhos pelo Presidente ou, em sua ausência, pelo Vice-Presidente;
II. Verificação da presença dos membros e existência de "quórum";
III. Aprovação e assinatura da ata da reunião anterior;
IV. Apresentação de assuntos por convidados externos, quando for o caso;
V. Leitura e apresentação dos itens da Ordem do Dia, seguida por discussão e votação
VI. Organização da pauta da próxima reunião e distribuição dos trabalhos;
VII. Encerramento dos trabalhos.

§ 1º primeiro. Em caso de urgência da discussão de um determinado assunto, a CFT, por voto da maioria, poderá alterar a pauta da reunião comunicando-se a alteração a todos os membros.

§ 2º As questões deverão ser decididas através do voto da maioria dos membros desta comissão. Contudo, havendo a impossibilidade de se estabelecer o consenso e, esgotadas as argumentações (com base em evidências científicas), o Presidente terá direito ao voto de desempate. Qualquer membro poderá solicitar reexame de decisões exaradas, justificando possível inconveniência, inoportunidade ou ilegalidade.

§ 3º Após apresentação e leitura das solicitações de padronização de medicamentos, e também

dos anexos que a compuserem, o Presidente dará início a fase de discussão e abrirá, a seguir, a fase de votação. O membro da comissão que não se considerar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá solicitar vista do processo, propor diligências ou, ainda, adiamento da discussão e votação. Neste caso, o Presidente estabelecerá nova data para reapresentação desta matéria.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO

Art. 13º Elaborar e atualizar periodicamente a lista de medicamentos padronizados na Instituição, considerando a eficácia, segurança, qualidade e custo.

Art. 14º Divulgar a padronização.

Art. 15º Incentivar a investigação sobre a utilização de medicamentos e usar seus resultados para desenvolver o monitoramento de seu uso (estudos de utilização de medicamentos e farmacovigilância).

Art. 16º Validar protocolos de tratamento, elaborados pelos diferentes serviços clínicos do Hospital.

Art. 17º Implementar atividades de educação continuada em terapêutica em parceria com o Departamento de Gestão de Pessoas.

Art. 18º Trocar experiências com Comissões de outros hospitais, principalmente quanto a protocolos de uso de drogas.

Art. 19º Produzir material informativo sobre medicamentos e divulgá-los ao corpo técnico do Hospital.

Art. 20º Realizar controle de qualidade da padronização.

Art. 21º Repassar as deliberações da CFT para que a Farmácia providencie a atualização e divulgação da nova padronização sempre que necessário.

Art. 22º Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e/ou eficácia duvidosa.

Art. 23º Avaliar as solicitações de inclusão e exclusão de medicações da padronização.

Art. 24º Sugerir à Diretoria Geral do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** a compra de literatura especializada sobre medicamentos.

Parágrafo Único: Os processos de avaliação para inclusão e exclusão de medicamentos, discutidos nas reuniões da Comissão, serão registrados e guardados no Escritório da Qualidade, disponibilizados para consulta de qualquer integrante do corpo técnico do Hospital, interessado, pelo período de 2 (dois) anos.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 25º Ao Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e, especificamente:

I. Constituir Grupos Técnicos de Trabalho e Apoio;
II. Representar a CFT em suas relações internas e externas;
III. Instalar e Presidir reuniões;
IV. Emitir pronunciamento da CFT quanto às questões relativas a medicamentos;
V. Promover a convocação das reuniões;
VI. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito de voto de desempate;
VII. Designar membros executivos da CFT para emissão de Pareceres Técnicos, realização de estudos e levantamentos necessários à consecução dos objetivos desta Comissão;
VIII. Aprovar "ad referendum" no caso de manifesta urgência;
IX. Indicar o Vice-Presidente, enquanto seu substituto, entre os membros da Comissão;
X. Distribuir tarefas.

Parágrafo Único: O Presidente poderá solicitar o encaminhamento de processos ou consultas a outros profissionais, ou instituições públicas ou privadas, para estudo, pesquisa ou informações a respeito do que julgar pertinente, bem como solicitar o comparecimento de consultores às

reuniões para esclarecimentos, após aprovação de sua convocação em ata.

Art. 26º Caberá ao Vice-Presidente:
I. Auxiliar o Presidente nas atividades e decisões da Comissão;

II. Substituir ou representar o Presidente, na sua ausência, em reuniões da Comissão e/ou eventos afins.

Art. 27º Caberá ao Secretário:

I. Acompanhar as reuniões;
II. Assistir ao Presidente e aos representantes da CFT;
III. Oferecer condições técnico-administrativas para o cumprimento das competências da CFT;
IV. Dar encaminhamento formal às deliberações e preparar o expediente;
V. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;
VI. Providenciar as diligências determinadas;
VII. Proceder à organização dos temas da ordem do dia das reuniões, obedecidos os critérios de prioridade determinados;
VIII. Providenciar a elaboração das atas das reuniões bem como coletar a assinaturas dos membros;
IX. Providenciar arquivo de documentos pertinentes;
X. Elaborar relatório semestral das atividades da Comissão;
XI. Manter em dia e protocoladas os documentos recebidos e enviados pela Comissão.

Art. 28º Aos demais Membros caberão:

I. Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da CFT;
II. Analisar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
III. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
IV. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
V. Desempenhar atribuições que lhes forem estipuladas pelo Presidente;
VI. Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão;
VII. Coordenar grupos técnicos de trabalho e apoio.

CAPÍTULO VIII
DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Art. 29º A seleção de medicamentos para a padronização é baseada nos critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo obtidos através de revisões bibliográficas sistemáticas para avaliar evidência clínica ou ainda através de análise de decisão.

Art. 30º Inclui-se aos critérios para a padronização previstos no artigo anterior:

I. Designação genérica (DCB), e, na sua ausência, a denominação comum internacional (DCI);
II. Padronizar medicamentos com um único princípio ativo, excluindo-se (sempre que possível) as associações, exceto as que forem necessárias;
III. Padronizar medicamentos, considerando o menor custo para aquisição, armazenamento, dispensação e controle, desde que resguardada a sua qualidade;
IV. Padronizar, resguardando a qualidade, medicamentos cujo custo do tratamento/dia e o custo total do tratamento sejam menores;
V. Padronizar, preferencialmente, formas farmacêuticas que permitam a individualização na dispensação;
VI. Padronizar formas farmacêuticas, apresentação e dosagem considerando a comodidade para administração, faixa etária, facilidade da dose a ser administrada, facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses;
VII. Evitar multiplicidade de princípios ativos para a mesma indicação terapêutica.

Parágrafo único. Quando houver necessidade de parecer técnico específico, um profissional não integrante da comissão e com notório saber da causa será convidado a participar de reunião para deliberação conjunta.

Art. 31º A seleção de medicamentos (inicial, inclusões e exclusões posteriores) para a lista dos padronizados no Hospital, será consenso da Comissão e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo quaisquer modificações oficializadas e atualizadas em documento próprio.

Art. 32º O corpo técnico do Hospital terá a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de medicamentos na padronização sempre que julgar necessário, mediante a aprovação da coordenação da especialidade solicitante atestada em formulário específico. Para a inclusão de medicamentos antimicrobianos será necessário o parecer da CCISS.

Parágrafo Único: Solicitações de inclusão ou exclusão de medicamentos serão analisadas em plenária, conforme critérios estabelecidos, e o solicitante receberá sempre uma resposta da Comissão. O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário de Solicitação de Inclusão ou Exclusão na Padronização.

CAPÍTULO IX

DOS INDICADORES DE QUALIDADE

Art. 33º O trabalho da Comissão será demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho, tais como:

- Taxa de ocupação diária;
- Taxa de ocupação mensal;
- Tempo médio de permanecia;
- Tempo de intervalo de reocupação do leito;
- Número de altas;
- Número de Óbito;
- Principais causas de admissão;
- Taxa de readmissão;
- Taxa de incidentes críticos;
- Principais razões de mortalidade;
- Número de mortes preveníveis;
- Taxa de pacientes com SEPSE;
- Taxa de reinfecção;
- Índice de infecção cruzada;
- Índice de satisfação do colaborador;
- Numero de boletins medico diários;
- Numero de boletins medico mensal;
- Número de evoluções médicas no prontuário eletrônico diário;
- Número de evoluções médicas no prontuário eletrônico mensal;
- Número de evoluções multidisciplinares no prontuário eletrônico diário;
- Número de evoluções multidisciplinares no prontuário eletrônico mensal;
- Numero de visitas Multiprofissionais mensal;

- Número de Rounds mensais realizados com RT medico;
- Número de visitas diárias remotas realizadas com familiares;
- Numero de visitas mensais remotas realizadas com familiares;
- Número de visitas mensais presenciais realizadas com familiares;
- Número de visitas mensais presenciais realizadas com familiares;
- Número de atendimentos mensais personalizados aos familiares;
- Número mensal de pacientes com rotina de banho fora do leito e deambulação;
- Números de pacientes com LPP (lesão por pressão);
- Número mensal de treinamentos e capacitações;
- Numero de Hemodiálise realizadas no mês;
- Número de dietas diárias consumidas;
- Número de deitas mensais consumidas;
- Taxa de consumo da Farmácia;
- Número mensal de preenchimento de AIH;
- Número mensal de cirurgias de emergência;
- Número mensal de cirurgias eletivas;
- Índice de cirurgias remarcadas ou canceladas mensal e diário;
- Índice mensal de intercorrências no procedimento cirúrgico;
- Taxa mensal de pacientes encaminhados a UTI após cirurgia;
- Taxa mensal de reabordagem;
- Taxa mensal de infecção hospitalar pós operatório;
- Média mensal de tempo de internação;
- Taxa mensal de consumo de matérias cirúrgicos;
- Média de visitas realizadas ao paciente pós cirúrgico
- Percentual de partos cesarios;
- Taxa de aplicação da escala de Robson mas parturientes submetidas a cesaria;
- Taxa de partos normais;
- Taxa de óbitos de neonato;
- Taxa de partos prematuros.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34º Toda e qualquer política interna, rotina operacional ou decisão estratégica relacionada ao uso de medicamentos no Hospital deverá passar por avaliação prévia desta Comissão, que fará cumprir a implementação sugerida, desde que a julgue apropriada.

Art. 35º Conforme demanda de trabalho, será facultativo ao membro da Comissão a possibilidade de análise dos processos de inclusão e exclusão de medicamentos no próprio ambiente de trabalho, sem prejuízo dos serviços internos, sendo este um incentivo para atuação dos membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica. Haverá, ainda, proteção de carga horária, principalmente para aqueles profissionais que estiverem a serviço desta Comissão, fora de seu horário de trabalho habitual; sendo que as horas de trabalho na Comissão contarão também como horas de trabalho no expediente normal.

Art. 36º Cabe à Direção do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** fazer respeitar o presente Regimento Interno.

Art. 37º Este Regimento Interno, após aprovado pela maioria, deverá ser assinado pelos membros titulares, assim como eventuais alterações que porventura venham a ocorrer e, emseguida, referendados pela Diretoria Geral do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.**

4.6.3. Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA

	ATIVIDADE	2022									2023			
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Reuniões de Planejamento													
2	Divulgação do Código de Ética													
3	Elaboração de Relatórios													
4	Reuniões ordinárias													
5	Acompanhar os processos de compra													
6	Monitorar a emissão de pareceres técnicos													
7	Divulgar a inclusão ou exclusão de itens padronizados													

| | | |

dos RSS, apresentando a eles o fluxo de identificação, segregação, armazenamento, transporte e destinação final adequada para todos os resíduos institucionais gerados.

A CGRSS tem por finalidade assessora:

- Normatizando e coordenando as rotinas de armazenamento, acondicionamento e descarte de todos os tipos de resíduos de saúde gerados na instituição;
- Elaborar e implantar as diretrizes de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento desta;
- Divulgar à política de gerenciamento de resíduos e manter uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na instituição por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc;
- Estabelecer metas para o gerenciamento e a redução dos resíduos, definindo prazos a serem cumpridos;
- Realizar fiscalização do cumprimento das atividades descritas na CGRSS.

O Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSS) só poderá ser implantado após a sua aprovação pelos órgãos responsáveis.

Os resíduos a serem gerados **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** em seu exercício de atividades de cuidados à saúde pertencem aos diversos grupos portanto por vislumbrar RDC Nº 306 de 2004, deixa claro que são aplicáveis somente os resíduos que estejam contaminados ou suspeitos de conter agentes de Classe de risco, que apresentam relevância epidemiológica e risco de disseminação, o que é o caso.

É importante esclarecer que somente alguns dos resíduos (Grupo "E") originados pelas atividades **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** necessitarão de gerenciamento diferenciado, para evitar a geração excessiva de resíduos que, erroneamente, terão que ser processados como "potencialmente infectantes", e consequentemente, e sem necessidade, de elevar o custo destes serviços à coleta pública.

Ressalta-se a importância da nomeação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde capacitada para cuidar especificamente dos aspectos relacionados ao gerenciamento dos resíduos sólidos e educação em saúde, permitindo uma interação com os demais profissionais.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde é entendido como a ação de gerenciar desde a geração até o destino final. A segregação é um passo importante para ter um adequado destino final. O INSTITUTO PATRIS preocupa-se com a saúde pública e a qualidade

do meio ambiente, considerando os princípios da biossegurança.

Para fins de atendimento de apresentação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** bem como a implementação das ações serão adotadas as seguintes Legislações e Normas Técnicas:

• LEI FEDERAL Nº 9605/98 – Dispõe sobre crimes ambientais.

• RESOLUÇÃO CONAMA Nº 01/86 – Estabelece definições, responsabilidade, critérios básicos e diretrizes da avaliação do impacto ambiental, determina que aterros sanitários, processamento e destino final de resíduos tóxicos ou perigosos são passíveis de avaliação.

• RESOLUÇÃO CONAMA Nº 05/88 – Especifica licenciamento de obras de unidade de transferências, tratamento e disposição final de resíduos sólidos de origens domésticas, públicas, industriais e de origem hospitalar.

• RESOLUÇÃO CONAMA Nº 05/93 – Dispõe sobre destinação dos resíduos sólidos de serviço de saúde, portos, aeroportos, terminais rodoviários e ferroviários. Onde define a responsabilidade do gerador quanto o gerenciamento dos resíduos desde a geração até a disposição final.

- RESOLUÇÃO CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005 - Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.
- RESOLUÇÃO ANVISA RDC 306/04 – Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviço de saúde.
- NBR 10.004/87 – Classifica os resíduos sólidos quanto aos seus riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública.
- NBR 7.500/87 – Símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de resíduos sólidos.
- NBR 12.235/92 – Armazenamento de resíduos sólidos perigosos definidos na NBR 10004 – procedimentos.
- NBR 12.807/93 – Resíduos de serviços de saúde – terminologia.
- NBR 12.808/93 – Resíduos de serviços de saúde – classificação.
- NBR 12.809/93 – Manuseio de resíduos de serviços de saúde – procedimentos.
- NBR 12.810/93 – Coleta de resíduos de serviços de saúde – procedimentos.
- NBR 9.190/93 – Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – classificação.
- NBR 9.191/93 – Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – especificação.

- NBR 9.195/93 – Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – determinação da resistência à queda livre.
- NBR 13.055/93 – Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – Determinação para a capacidade volumétrica.
- NBR 13.056/93 – Filmes plásticos para saco para acondicionamento de lixo.
- NBR 12.890/93 – Coleta, varrição e acondicionamento de resíduos sólidos urbanos-terminologia.
- NBR 11.175/90 – Fixa as condições exigíveis de desempenho do equipamento para incineração de resíduos sólidos perigosos.
- NBR 13.853/97 – Coletores para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes – requisitos e métodos de ensaio.
- CNEN – NE 6.05/98 – Gerência dos rejeitos radioativos.
- Código de Posturas do Município.
- Lei Orgânica Municipal.

4.7.2. Constituição Básica e Regimento

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços De Saúde (CGRSS) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será composta por:

I. Dois representantes da Diretoria;
II. Um representante da Gerência de Ensino e Pesquisa;
III. Dois representantes da Coordenação Administrativa;
IV. Quatro representantes da Diretoria Técnica.

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) **s**erá oficialmente instituída / constituída pela Diretoria Geral do Hospital, a qual é inteiramente subordinada, tem seu funcionamento regulamentado pelo instrumento normativo, chamado aqui de Regimento Interno.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSS)

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Art. 1º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Hospitalar no Hospital, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º. Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde:

I. Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para o Colegiado Executivo para aprovação, através da Diretoria Geral;

II. Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
III. Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;

IV. Desenvolver juntamente com a Diretoria Geral a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;

V. Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

VI. Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

VII. alizar anualmente o PGRSS da Instituição;

VIII. Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

IX. Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

X. Auxiliar os diversos setores do Hospital em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

XI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS;

XII. Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;

XIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) do Hospital, o Regimento do Hospital e demais normas da Instituição.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - CGRSS será formada por funcionários voluntários do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** e terá a seguinte composição:

V. Dois representantes da Diretoria;
VI. Um representante da Gerência de Ensino e Pesquisa;
VII. Dois representantes da Coordenação Administrativa;
VIII. Quatro representantes da Diretoria Técnica.

§ 1° - Não será obrigatório o preenchimento de todas as vagas da comissão, desde que, esta seja composto por, no mínimo, 50% dos representantes de cada Gerência.

§ 2º - Os representantes indicados serão nomeados pelo Diretor Geral.

§ 3º - O Presidente, Vice-Presidente e Secretário da Comissão serão eleitos por maioria simples de votos por todos os membros da comissão e terão mandato de (02) dois anos, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 4º - O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três reuniões consecutivas ou a (06) seis alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 5º - A desistência de um dos Integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado

interno (CI) e encaminhada ao Presidente da Comissão;

§ 6º - Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo (30) trinta dias.

§ 7º - A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURAÇÃO

Art. 4º. Compreendem a Estrutura da CGRSS:

I. Presidente;
II. Vice-Presidente;
III. Secretário;
IV. Suplente.

Art. 5º. Compete ao Presidente da CGRSS:

I. Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos; tomar votos e votar;
II. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;
III. Indicar Integrantes para funções ou tarefas específicas;
IV. Representar a CGRSS ou indicar representantes;
V. Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;
VI. Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;
VII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento;
VIII. Indicar um ou mais Integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 6º. Compete ao Vice-Presidente da CGRSS, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no art. 5º.

Art. 7º. Compete ao Secretário:

I. Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
II. Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes;

III. Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente;

IV. Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;

V. Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;

VI. Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;

VII. Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;

VIII. Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

Parágrafo Único. A presidência da CGRSS será exercida por um dos Integrantes da Comissão eleito por esta e nomeado pelo Diretor Geral do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, na ausência deste o Vice-Presidente assumirá a Presidência. No caso de ausência do Vice-Presidente o secretário assumirá. Na ausência do secretário será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.

Art. 8º. Compete aos Integrantes da CGRSS:

I. Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;

II. Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;

III. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;

IV. Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais Integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;

V. Justificar ausência com antecedência;

VI. Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;

VII. Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.

VIII. Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º. A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus Integrantes.

§ 1º - Salvo nos casos de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus Integrantes, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos Integrantes presentes.

§ 2º - O comparecimento dos Integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e prefere as demais atividades, salvo as atividades das Direções e Conselhos Superiores do Hospital.

Art. 10. As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (Quarenta e oito) horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1º - A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 48 (quarenta e oito) horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e

apreciados no início da reunião convocada.

§ 2º - O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.

Art. 11. A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do "quórum" mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.

§ 1º - As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de "quórum" em segunda chamada, a ser feita após 20 (vinte) minutos do horário previsto para seu início.

§ 2º - O "quórum" será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos Integrantes na pauta.

§ 3º - No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de "quórum", uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 48 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

SEÇÃO I

DA ATA

Art. 12. De cada reunião da CGRSS lavrar-se-á ata assinada pelo Secretário, que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo Presidente e assinada por todos os seus Integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 13. Se houver quórum mínimo de Integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da Ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a Ata será considerada aprovada.

Art. 14. Da Ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

I. A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;
II. Os nomes dos Integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;
III. O expediente;

IV. O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações;

V. Todas as propostas por extenso.

SEÇÃO II

DAS VOTAÇÕES

Art. 15. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos.

§ 1º - O voto do Integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§ 2º - Por questão de foro ético, qualquer Integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).

Art. 16. As votações far-se-ão geralmente pelo processo simbólico.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados ao Diretor Geral do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.**

Art. 18. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos Integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação no Colegiado Executivo do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

Art. 19 - Além de aprovações, autorizações, homologações e decisões outras que se resolva em anotações e comunicações, as deliberações da CGRSS poderão, conforme a natureza, reverter

à forma de resoluções ou previsões que serão baixadas pelo Presidente e aprovadas pelo Colegiado Executivo do Hospital.

Art. 20. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, ficando revogadas as disposições em contrário.

8.7.2. Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		2022								2023			
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
2	Criação da Comissão de Resíduos													
3	Definição dos Responsáveis pelo CGRSS													
4	Reunião de levantamento situacional													
5	Reunião para planejamento das ações da CGRSS													
6	Desenvolver de ações da CGRSS													
7	Acompanhamento e intervenções das ações													
8	Monitoramento dos Indicadores Operacionais													

4.8. Comitê Transfusional Multidisciplinar (CTM)

4.8.1. Proposta de Constituição

A transfusão de hemocomponentes ainda é uma terapia que envolve riscos, sendo assim, sua utilização pressupõe a existência de um Serviço de Hemoterapia (SH) de qualidade, responsável, que tenha conhecimento dos hemocomponentes que utiliza, bem como um perfeito entrosamento com os profissionais requisitantes e com os demais setores do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.**

A indicação da transfusão, a preparação do hemocomponente a ser usado, bem como sua administração, implicam em procedimentos de grande responsabilidade, daí a importância da

existência de um Comitê Transfusional, Multidisciplinar – CTM do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, que terá a finalidade de orientar e integrar estas atividades, visando a maior segurança para os pacientes, para o Serviço de Hemoterapia e para os Hospitais/ Agências Transfusionais.

São objetivos da Comitê Transfusional: assumir a responsabilidade pela normatização das indicações dos produtos hemoterápicos, bem como a elaboração de padronizações para utilização de sangue e hemocomponentes dentro dos critérios atuais, participar de investigações, auditorias pertinentes e estabelecer protocolos de conduta garantindo assim a qualidade da assistência nesta instituição, a qual compete:

- Implantar, implementar e aprovar protocolos de indicações dos diversos hemocomponentes, elaborados pelo Serviço de Hemoterapia, para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida pelos órgãos executivos da atividade hemoterápica nas diversas unidades federativas, em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;
- Proceder avaliações relacionadas à hemoterapia a pedido de interessados: médicos, membros da própria Comissão ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição;
- Assessorar investigações de eventuais reações transfusionais;
- Assessorar a administração da instituição e o Diretor Técnico-Médico e Coordenador Médico, dentro de sua área de competência, examinando e emitindo parecer técnico sobre a eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha com referência ao uso de sangue e hemocomponentes, hemoderivados, autotransfusão intraoperatória e aféreses terapêuticas;
- Propor alterações no Regimento Interno da Comissão de Hemoterapia;
- Desempenhar papel consultivo e educativo, no âmbito da Instituição, sobre assuntos relacionados ao uso de sangue, hemocomponentes, hemoderivados e congêneres;
- Orientar e fiscalizar o desempenho técnico do serviço de hemoterapia dentro da Instituição;
- Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, dentro de sua área de competência, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;

- Manter registros eletrônicos atualizados, com controle de acesso lógico, sobre padronizações, normas técnicas, legislação referentes a sangue, hemocomponentes, hemoderivados, insumos hemoterápicos e correlatos, suas aplicações e restrições;
- Emitir parecer sobre novas técnicas de trabalho hemoterápico;
- Substituir ou eliminar protocolos;
- Elaborar novos protocolos.

Conceito

Comitê Transfusional: trata-se de um conjunto de profissionais de diferentes especialidades que se reúnem periodicamente para definir e avaliar a prática transfusional no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

Deverá definir e rever a prática transfusional, e emitir recomendações e relatórios às instâncias apropriadas. Suas atividades podem incluir a revisão periódica das reações adversas transfusionais, dos dados estatísticos sobre o uso e desprezo do sangue e componentes, avaliação das acreditações do serviço, de seus controles de qualidade interno e externo, adequação das instalações, pessoal e equipamentos, definição de escala de reserva mínima de produtos para cirurgias e auditoria e definição de critérios do uso de hemocomponentes.

Legislação

De acordo com o Regulamento Técnico para Procedimentos de Hemoterapia, Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016 – Ministério da Saúde Art. 12: Toda instituição de assistência à saúde que realiza transfusão de sangue e componentes sanguíneos comporá ou fará parte de um Comitê Transfusional.

§ 1º É competência do Comitê Transfusional o monitoramento da prática hemoterápica na instituição de assistência à saúde visando o uso racional do sangue, a atividade educacional continuada em hemoterapia, a hemovigilância e a elaboração de protocolos de atendimento da rotina hemoterápica.

§ 2º Os serviços de hemoterapia e as instituições de assistência à saúde que possuam Agências Transfusionais constituirão seus próprios Comitês Transfusionais.

§ 3º A constituição do Comitê Transfusional será compatível e adequar-se-á às necessidades e complexidades de cada serviço de hemoterapia.

§ 4º As instituições de assistência à saúde que não possuam Agência Transfusional participarão das atividades do Comitê Transfusional do serviço de hemoterapia que as assiste ou constituirão Comitê Transfusional próprio.

Art. 13. O serviço de hemoterapia colaborará com as atividades dos Comitês Transfusionais das instituições de assistência à saúde para as quais forneça componentes sanguíneos para atividade transfusional, de elaboração e implementação de protocolos para controlar as indicações, o uso e o descarte dos componentes sanguíneos, quando solicitado.

De acordo com Resolução (RDC) n° 34, de 11 de junho de 2014 Seção XII: Todo evento adverso do ciclo do sangue, da doação à transfusão, deve ser investigado, registrado e ter ações corretivas e preventivas executadas pelo serviço onde ocorreu.

§ 2º Os registros dos eventos adversos e das ações corretivas e preventivas executadas devem ser realizadas de acordo com as legislações de Vigipos vigente ou diretrizes específicas do sistema nacional de hemovigilância.

§ 3º A notificação do evento adverso, quando necessária, deve ser feita, pelo serviço onde houve a ocorrência, ao sistema nacional de vigilância sanitária, de acordo com as legislações de Vigipos vigente ou diretrizes específicas do Sistema Nacional de Hemovigilância.

Art. 147. Todo serviço de saúde que realize transfusão deve ter procedimentos escritos para detecção, tratamento, prevenção e notificação dos eventos adversos à transfusão, cabendo ao serviço de hemoterapia fornecedor de hemocomponentes a elaboração e orientação de tais procedimentos.

§ 1º O serviço de saúde onde ocorreu a transfusão é o responsável pela investigação e notificação do evento adverso ocorrido em suas dependências.

§ 2º No caso em que haja necessidade de interveniência do serviço de hemoterapia produtor ou fornecedor do hemocomponente, este serviço de hemoterapia deverá se articular com o serviço de saúde que realizou a transfusão, com vistas às medidas cabíveis e conclusão do ciclo investigativo.

Art. 148. Para os serviços de saúde que não possuam agência transfusional, as atividades de capacitação e de hemovigilância deverão ser realizadas pelo serviço de hemoterapia fornecedor dos hemocomponentes ou conforme definido em contrato, convênio ou termo de compromisso formal estabelecido.

Atribuições

- Estabelecer Diretrizes para a administração de cada hemocomponente, valendo-se da literatura médica como referência;
- Realizar auditorias regulares sobre as indicações de transfusão de hemocomponentes e derivados na instituição e nos Hospitais conveniados;
- Sistematizar informações no serviço de hemoterapia buscando a pré-avaliação das transfusões indicadas;
- Analisar discordância sobre indicação de hemocomponentes ou derivados entre o médico-assistente e o médico dos Serviços de Hemoterapia conforme Protocolo Assistencial de Transfusão de Hemocomponentes;
- Analisar eventuais problemas de reações transfusionais graves e anômalas ou inexplicáveis;
- Discutir problemas relacionados à transfusão, por solicitação de Diretoria Técnica;
- Solicitar o comparecimento de pessoas à reunião do Comitê para prestar informações acerca de fatos relacionados à transfusão;
- Avaliar as notificações de reações transfusionais, bem como realizar a notificação das mesmas através da Hemovigilância;
- Realizar auditórias conforme agendamento prévio ou solicitação pelos órgãos competentes ou instituições;
- Disponibilizar Manual de Indicações Transfusionais e Reações Transfusionais a fim de padronizar os procedimentos;
- Auxiliar os Serviços tecnicamente, quando os mesmos solicitarem;
- Organizar periodicamente encontros de capacitações de todos os serviços conveniados;
- Analisar eventuais reações transfusionais graves, anômalas ou inexplicáveis;
- Avaliar as notificações de reações transfusionais, realizadas através da Hemovigilância (NOTIVISA).

4.8.2. Constituição Básica e Regimento Interno

O Comitê Transfusional será constituído por representantes médicos e/ou enfermeiros dos principais serviços que compõem o hospital e que frequentemente prescrevem transfusão de hemocomponentes, um representante técnico do laboratório, um funcionário administrativo, um representante do serviço hemoterápico.

Os membros do Comitê Transfusional devem escolher, na sua primeira reunião, um presidente e um secretário. O presidente tem atribuição de assinar documentos e relatórios pelo Comitê, de convocar as reuniões e de resolver os casos omissos. Em caso de empate em votação para decidir determinadas questões, é do presidente o voto de desempate. Ao Secretário do Comitê cabe a confecção das atas das reuniões do Comitê. As reuniões Ordinárias serão realizadas a cada três meses.

Reuniões Extraordinárias podem ser convocadas pelo presidente ou pela Diretoria Técnica ou Direção Geral. Para realização das reuniões será necessário a presença de no mínimo 5 dos membros constituídos.

Em caso de falta às reuniões do Comitê, os membros devem justificá-la. Após duas faltas não justificadas ou não validadas, o profissional poderá ser destituído do Comitê e substituído por outro indicado pela Direção. O Comitê deve manter arquivada ata de todas as reuniões. É recomendável que a Direção Técnica receba cópia da ata. O Comitê poderá realizar avaliação das transfusões realizadas no serviço operacionalizado no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.**

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

CAPITULO I

CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1° - O Comitê Transfusional do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** é de natureza técnico científica permanente, com funções educativas. Tem

por finalidade o desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterápicas no Hospital.

Art. 2° – O Comitê deverá atender à resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n 34 de 11 de junho de 2014, que dispõe: Art. 145.: Todos os serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais e possuam serviço de hemoterapia devem constituir comitê transfusional do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia.

CAPITULO II

SEÇÃO I – DA COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Art. 3° - O Comitê terá composição multidisciplinar e multiprofissional.

I. deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços;

II. as indicações deverão recair em profissionais médicos e/ou enfermeiros dos principais serviços que compõem o hospital e que frequentemente prescrevem transfusão de hemocomponentes, um representante técnico do laboratório, um funcionário administrativo, um representante do serviço hemoterápico.

Art. 4° - O Coordenador Médico escolherá os membros do Comitê Transfusional e promoverá as designações do Presidente e Vice-Presidente.

Art. 5° – O Coordenador Médico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição dos integrantes do Comitê.

Art. 6° – As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas.

Art. 7º – O Comitê poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de suas funções, sempre que julgar necessário.

Art. 8° – Será dispensado o componente que sem motivo justificado deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas.

Art. 9° – Afim de assegurar o suporte técnico e operacional indispensável à eficiência do Comitê, a Diretoria Técnica, por meio do serviço de apoio administrativo, proporcionará a infra-estrutura necessária.

SEÇÃO II – DO FUNCIONAMENTO

Art. 10 – O Comitê reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez por mês e extraordinariamente quando convocado pelo Coordenador Médico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

I. O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão;
II. O Presidente terá voto de qualidade;
III. As deliberações do Comitê tomadas "Ad Referendum" deverão ser encaminhadas ao plenário do Comitê para deliberação desta, na primeira sessão seguinte;
IV. As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em cartas endereçadas à Diretoria Clínica.

Art. 11 – É facultativo ao Presidente o aos membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão deliberada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 12 – A votação será nominal.

Art. 13 – O Comitê, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativa ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 14 – Os expedientes serão sujeitos à análise do Comitê que poderão ser encaminhados pela Diretoria Técnica. Parágrafo único: Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pelo Secretário, por indicação do Presidente ou por membro designado.

Art. 15 – A sequência das reuniões do Comitê será a seguinte:

I. A verificação da presença do Presidente, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;
II. Verificação da presença e existência de quórum;
III. Votação e assinatura da ata da reunião anterior;
IV. Leitura e despacho do expediente;

V. Ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
VI. Organização da pauta da próxima reunião;
VII. Distribuição de expedientes aos relatores;
VIII. Comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo Único: Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 16 – Após a leitura do parecer, o Presidente deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

I. O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;
II. O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária;
III. Após adentrada na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até 02 (duas) reuniões.

Art. 17 – Após o encerramento das discussões, o assunto será aberto a discussões.

Art. 18 – A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecidas pelos presentes.

Art. 19 – A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário lavrará uma Ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

CAPITULO III

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I - COMPETÊNCIA DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

Art. 20 – Compete ao Comitê:

I. Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransfusão;
II. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;
III. Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas aos assuntos de sua competência;
IV. Monitorar as reações transfusionais;
V. Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;
VI. Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação na legislação;
VII. Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição;
VIII. Desenvolver mecanismos para avaliação das requisições transfusionais.

SEÇÃO II - ATRIBUIÇÕES

Art. 21 – Ao Presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê, especificamente:

I. Representar o Comitê em suas relações internas e externas;
II. Instalar o Comitê e presidir as reuniões;
III. Promover a convocação das reuniões;
IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer o direito do voto de desempate;
V. Indicar entre os membros do Comitê os relatores dos expedientes;
VI. Indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê;
VII. Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 22 – Aos membros do Comitê, caberá:

I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II. Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito das matérias em discussão;

III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Art. 23 – Ao Secretário do Comitê caberá:

I. Assistir as reuniões;

II. Encaminhar e preparar o expediente do Comitê;

III. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;

IV. Providenciar por determinação do Presidente, a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias;

V. Distribuir aos membros do Comitê as pautas das reuniões;

VI. Lavrar e assinar as Atas das reuniões do Comitê.

CAPÍTULO IV

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24 – O mandato dos membros do Comitê se extinguirá se houver motivo que justifique a cessação.

Art. 25 – O presente regimento interno poderá ser alterado mediante proposta do Comitê, por meio da maioria absoluta de seus membros submetidos ao Coordenador Médico para aprovação.

Art. 26 – O presente regimento interno estará em vigor na data de sua aprovação pelo Coordenador Médico do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, revogadas as disposições em contrário.

4.8.3. Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA		
ATIVIDADE	**2022**	**2023**

		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Reuniões de Planejamento													
3	Elaboração de Relatórios													
4	Reuniões Ordinárias													
5	Acompanhamento das notificações de eventos adversos relacionados à													
6	Monitorar a emissão de Pareceres Técnicos													
7	Promover ações educativas com profissionais de saúde													

4.9. Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com risco para Longa Permanência Hospitalar

4.9.1. Descrição da Finalidade

A dificuldade de conseguir leitos hospitalares para os pacientes, no Brasil, remete a um problema desde a década de 1980. Sabe-se que a falta de leitos poderá resultar em atraso da admissão de pacientes com urgência médica, alocação em leitos inapropriados e cancelamento de cirurgias eletivas. Além disso, poderá ocorrer a dificuldade de transferência de pacientes entre setores com eventual postergação de altas da Unidade de Terapia Intensiva, podendo elevar o tempo de permanência hospitalar.

A finalidade primordial do Comitê de Gerenciamento dos pacientes com Risco para Longa Permanência do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será avaliar os motivos pelos quais pacientes internados permanecem por um tempo dentro do Hospital muito maior do que seria esperado para aquele tipo de problema principal (exceção feita a instituições psiquiátricas).

Um dos indicadores de qualidade hospitalar de maior popularidade e sensibilidade é justamente o tempo médio de internação do paciente. Pacientes que permanecem por tempos acima do esperado podem traduzir

assistência inadequada, tanto do ponto de vista técnico quanto administrativo.

Na saúde pública, em que as internações hospitalares são remuneradas a partir de valores pré- determinados de acordo com o tipo de patologia (através das Autorizações para Internações Hospitalares - AIH), é bastante interessante para o gestor que os resultados dos tratamentos propostos sejam eficientes para o paciente, e ele possa receber sua alta hospitalar o mais brevemente possível:

Pacientes internados que complicam ou não apresentam a melhora esperada tendem a permanecer mais tempo internados e consequentemente o custo de sua internação acaba sendo desproporcional ao valor fixo que a tabela SUS determina. Por outro lado, grande rotatividade de leitos pode expressar qualidade assistencial e melhor remuneração para o mesmo perfil de pacientes.

Inicialmente, de responsabilidade da Comissão de Controle das Infecções Hospitalares - CCIH, o trabalho de levantamento de internações prolongadas focava aquele percentual de pacientes que em função do surgimento disseminado de infecções hospitalares acabavam por apresentar complicações dessa natureza, sendo esse o principal motivo para a sua permanência além da esperada.

Hoje, temos uma série de outros fatores, nos quais se destacam os eventos adversos a drogas, a dificuldade de lidar com questões como a terminalidade da vida fora do hospital, má prática médica que perpetua a permanência de pacientes em função de uma percepção equivocada do que vem a ser a racionalidade assistencial (por exemplo, obstinação terapêutica em pacientes internados sem possibilidade de melhora, tratamentos paliativos que poderiam ser feitos em ambiente domiciliar por home-care, tentativas de resolver todos os problemas do paciente enquanto aproveita o fato de estar internado, dentre outros).

Além disso, nossa cultura de entender o hospital como o local mais apropriado para a abordagem de doenças, aliado a um quadro de deficiências estruturais diversas nos serviços de atendimento básico, fazem com que o modelo hospitalocêntrico ainda seja, em nosso meio, bastante disseminado.

A quantidade de dias estabelecida como ponto de corte na definição de longa permanência, pode variar imensamente de uma organização para outra: enquanto os serviços públicos tendem

a considerar uma quantidade de dias de permanência maior (talvez, em função do perfil de pacientes internados mais complicados), tal como trinta dias, alguns hospitais estabelecem como sete, dez ou quinze dias como limite.

Alguns desafios atuais que o Hospital deverá enfrentar:

- Taxa de ocupação elevada;
- Momento econômico: permanência hospitalar prolongada devida a dificuldades sociais e/ou econômicas de familiares ou do paciente, que necessitam dar continuidade à permanência e não possuem rede de suporte social, ou ela é escassa;
- Considerável quantitativo de pacientes de longa permanência por doenças crônicas;
- Evolução dos números de taxa de permanência hospitalar por pacientes internados na emergência, grande complexidade e envelhecimento da população;
- Impacto nas vagas eletivas e perfil epidemiológico acarretando a insatisfação do cliente interno e externo.

Na implantação do Comitê de Gerenciamento dos pacientes com Risco para Longa Permanência do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, algumas ações serão desenvolvidas no intuito de:

- Aumentar a eficiência hospitalar,
- Identificar precocemente os pacientes com possibilidade de internação por longa permanência, desde o momento de admissão;
- Definir estratégias para a mais rápida desospitalização segura;
- Diminuir o tempo da internação hospitalar,
- Melhorar a qualidade da assistência,
- Realizar a transição do cuidado segura após alta hospitalar.

A seguir, demonstramos a proposta do regimento interno para o Comitê de Gerenciamento dos pacientes com Risco para Longa Permanência do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

4.9.2. Constituição Básica e Regimento Interno

O Comitê de Gerenciamento dos pacientes com Risco para Longa Permanência do **Hospital**

Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó terá composição multidisciplinar de membros efetivos indicados pela Diretoria Geral do Hospital, na forma que segue:

I. Coordenação Médica;
II. Enfermeiro;
III. Médico;
IV. Serviço Social;
V. Representante da equipe de Serviço de Atenção Domiciliar.

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA

O Comitê de Gerenciamento dos pacientes com Risco para Longa Permanência do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** deverá ser responsável pela gestão dos pacientes com internação superior a 7 dias e tem como objetivo avaliar as condições e contribuir para uma maior adequação e racionalização do tempo de permanência, do planejamento de alta e dos encaminhamentos.

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Art. 1º - É objetivo do Comitê:

- A identificação precoce dos pacientes com possibilidade de internação por longa permanência, desde o momento de admissão e definir estratégias para a mais rápida desospitalização;
- Definir estratégias para o tempo estimado de permanência e a data da alta, o mais cedo possível, com metas claras para a conclusão de cuidados;
- Criar alternativas para tornar possível a desospitalização;
- Aplicar instrumentos de planejamento para desospitalização: avaliações clínicas, abordagem social, reuniões com as equipes;
- Classificar o paciente pelo risco de cronicidade;
- Identificar fatores que interferem no atraso da Alta Hospitalar;
- Identificar pacientes elegíveis para o Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital

e/ou encaminhamentos.

Art. 2º- São critérios de identificação de pacientes com possível longa permanência:

Emergência:

I. Fratura complexa (colo de fêmur, bacia, coluna);
II. Cirurgia oncológica (pancratectomia, jejunostomia, colectomia, outras cirurgias extensas);
III. Politrauma Pacientes renais Neurológicos (AVC, tumor sistema nervoso central, TCE). DPOC.

Eletivo:

I. Pacientes regulados para UTI;
II. Cirurgias complexas;
III. Reinternações frequentes;
IV. Reinternação nos últimos 30 dias;
V. Origem de *Home Care*.

Após internação:

I. CCIH Informar pacientes com indicação de antibiótico prolongado;
II. Monitorados a partir do quinto dia de internação;
III. Coordenadores de especialidades recebem lista dos pacientes com TMI > 5 dias.

CAPÍTULO II

COMPOSIÇÃO

Art. 3º - O Comitê de Gerenciamento dos pacientes com Risco para Longa Permanência do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá composição multidisciplinar de membros efetivos indicados pela Diretoria Geral do Hospital, na forma que segue:

I. Coordenação Médica;
II. Enfermeiro;
III. Médico;
IV. Serviço Social;
V. Representante da equipe de Serviço de Atenção Domiciliar.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º - Ao Comitê de Gerenciamento dos pacientes com Risco para Longa Permanência do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó,** compete:

I. Monitorar a internação de pacientes clínicos e cirúrgicos com previsão de alta fornecida pela equipe assistencial;
II. Acompanhar o serviço de enfermagem e as equipes médicas no tempo previsto de internação;
III. Acompanhar os pacientes em internação prolongada;
IV. Comunicação direta com a equipe de Serviço de Atenção Domiciliar;
V. Discussão semanal dos casos de longa permanência;
VI. Suporte à equipe médica, pacientes e equipe multidisciplinar, no processo de desospitalização;
VII. Orientar e dar suporte sobre as instituições de transição aos familiares de pacientes com potencial para transferência para esses serviços.
VIII. Promover a autonomia e empoderamento do paciente e familiares/cuidadores, subsidiando-os a perceber este processo como algo positivo, visando garantir uma transição efetiva proporcionando bem-estar e conforto ao paciente e família.

Parágrafo Único: É dever da equipe interdisciplinar preparar o paciente e família para alta hospitalar segura e desospitalização eficaz.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

ART. 5º - O funcionamento do Comitê de Gerenciamento dos pacientes com Risco para Longa Permanência do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**:

I. O Comitê instalar-se-á e funcionará com a maioria de seus membros;
II. As reuniões do Comitê serão realizadas na sede do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**;
III. As reuniões do Comitê devem ocorrer semanalmente para discussão dos casos de longa permanência;

IV. Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros do Comitê presentes, registros em geral, discussões de casos e recomendações feitas pelos membros do Comitê.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6 – É competência do Comitê de Gerenciamento dos pacientes com Risco para Longa Permanência do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó:**

I. Acompanhar o serviço de enfermagem e as equipes médicas no tempo previsto de internação;
II. Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos casos de longa permanência;
III. Estabelecer critérios para o planejamento de alta segura envolvendo práticas assistenciais, como:
    a) Garantir a previsão de uma data confiável para a alta;
    b) Prever as necessidades do paciente, família e do seu destino.
IV. Incorporar a infraestrutura para executar o planejamento para a alta:
    a) Garantir um preparo proativo para a alta;
    b) Coordenar o processo de permanência dos pacientes.
V. Comunicação direta com o Serviço de Atenção Domiciliar;
VI. Dar suporte à equipe médica, pacientes e equipe multidisciplinar, no processo de desospitalização;
VII. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;
VIII. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos;
IX. Orientar e dar suporte sobre as instituições de transição aos familiares de pacientes com potencial para transferência para esses serviços.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 7º - A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 8º - Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

4.9.3. Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		2022									2023		
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Formar o Comitê de Gerenciamento dos pacientes com Risco para Longa Permanência												
2	Reuniões de Planejamento												
3	Elaborar critérios técnicos para avaliação e análise dos casos de longa permanência												
4	Elaborar critérios para o planejamento de alta segura envolvendo práticas assistenciais												
5	Monitoramento dos casos de longa permanência hospitalar												
6	Reuniões para discussão dos casos de longa permanência hospitalar												
7	Elaboração de Pareceres e Relatórios												
8	Desenvolvimento de Atribuições junto às equipes assistenciais do Hospital												
9	Orientar e oferecer suporte aos pacientes/familiares												

4.10. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

4.10.1. Descrição da Finalidade

O **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** possuirá um Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) que adotará um Plano de Qualidade e Segurança do Paciente (PSP), sendo constituído de ações de orientação técnico administrativos com foco primordial

em prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência aos pacientes e aos profissionais da instituição.

Desta forma, serão estabelecidas estratégias e ações de gestão de risco para serem desenvolvidas/aplicadas pelos gestores e/ou lideranças, estimulando suas equipes: colaboradores/trabalhadores de todas as unidades do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** que prestam cuidados à pacientes em que existe riscos eminentes, como as unidades de interação de pacientes (linhas assistenciais), ambulatório, hemodiálise, hemodinâmica, endoscopias, centro cirúrgico, serviços de apoio (imagem, laboratório, banco de sangue e outros), Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), assistência farmacêutica, serviços especializados como exemplo Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), serviços de Fisioterapia, Psicologia, Serviços Social e etc.

Todos os profissionais deverão:

- Utilizar as ferramentas de apoio para a equipe conseguir acompanhar a gestão de risco de suas unidades de atuação.

- Apoiar as ações educativas recebidas pelo Núcleo de Educação Permanente, SCIH, NQSP e outros cursos de atualização, reforçando aos colegas a adesão para prevenção de eventos adversos infecciosos e não infecciosos e prevenção de acidentes ocupacionais e outras falhas que possam causar dano aos pacientes.

- Implementação dos protocolos institucionais por meio de divulgação interna aos colegas e subordinados e sempre que a instituição desenvolver campanhas educativas.

- Cada liderança deverá incluir nas atividades diárias de seus profissionais os itens de segurança divulgados em protocolos: Identificação do Paciente, Prevenção de Queda, Prevenção de Flebite, Prevenção de Lesão por Pressão, Protocolo de Segurança com Medicamentos e outros relacionados à prevenção de eventos adversos.

- As lideranças poderão participar de comissões de discussão de melhorias para os protocolos de segurança institucionais, objetivando atualização dos protocolos para que sejam mais adaptados à realidade de suas unidades. Para tanto o NQSP possui espaços para discussão como Comissão de LPP, Comissão de Tromboembolismo Venoso (TEV) Comissão de Cirurgia Segura e de Medicação Segura.

O plano irá definir que os protocolos de segurança do paciente implementados no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** sejam relacionados às 6 metas internacionais de segurança, bem como outras metas que são institucionais, como logo abaixo:

- Identificação do paciente – O hospital confeccionará pulseiras de identificação do paciente, conforme recomendações da ANVISA, contendo dados como nome, data de nascimento e nº de prontuário para todos os pacientes internados e ambulatoriais.

- Higiene das mãos – O serviço de Controle de Infecção Hospitalar realizará as ações educativas conforme recomendações da ANVISA, monitora indicadores de higienização das mãos e outras medidas relacionadas à estrutura para melhorias quanto este protocolo.

- Segurança cirúrgica – A instituição terá checklist, que deve ser utilizado para os pacientes que realizam cirurgia e outros procedimentos invasivos, como endoscopias, por exemplo:

- Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

- Protocolo de monitoramento do paciente que recebe hemoderivados.

- Segurança no uso de equipamentos e materiais; manter registro adequado do uso de órteses, próteses e stents quando este procedimento for realizado;

- Prevenção de quedas, de lesão por pressão e outras lesões.

- Protocolos de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde;

- Protocolos de segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

- Protocolo de comunicação efetiva entre profissionais de saúde e entre pacientes com profissionais de saúde: Sinalização dos riscos à beira leito, orientações aos pacientes quanto planejamento de alta hospitalar, Utilização do Mapa de Risco Assistencial, Huddle (reuniões rápidas de equipe multi nas unidades), divulgação de protocolos em folders informativos, campanhas, cartazes ou outras formas lúdicas que facilitem a ciência e adesão dos trabalhadores.

- Prevenção e tratamento adequado ao paciente com risco para o desenvolvimento de tromboembolismo venoso (TEV) em conjunto com comissão de TEV do hospital.

As responsabilidades quanto ao engajamento dos profissionais para contribuírem com a Cultura de Segurança do Paciente serão realizadas conforme as atividades desenvolvidas pelo hospital, considerando as particularidades dos diversos tipos de atendimentos que o Hospital apresenta, suas dimensões, especialidades em atendimentos, serviços prestados, resguardando legislações de conselhos das categorias organizadas que realizam cuidados neste estabelecimento.

Em conformidade com a RDC 36/2013, o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) será composto pela direção do Hospital (representantes), CCIH, outros gestores nomeados pela Direção Geral do Hospital.

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) terá como função identificar riscos, controlá-los e reduzi-los para manter o **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** cada vez mais seguro. As reuniões serão realizadas mensalmente com análise crítica dos resultados e definição de planos de melhoria em conjunto.

A Coordenação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) será responsável por receber as notificações, classificá-las e direcioná-las para análise e tratativa com as ferramentas da qualidade preconizadas na instituição. No intuito de garantir maior efetividade na análise e tratativa de alguns dos eventos serão criadas subcomissões específicas e especializadas, sendo elas:

FARMACOVIGILÂNCIA

Para a Organização Mundial da Saúde, a Farmacovigilância é a atividade que faz a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos. Desvio de qualidade como perda de eficácia, presença de corpo estranho e problemas de rotulação, erros de administração de medicamento, uso de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada são outras questões relevantes para a Farmacovigilância.

TECNOVIGILÂNCIA

Visando a segurança sanitária de produtos para saúde, a Tecnovigilância é um sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas destes na fase de pós-comercialização.

São produtos para a saúde Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso in-vitro. Compete à Tecnovigilância monitorar, analisar e

investigar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso de saúde.

HEMOVIGILÂNCIA

É um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange toda a cadeia da transfusão sanguínea, gerando informações sobre eventos adversos resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes. Estas informações são utilizadas para identificar riscos, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do paciente, prevenindo a ocorrência ou recorrência desses eventos. Os eventos adversos associados ao uso de sangue e componentes são denominados de reações transfusionais.

4.10.2. Constituição Básica e Regimento Interno

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente será constituído, minimamente, por:

I. Um representante da Diretoria Técnica;
II. Um médico representante da Coordenação Médica;
III. Um representante da residência médica;
IV. Um representante da residência multiprofissional;
V. Um enfermeiro representante de equipe de Enfermagem;
VI. Um representante da Coordenação de Serviços Assistenciais;
VII. Um farmacêutico representante da Farmácia;
VIII. Um representante Setor de Vigilância em Saúde, que coordenará o Núcleo;
IX. Um representante da Coordenação Administrativa;
X. Enfermeiros líderes das unidades.

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º Este regimento atende as normas instituídas pela ANVISA, autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados à disposição do consumidor. A ANVISA define se um produto de saúde será mantido ou retirado do mercado. Todos os problemas detectados pela Anvisa são comunicados à OMS, o que beneficia a saúde do Brasil e do mundo.

Art. 2º - O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Diretoria Geral do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

Art. 3º - O NQSP tem por finalidade assessorar a Diretoria Geral do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

Art. 4º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 5º Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Art. 6º Considerar-se-á dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Art. 7º Evento adverso é a ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde que resulta em dano à saúde.

I - Eventos graves relacionados aos procedimentos cirúrgicos:

a) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado.

b) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado.

c) Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente.
d) Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo.

e) Óbito intraoperatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1.

II - Eventos relacionados a produtos:

a) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos.

b) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde.

c) Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células) contaminados.

d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na Anvisa).

III - Eventos relacionados à proteção do paciente:

a) Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada.

b) Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente.

c) Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

IV- Eventos relacionados à gestão do cuidado:

a) Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada).

b) Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional.

c) Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco.

d) Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço

de saúde.

e) Qualquer úlcera de pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/ comparecimento no serviço de saúde.

f) Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde.

g) Inseminação artificial com o esperma do doador errado ou com o óvulo errado.

h) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível.

i) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

V- Eventos ambientais

a) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde.

b) Qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas.

c) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde.

d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde.

VI - Eventos radiológicos que possam levar a óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética.

VIII- Eventos criminais potenciais

a) Qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado.

b) Sequestro de paciente de qualquer idade.

c) Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas proximidades do serviço

de saúde.

d) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física (espancamento) que ocorra dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

Art. 8º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) visa a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.

Art. 9º A Gestão de risco será desenvolvida através da Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Art. 10º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Art. 11º A criação do plano de segurança do paciente em serviços de saúde apontará as situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

Art. 12º Define que a segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Art. 13º Conceitua-se serviço de saúde como sendo o estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis.

Art. 14º Considera-se tecnologias em saúde o conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infra-estrutura e a organização do serviço de saúde.

CAPÍTULO II

DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 15º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Art. 16º Objetiva promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NQSPs.

Art. 17º Este Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá às seguintes normas:

- Portaria MS nº 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar;
- Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013;
- Resolução - RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 18º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente deve ser composto, minimamente, por:

I. Um representante da Diretoria Técnica;
II. Um médico representante da Coordenação Médica;
III. Um representante da residência médica;
IV. Um representante da residência multiprofissional;
V. Um enfermeiro representante de equipe de Enfermagem;
VI. Um representante da Coordenação de Serviços Assistenciais;
VII. Um farmacêutico representante da Farmácia;
VIII. Um representante Setor de Vigilância em Saúde, que coordenará o Núcleo;
IX. Um representante da Coordenação Administrativa;
X. Enfermeiros líderes das unidades.

CAPÍTULO IV

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art.19º Princípios e diretrizes do Núcleo:

I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 20º Competências do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:

I. promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
II. analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
III. desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
IV. promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
V. promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
VI. estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
VII. elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
VIII. avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

IX. priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

X. compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI. acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII. acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XIII. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

XIV. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

XV. promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

XVI. elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

XVII. elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com o Setor de Ensino e Pesquisa ou equivalente;

XVIII. participar de eventos e demais ações promovidas pela Instituição sobre segurança do paciente e qualidade;

XIX. sensibilizar os profissionais, a comunidade acadêmica e os usuários quanto a importância da Segurança do Paciente;

XX. estabelecer vínculo com a comunidade acadêmica, com intuito de disseminar a cultura de segurança do paciente.

CAPITULO V

DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 21º Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade seguindo os seguintes princípios:

I. Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;
II. Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;
III. Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;
IV. Proteção à identidade do notificador;
V. Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
VI. Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 22º Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes ao abrir o item de pauta.

Parágrafo Único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar em qualquer item de pauta envolvendo a área que representa.

Art. 23º As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo Único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Presidente do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Diretoria Geral.

Art. 24º As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

I. Coordenar as discussões;
II. Produzir e expedir documentos;
III. Distribuir tarefas;
IV. Conduzir os trabalhos;
V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 25º O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NQSP.

CAPÍTULO VI

DO MANDATO

Art. 26º O mandato dos membros do NQSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo Único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do NQSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Diretoria Geral.

CAPÍTULO VII

DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS DO NQSP

Art. 26º São princípios do NQSP:

I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 27º - Compete ao NQSP:

I. promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
II. analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
III. desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
IV. promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

V. promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

VI. estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VII. elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;

VIII. avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

IX. priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

X. compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI. acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII. acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XIII. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

XV. promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

XVI. elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

XVII. elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com o Setor de Ensino e Pesquisa ou equivalente;

XVIII. participar de eventos e demais ações promovidas pela Instituição sobre segurança

do paciente e qualidade.

CAPÍTULO VIII

DAS REUNIÕES

Art. 30º As reuniões do NQSP serão realizadas em caráter ordinário (quinzenal), em dia, local e horário preestabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 72 horas de antecedência.

Art. 31º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro do NQSP, de acordo com a urgência da matéria.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

Art. 32º As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

Art. 33º Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro do NQSP.

Art. 34º A convocação para reunião do NQSP será feita pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e operacionalizada pelo Secretário ou Secretário Substituto, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação.

Art. 35º O NQSP poderá incluir mensalmente em uma das suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 36º As reuniões serão realizadas com no mínimo 1/3 dos membros do NQSP, porém as resoluções relacionadas diretamente a eventos adversos graves deverão ser tomadas com a presença de 50% dos membros mais um.

Art. 37º De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 38º Os membros do NQSP que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente consideradas desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Diretor Geral.

Art. 39º As reuniões do NQSP serão contabilizadas dentro da carga horária de trabalho de cada membro, bem como a carga horária utilizada para participar dos grupos de trabalho caso esteja inserido em algum.

CAPÍTULO IV

DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 40º As deliberações do NQSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§ 1º - As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

§ 2º - As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3º - Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NQSP.

CAPÍTULO X

DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 41º O apoio administrativo ao NQSP será realizado pelo pessoal administrativo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente em parceria com a secretaria das comissões.

Art. 42º São consideradas atividades administrativas:

a) Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NQSP;

b) Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NQSP;

c) Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

CAPÍTULO XI

DOS GRUPOS DE TRABALHO DO NQSP

Art. 43º O NQSP poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos, podendo solicitar a participação de profissionais que não pertençam ao NQSP.

§ 1º - Os grupos de trabalho serão compostos por no máximo 6 (seis) e no mínimo 3 componentes tendo reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo NQSP e nomeados pela Diretoria Geral.

§ 2º - Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NQSP.

§ 3º - O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do grupo de trabalho.

§ 4º - As atribuições do Coordenador do grupo de trabalho incluirão, sem prejuízo de outras:

I. Coordenar as discussões;
II. Definir responsabilidades dos componentes;
III. Conduzir os trabalhos;
IV. Responsabilizar-se pela entrega tempestiva dos produtos demandados pelo NQSP.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 44º Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 45º Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Diretor Geral.

Art. 46º O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

4.10.2. Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA

	ATIVIDADE	2022									2023			
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Formação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	■	■											
2	Elaboração do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde		■	■										
3	Identificar, classificar e mapear os riscos setoriais no Hospital		■	■										
4	Realizar treinamento com todas as áreas do Hospital;				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5	Engajar amplamente as diferentes lideranças e os profissionais da linha de frente do cuidado em torno das ações propostas				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6	Executar as ações e documentá-las				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7	Acompanhamento e avaliação periódica de indicadores				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8	Realizar reuniões multidisciplinares periódicas para apresentação e discussão dos resultados (feedback)					■		■		■		■		■
9	Avaliar a necessidade de ações corretivas					■		■		■		■		■
	Implementar ações corretivas e documentá-las					■		■		■		■		■
	Alterar/redesenhar os processos previamente definidos com vistas à melhoria contínua e estabelecimento de ações que previnam incidentes relacionados à assistência à saúde									■				
	Identificar necessidades de novo planejamento									■				

4.11. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH)

4.11.1. Descrição da Finalidade

O **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** possuirá um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar que irá buscar e notificar todos os agravos de doenças de notificação compulsória (DNC) atendidos no Hospital e investigará esses casos durante a permanência do paciente na Unidade, encaminhando a informação para a Coordenação de Vigilância do município onde está sediada para serem digitados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN). Também irá participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC´s detectadas no âmbito de serviço de saúde.

São objetivos do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar:

I. Manter em operação a busca ativa para os pacientes atendidos no Hospital, para a detecção das doenças e agravos constantes da Portaria n°2.472, de 31 de agosto de 2010/SVS/MS;

II. Manter em operação sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente do Hospital, prioritariamente dos óbitos maternos declarados, de mulher em idade fértil;

III. Manter a realização de notificação ao primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica às doenças;

IV. Manter a realização de investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS;

V. Participar da investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil, ocorridos no ambiente do Hospital, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS e SES;

VI. Acompanhar as notificações realizadas, prestando contas aos órgãos fiscalizadores.

VII. Desenvolver processo de trabalho integrado aos setores estratégicos do Hospital, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica – tais como os Serviços de Arquivo Médico; as Comissões de Óbitos e de Controle de Infecção, para acesso às informações necessárias à detecção, monitoramento e encerramento de casos ou surtos sob investigação;

VIII. Promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no Hospital;

IX. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos;

X. Divulgar o perfil de morbimortalidade hospitalar, incluindo as DNC detectadas nesse ambiente,

subsidiando o processo de planejamento e a tomada de decisão dos gestores do hospital, dos gestores estaduais e dos municipais dos sistemas devigilância e de atenção à saúde;

XI. Apoiar estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC, de óbito e câncer no ambiente hospitalar;

XII. Elaborar relatório epidemiológico trimestral;

XIII. Elaborar e divulgar semestralmente o boletim epidemiológico;

XIV. Participar de eventos de natureza epidemiológica.

4.11.2. Constituição Básica e Regimento Interno

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será constituído por no mínimo 2 (dois) profissionais de nível superior com capacitações na área de epidemiologia e 1 (um) profissional de nível médio. A equipe do NVEH será supervisionada por uma enfermeira supervisora e cumprirá todas as determinações da Secretaria Estadual de Saúde.

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Art. 1º - O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar tem por finalidade detectar, recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Além disso, deverá comunicar a Vigilância Epidemiológica Municipal/Estadual todos os casos de notificação compulsória que porventura sejam diagnosticados no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º - O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar será composta por no mínimo 2 (dois) profissionais de nível superior com capacitações na área de epidemiologia e 1 (um) profissional de nível médio.

Parágrafo Único - A equipe do NVEH será supervisionada por uma enfermeira supervisora e cumprirá todas as determinações da Secretaria Estadual de Saúde.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 3º - São atribuições do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar:

I. Elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para pacientes atendidos em pronto-socorro e ambulatório, para detecção de Doenças de Notificação Compulsória - DNC;

II. Notificar e investigar as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN;

III. Realizar a notificação imediata para as doenças que precisam de ação de controle e investigação imediata, segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SMS e SES;

IV. Notificar os casos de violências em crianças, adolescentes, mulheres e idosos;

V. Inserir as informações nas fichas de investigação epidemiológica do banco de dados do SINAN, consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC, respeitando as normas e rotinas estabelecidas pela SINAN, para subsidiar o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do Hospital;

VI. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC detectados no âmbito do Hospital;

VII. Promover um trabalho integrado com o laboratório que irá realizar os exames e como os outros laboratórios de referência, bem como serviços de anatomia patológica, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;

VIII. Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos e anátomo-patológico, em caso de óbito por causa mal definida;

IX. Estabelecer um fluxo com a Farmácia, para recebimento de informações de pacientes em uso de medicamentos próprios de DNC;

X. Promover a integração com o Serviço de Arquivo Médico (SAME) e a comissão de revisão de prontuário médico do Hospital para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e em outros registros de atendimento;

XI. Trabalhar em parceria com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Comissão de

Análise de Óbito;

XII. Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar;

XIII. Orientar a população e a equipe da Unidade quanto as medidas de prevenção das DNC e agravos de acordo com os Protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde;

XIV. Elaborar e divulgar periodicamente relatórios de doenças notificadas no Hospital e realizar sistematicamente reuniões com a equipe médica e de outros profissionais;

XV. Orientar quanto a importância da imunização aos profissionais e usuários da Unidade;

XVI. Monitorar, avaliar e divulgar o perfil do morbi-mortalidade do Hospital; XVII. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos e de nascidos vivos;

XVIII. Participar do monitoramento e da avaliação dos óbitos maternos e infantis no ambiente hospitalar, nos termos definidos na Portaria nº 653/GM, de 28 de maio de 2003.

CAPÍTULO IV

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 4º - Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 5º - Os membros do Núcleo deverão promover reuniões mensalmente sendo essas registradas em Atas e supervisionadas pelo Diretor Técnico, com discussões pela Alta Direção, com retroalimentação para a comunidade da instituição.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 6º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, em conjunto com o Diretor Técnico do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

Art. 7º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Art. 8º - O regimento entrará em vigor após ser homologado pela Diretoria Geral e designação dos membros.

4.11.3. Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		2022									2023		
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Criação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar													
2	Reuniões de Planejamento													
	Acompanhar as notificações realizadas, prestando contas aos órgãos fiscalizadores.													
3	Elaboração e divulgação de Relatórios periódicos de doenças notificadas													

4	Desenvolvimento de Atribuições												
5	Promoção e Participação de Eventos												
6	Elaboração de Orientações aos pacientes												
7	Orientar os usuários e a equipe da Unidade quanto as medidas de prevenção das DNC e agravos de acordo com os Protocolos instituídos pelo MS												

4.12. Comissão Interna de Qualidade (CIQ)

4.12.1. Descrição da Finalidade

A Comissão Interna de Qualidade deverá interagir com as diversas unidades administrativas, técnicas e assistenciais do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, visando ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, apoiando e orientando o enquadramento às melhores práticas do segmento da saúde.

O Hospital irá identificar a totalidade de seus processos de trabalho por meio do mapeamento setorial e das possíveis interações sistêmicas administrativas ou técnicas (fornecedores e clientes), objetivando com isto o estabelecimento de controles e critérios padronizados para desempenho da assistência como um todo. A busca pelo alcance das metas estabelecidas será a evidência do comprometimento do hospital com a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

São objetivos da Comissão Interna de Qualidade:

I. Promover a gestão da qualidade no Hospital;

II. Promover a cultura de melhoria contínua dos serviços prestados à população pelo **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** nas áreas assistenciais, no ensino, na pesquisa, na inovação e na extensão em saúde;

III. Investir em processos de melhoria contínua para alcançar 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;

IV. Criar diretrizes e requisitos pré-definidos pelo Manual de Qualidade do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, considerando leis, regulamentos, normas, evidências científicas e boas práticas vigentes;

V. Realizar um diagnóstico da situação do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** permitindo traçar estratégias para melhorar a qualidade da gestão, considerando a interligação de estruturas e processos do hospital em que o funcionamento de um departamento pode interferir nos resultados do conjunto.

Os requisitos a serem contidos no Manual de Qualidade do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** serão classificados em Processos Gerenciais, Processos de Apoio e Processos Finalísticos. As informações estarão organizadas em *checklist*, facilitando o processo de avaliação interna do hospital:

- **Processos Gerenciais:** são aqueles ligados à estratégia da organização. Estão diretamente relacionados à formulação de políticas e diretrizes para se estabelecerem e efetivarem metas operacionais, legais, financeiras e reguladoras. Além disso, norteiam a definição de indicadores de desempenho e os modos de monitoramento e avaliação dos resultados alcançados, interna e externamente à instituição.

- **Processos de Apoio:** os processos de apoio dão suporte aos demais processos, administrando as necessidades desses, ou seja, estão diretamente relacionados à gestão dos recursos imprescindíveis ao desenvolvimento de todos os processos da instituição, sobretudo aos finalísticos.

- **Processos Finalísticos**: estão ligados à essência de funcionamento do hospital, estando correlacionados às atividades-fim da instituição, com isso, são responsáveis pela geração de produtos ou serviços finais que beneficiam imediatamente aos usuários. Os processos finalísticos recebem apoio de outros processos internos. Por serem os processos que agregam valor direto para os usuários, seus erros são primeiramente detectados.

4.12.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A Comissão Interna da Qualidade do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será constituída por equipe multiprofissional e de atuação interdisciplinar, composta por 04 (quatro) representantes da Coordenação de Serviços Assistenciais, 02 (dois)

da Coordenação Administrativa, 01 (um) do Setor de Ensino e Pesquisa e 01 (um) da Diretoria, capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

A escolha dos membros da comissão interna da qualidade deverá considerar as diferentes áreas do hospital visando a verificação de todos os requisitos aplicáveis à instituição.

Poderão ser escolhidos líderes da qualidade dos setores para integrar a Comissão, contudo, nem todo líder da qualidade será necessariamente integrante da Comissão Interna da Qualidade, considerando que o número de líderes da qualidade é bem superior ao número de integrantes da Comissão.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Art. 1º O Regimento Interno da Comissão Interna da Qualidade é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação das atividades de avaliação da qualidade na instituição.

Art. 2º A Comissão Interna da Qualidade do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** é regida por este Regimento Interno, tem natureza técnico-científica permanente e foi instituída para coordenar a avaliação interna da qualidade.

.Art. 3º A Comissão Interna de Qualidade é um órgão de assessoria direta da Diretoria Geral do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, formado por profissionais qualificados para o planejamento e execução da avaliação interna de qualidade.

Art. 4º A autoavaliação será realizada para verificar a conformidade das práticas do hospital frente aos requisitos descritos no Manual de Qualidade.

Art. 5º O objetivo da avaliação interna da qualidade é estimular o hospital a investir em processos de melhoria contínua para alcançar os padrões de excelência nos serviços prestados, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para o paciente, eficiência na gestão e contribuir

para a formação de excelência dos estudantes dessas instituições.

§1º A avaliação interna de qualidade é um programa de melhoria contínua, não tendo cunho fiscalizatório.

§2º A avaliação interna da qualidade possui a finalidade de verificar a realidade do hospital e oportunidades de melhorias.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 6º Para este Regimento, considera-se:

I - Avaliador interno da qualidade: profissional do hospital, qualificado para realizar a avaliação interna de qualidade, designado como membro da Comissão Interna da Qualidade. Deverão ser selecionados e capacitados pelo Coordenador da Comissão Interna da Qualidade.

II - Coordenador da Comissão Interna da Qualidade: profissional integrante da Comissão, que assume a responsabilidade pela condução das atividades de avaliação interna da qualidade da equipe.

III - Avaliação Interna da Qualidade (auto avaliação): atividade sistemática, independente e documentada, realizada por uma equipe do hospital para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade, visando a melhoria contínua do desempenho.

IV - Avaliação interna geral: avaliação interna da qualidade de todos os requisitos do manual da qualidade, ou seja, uma visão geral de todo o hospital, realizada em um período determinado, minimamente uma vez ao ano.

V - Avaliação interna parcial: avaliação interna da qualidade quanto à adequação das unidades do hospital individualmente com periodicidade definida pela Comissão Interna da Qualidade.

VII - Líder da qualidade: profissional que acredita na gestão da qualidade e exerce a liderança em seu setor de atuação promovendo a qualidade nos processos, independentemente de cargo ou função, contribuindo para a avaliação interna da qualidade.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 7º A Comissão Interna da Qualidade terá composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por 04 (quatro) representantes da Coordenação de Serviços Assistenciais, 02 (dois) da Coordenação Administrativa, 01 (um) do Setor de Ensino e Pesquisa e 01 (um) da Diretoria, capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

Art. 8º A escolha dos membros da comissão interna da qualidade deverá considerar as diferentes áreas do hospital visando a verificação de todos os requisitos aplicáveis à instituição.

Parágrafo Único: Poderão ser escolhidos líderes da qualidade dos setores para integrar a Comissão, contudo, nem todo líder da qualidade será necessariamente integrante da Comissão Interna da Qualidade, considerando que o número de líderes da qualidade é bem superior ao número de integrantes da Comissão.

Art. 9º A Comissão contará obrigatoriamente com um Coordenador, selecionado pela Diretoria Geral, responsável pela condução dos trabalhos da Comissão Interna da Qualidade na instituição.

Parágrafo Único: O Coordenador deve ser vinculado ao Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP), responsável pelo desenvolvimento das atividades de gestão da qualidade no Hospital.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10. A Comissão Interna da Qualidade tem como atribuição a condução dos processos de avaliação interna da instituição, de sistematização e de prestação das informações aos gestores.

Art. 11. Compete aos avaliadores internos, integrantes desta Comissão:

I. Cumprir este Regimento;

II. Participar das reuniões da Comissão Interna da Qualidade;

III. Realizar a avaliação interna no Hospital;

IV. Elaborar roteiros de avaliação em parceria com os demais membros da sua equipe de avaliação;

V. Desempenhar tarefas para as quais for designado nas reuniões da Comissão;

VI. Elaborar e emitir relatórios de auditorias;

VII. Encaminhar para a Diretoria do INSTITUTO PATRIS o relatório da avaliação interna em instrumento único.

VIII. Contribuir, caso seja solicitado pelo SVSSP, para realização dos ciclos de melhoria.

Art. 12. Compete ao Coordenador da Comissão Interna da Qualidade:

I. Selecionar os avaliadores internos da qualidade;

II. Promover a capacitação dos avaliadores internos da qualidade;

III. Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão;

IV. Coordenar as discussões e conduzir os trabalhos da Comissão;

V. Distribuir tarefas entre seus membros;

VI. Responsabilizar-se pela qualificação, coordenação, organização, planejamento, desenvolvimento, execução e avaliação, permanente e sistemática, das atividades referentes às avaliações internas da instituição;

VII. Representar a Comissão Interna da Qualidade perante a alta administração;

VIII. Selecionar e participar de auditorias aleatórias com o intuito de verificar seu desenvolvimento;

IX. Encaminhar ao Diretor Geral e Diretoria do INSTITUTO PATRIS os respectivos relatórios de avaliação interna conforme prazo estipulado em documento próprio;

X. Garantir o desenvolvimento das atividades dos Avaliadores Internos na instituição com o apoio da Diretoria Geral.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Art. 13. A atuação dos avaliadores se restringe ao âmbito interno de sua instituição hospitalar devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento, ao regimento interno do Hospital, à missão, visão e valores do INSTITUTO PATRIS e do Hospital.

Art. 14. Baseados nos requisitos verificados como não conformes, durante a auto avaliação, cada área do hospital deverá planejar, executar e monitorar ações que visem à adequação das não conformidades apresentadas.

Parágrafo Único: O não cumprimento dos requisitos durante a auto avaliação deverá deflagrar ciclos de melhoria da qualidade. Cada setor será responsável pela condução de seu ciclo de melhoria com o apoio do SVSSP. A condução dos ciclos de melhoria não é responsabilidade da Comissão Interna da Qualidade.

Art. 15. A Comissão se reunirá ordinariamente uma vez ao mês.

§1º Os dias, horários e lugares das reuniões ordinárias serão divulgados pelo Coordenador da Comissão com antecedência mínima de 15 dias sendo obrigatória a presença de todos os membros do corpo de avaliadores internos.

§2º As reuniões de deliberação deverão atender ao quórum mínimo de 05 (cinco) membros.

§3º As reuniões deverão ser registradas em lista de presença e ata de reunião com a assinatura dos presentes.

§4º O avaliador que faltar duas reuniões consecutivas ou três alternadas, sem justificativa formalizada, será excluído do corpo de avaliadores internos e não participará da Comissão Interna da Qualidade no ano subsequente.

Art. 16. Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador da Comissão com antecedência mínima de 24 horas.

Art. 17. As deliberações da Comissão deverão ser encaminhadas à Diretoria Geral, Gerências ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

Art. 18. A participação na Comissão Interna da Qualidade não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros e se dará no horário de trabalho.

Parágrafo Único: Os participantes da Comissão deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão. O Coordenador da Comissão deverá encaminhar periodicamente para a chefia imediata a carga horária necessária para as atividades de cada membro a depender do número de avaliações previstas no período.

CAPÍTULO VI

DA QUALIFICAÇÃO DOS AVALIADORES

Art. 19. Os avaliadores deverão ser qualificados para realização da avaliação interna e, preferencialmente, possuir conhecimento técnico-científico dos processos de trabalho da área a ser avaliada.

Art. 20. Colaboradores da instituição que possuam formação e experiência nas áreas de auditoria e qualidade deverão ser considerados para compor a Comissão.

Art. 21. O Hospital deverá proporcionar capacitações complementares necessárias à execução dos processos de avaliação interna.

Parágrafo Único. A solicitação de capacitação complementar deverá ser realizada pelo Coordenador da Comissão à Diretoria Geral apresentando a devida justificativa.

CAPÍTULO VII

DAS AVALIAÇÕES

Art. 22. A definição do cronograma das avaliações será feita no âmbito da Comissão e deverá considerar a disponibilidade da equipe de avaliadores.

§ 1º Deverão ser programadas avaliações internas gerais e parciais, as quais serão realizadas pela equipe da Comissão.

§ 2º A avaliação deverá ser realizada obrigatoriamente por dois membros da Comissão.

Art. 23. O chefe da unidade a ser avaliada deverá ser notificado sobre a visita da Comissão com antecedência mínima de sete dias.

Art. 24. A comunicação com o chefe da unidade deverá acontecer por e-mail informando a data da avaliação, o nome dos avaliadores, os requisitos que serão avaliados e a previsão de tempo de avaliação. Além disto, é necessário que o chefe indique representante da unidade responsável pelo acompanhamento da avaliação.

Art. 25. 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. 26. 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. 27. A equipe deverá avaliar a unidade utilizando uma lista de verificação baseada no Manual de Qualidade.

Art. 28. Ao término da avaliação, os avaliadores deverão expor resumidamente suas conclusões sobre a adequação da unidade aos requisitos da qualidade e possíveis oportunidades de melhorias.

CAPÍTULO VIII

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Art. 29. Os resultados, evidências, oportunidades de melhorias e conclusões das avaliações serão documentadas pela equipe da Comissão. A cada avaliação o coordenador deverá designar um avaliador responsável pela elaboração e apresentação do relatório, sua exatidão e completude.

Art. 30. O relatório conterá informações detalhadas do processo de avaliação, incluindo, sempre que aplicável:

I - Identificação do local, data e horário da avaliação;

II - Identificação dos avaliadores internos;

III - Identificação dos responsáveis da unidade que acompanharam a avaliação;

IV - Identificação do chefe da unidade avaliada;

V - Citação dos documentos de referência, segundo os quais a avaliação foi conduzida;

VI - Identificação dos itens conformes, com suas evidências, e itens não conformes em relação aos requisitos da documentação de referência;

VII - Observações da equipe de avaliação como oportunidades de melhorias.

Art. 31. O avaliador responsável deverá encaminhar o relatório final de avaliação interna ao Coordenador da Comissão até 5 dias úteis após o encerramento da visita.

Parágrafo Único: O envio do relatório de avaliação interna ao Coordenador deverá ser feito por meio eletrônico.

Art. 32. O relatório deverá ser enviado pelo Coordenador da Comissão ao Chefe da unidade avaliada em até 7 dias úteis a contar da data de encerramento da visita.

Art. 33. O Chefe da Unidade poderá contestar o relatório, enviando contribuições baseadas em evidências documentadas para o Coordenador da Comissão em até cinco dias úteis, após o recebimento do relatório.

Art. 34. 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. 35. O relatório final deverá ser assinado pelo coordenador da Comissão, avaliadores que participaram da avaliação e chefe/responsável pela unidade avaliada.

Art. 36. O Coordenador da Comissão enviará relatório das avaliações internas parciais da qualidade ao Diretor Geral/Alta Governança a cada três meses.

Art. 37. A avaliação interna parcial estará concluída quando da entrega do relatório final de avaliação aos chefes das unidades.

Art. 38. A avaliação interna geral deverá ser realizada, no mínimo, anualmente e será concluída quando do envio do relatório de avaliação de todos os setores do hospital à Diretoria do INSTITUTO PATRIS.

Parágrafo Único: O relatório de avaliação interna geral deverá atender a prazo e modelo previamente definido/orientações específicas.

CAPÍTULO IX

DOS PLANOS DE AÇÃO

Art. 39. 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. 40. A elaboração do plano será realizada por cada unidade e contará com o apoio do SVSSP.

Art. 41. A resolução das não conformidades será monitorada pela Comissão Interna da Qualidade nas avaliações parciais e na avaliação geral.

Art. 42. Cada Setor/Unidade terá 30 dias, a contar da data da avaliação interna, para apresentar plano de ação elaborado ao SVSSP.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 43. A avaliação interna da qualidade é atividade preconizada pela Instituição, sendo obrigatória para todos os funcionários do hospital que devem seguir diretrizes e prazos normatizados.

Art. 44. Ao final da avaliação interna geral a Comissão redigirá relatório, a ser enviado ao Serviço de Gestão da Qualidade do INSTITUTO PATRIS, apresentando a situação do hospital frente aos requisitos constantes no Manual do Programa de Qualidade.

§1º O relatório deve ser encaminhado anualmente ao SGQ, sendo o primeiro envio realizado logo após a primeira avaliação interna no hospital.

§2º O relatório de avaliação interna deverá ser elaborado pela Comissão Interna da Qualidade e aprovado e assinado pelo Coordenador da Comissão e pelo Diretor Geral antes do envio ao SGQ.

§3º Os relatórios das avaliações internas de qualidade devem possibilitar o estabelecimento de ciclos de melhorias contínuas dos processos de modo a promover a Qualidade em Saúde, com foco na Segurança do Paciente.

Art. 45. Para orientações e estratégias específicas de adequação a cada requisito, o hospital poderá buscar apoio junto aos respectivos serviços responsáveis, das diferentes Diretorias do INSTITUTO PATRIS.

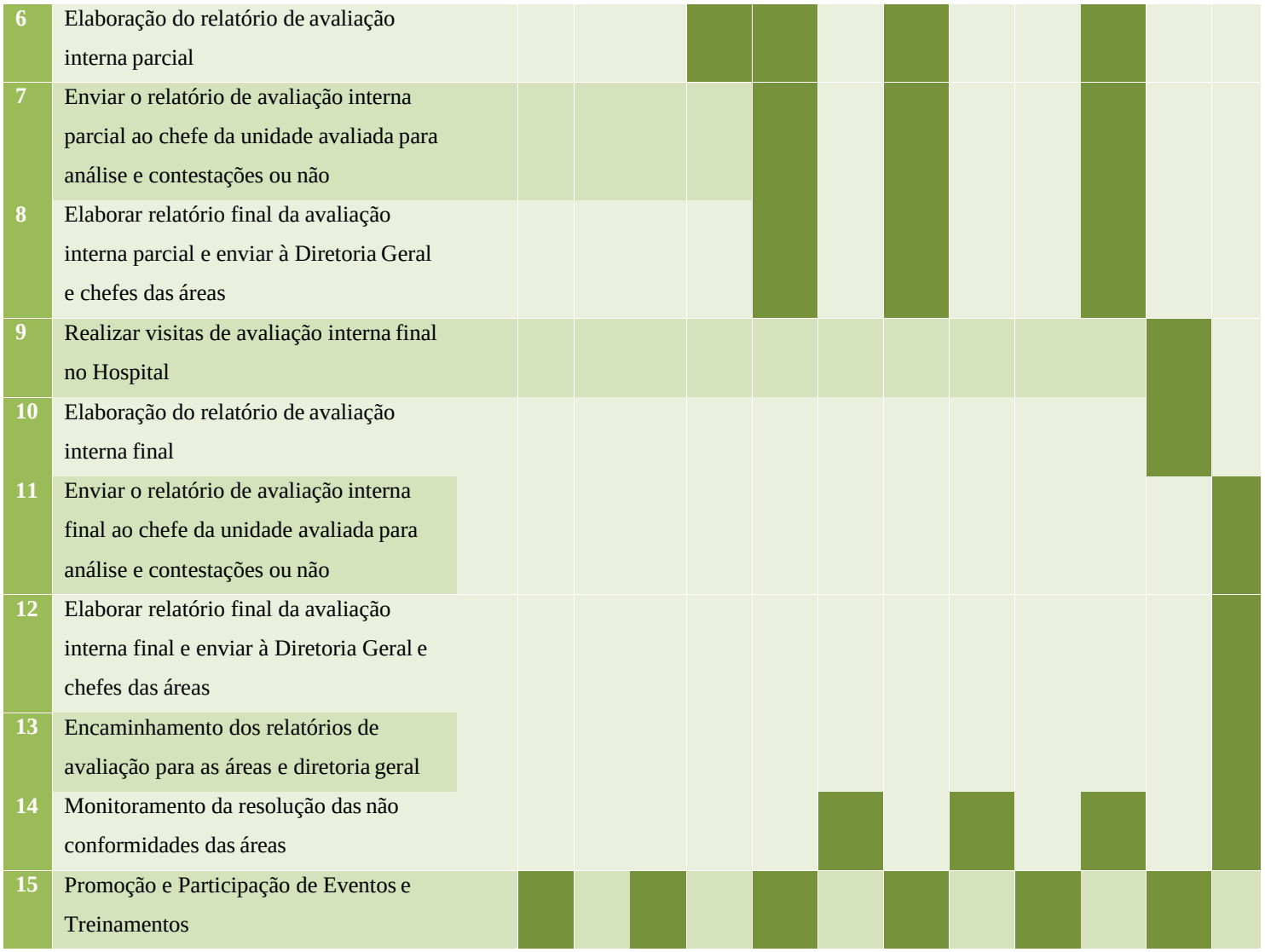
Art. 46. A Comissão Interna da Qualidade estabelecerá o cronograma de avaliação interna observando o prazo para entrega do relatório.

Art. 47. 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 Serviço de Gestão da Qualidade da Instituição.

4.12.3. Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA

	ATIVIDADE	2022									2023			
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Instituição da Comissão Interna de Qualidade do Hospital													
2	Reuniões ordinárias mensais													
3	Elaborar roteiros e cronograma de avaliação interna parciais e final													
4	Notificar o chefe da unidade a ser avaliada sobre a visita da comissão de avaliação													
5	Realizar visitas de avaliação interna parcial nos setores do hospital													



4.13. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CRP)

4.13.1. Descrição da Finalidade

A obrigatoriedade da implantação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários 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 resolução CFM nº 1638/2002 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 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será um grupo técnico de assessoria às Diretorias Técnica, Administrativa e Geral e terá como finalidade avaliar o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes que foram atendidos, através de instrumento padronizado, devendo realizar estudo epidemiológico e nosológico e a auditoria clínica promovendo a melhoria da eficácia através da otimização dos resultados clínicos para os pacientes.

A Comissão atuará no alcance dos seguintes objetivos:

- Recomendar normas sobre o conteúdo dos prontuários e zelar pelo seu cumprimento;
- Assegurar a qualidade das documentações multiprofissionais na assistência, pesquisa e estatística do hospital;
- Revisar e avaliar por amostragem os Prontuários visando assegurar o cumprimento da normatização estabelecida;
- Planejar e executar as ações necessárias à manutenção de um padrão de qualidade eficaz da documentação médica;
- Apoiar as demais Comissões visando alcançar os objetivos comuns às suas atribuições.

4.13.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** deverá ser composta minimamente por membros médicos, um membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME), um enfermeiro, podendo ser superior a isso.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade. O tempo mínimo de dedicação por membro será definida pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades

e perfil da Instituição. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

A equipe será composta por:

- Presidente (Médico representante do SAME)
- Vice Presidente (Médico)
- Secretário (Enfermeiro)
- Suplente (Enfermeiro da CCIH)
- Suplente (Representante da equipe multidisciplinar)
- Suplente (Auxiliar Administrativo)

REGIMENTO INTERNO DA COMISÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** irá avaliar o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes que foram atendidos, através de instrumento padronizado, devendo realizar estudo epidemiológico e nosológico e a auditoria clínica promovendo a melhoria da eficácia através da otimização dos resultados clínicos para os pacientes.

Parágrafo Primeiro: deverá atender a resolução CRM e a resolução CFM nº 1638/2002, 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.

Parágrafo Segundo: É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

CAPÍTULO II

COMPOSIÇÃO

Art. 2º - A composição mínima da comissão deverá ter:

a) Presidente (Médico representante do SAME)

b) Vice Presidente (Médico)

c) Secretário (Enfermeiro)

d) Suplente (Enfermeiro da CCIH)

e) Suplente (Representante da equipe multidisciplinar)

f) Suplente (Auxiliar Administrativo)

CAPÍTULO III

MANDATO

Art. 3º - O mandato deverá ser de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento.

Art. 4º - O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pelo Diretor de Departamento. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

Art. 5º - No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Diretoria Geral.

CAPÍTULO IV

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 6º - Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 7º - A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Art. 8º - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 9º - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 10º - As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Art. 11º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 12º - 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, pelo Presidente ou Vice Presidente.

Art. 13º - O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

CAPÍTULO V

ATRIBUIÇÕES

Art. 14º - São atribuições da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários:

I - A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.

c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.

d) Tipo de Alta.

II - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

III - Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

IV - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI - Desenvolver atividades de caráter técnico - cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Art. 15º - São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

a) Convocar e presidir as reuniões.

b) Indicar seu vice-presidente.

c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.

e) Fazer cumprir o regimento.

f) Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

g) Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

h) As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 16º - São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia.

b) Receber e protocolar os processos e expedientes.

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões.

d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.

e) Organizar e manter o arquivo da comissão.

f) Preparar a correspondência.

g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇOES GERAIS

Art. 17º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

Art. 18º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

O regimento entrará em vigor após ser homologado pela Diretoria Técnica e designação dos membros.

4.13.3. Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		2022									2023		
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Nomeação dos membros da Comissão													
2	Reunião mensal da Comissão													
3	Implantação de indicadores da Comissão													
4	Realização de orientações sobre preenchimento do prontuário													
5	Realização de reunião com Comissão de Ética Médica													
6	Realização de reunião com Comissão de Ética de Enfermagem													
7	Monitoramento dos indicadores da Comissão													

4.14. Comissão de Verificação de Óbitos (CVO)

4.14.1. Descrição da Finalidade

A mortalidade hospitalar expressa o resultado do processo assistencial. No entanto, esse resultado sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado final é difícil de ser mensurada, tais como o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções hospitalares, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, acidentes transfusionais, iatrogênicas, entre outros.

Nas atividades diárias de uma instituição de saúde, inúmeras ações podem ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho, desta forma ajudando a reconhecer e sanar as falhas do processo assistencial.

A Comissão de Verificação de Óbitos do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá como finalidade a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo,

quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

Essa comissão deve relacionar-se com as instâncias administrativas institucionais e, principalmente, com a Comissão de Ética Médica. Deve seguir as diretrizes estabelecidas nas Resoluções do CFM no 114/05. Seus membros e a presidência são indicados pela Diretoria Técnica.

Não caberá ao médico da comissão emitir parecer sobre a conduta do médico que assistiu ao paciente, pois esta é uma competência exclusiva dos Conselhos de Medicina. Compete a este profissional emitir um relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente sobre os fatos analisados.

A resolução veda a utilização do termo "morte evitável", para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente. Estes casos devem ser classificados como "óbito a esclarecer".

O objetivo da resolução é analisar os óbitos ocorridos em instituições hospitalares para traçar o perfil das mortes nestes locais, permitindo que se estabeleçam protocolos preventivos e terapêuticos, a fim de diminuir o número de óbitos nestas unidades de saúde.

4.14.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A Comissão de Verificação de Óbitos do Hospital será permanente e constituída por no mínimo três membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade, e com preferência para profissionais com dedicação exclusiva. Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme seu perfil no hospital:

1. Anestesiologista;
2. Unidade de Terapia Intensiva;
3. Patologia;
4. Pronto-socorro / Pronto-Atendimento;
5. Serviço de Clínica Médica / Pediatria;
6. Serviço de Cirurgia;

7. Especialidade definida a critério da Diretoria;

8. Serviço de Enfermagem.

Para realização dos trabalhos da Comissão, os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Geral, de acordo com as necessidades do Hospital

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º - Analisar todos os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

CAPÍTULO II

COMPOSIÇÃO

Art. 2º - A composição mínima desta Comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade, e com preferência para profissionais com dedicação exclusiva.

Art. 3º - Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme seu perfil no hospital:

9. Anestesiologista;

10. Unidade de Terapia Intensiva;

11. Patologia;

12. Pronto-socorro / Pronto-Atendimento;

13. Serviço de Clínica Médica / Pediatria;

14. Serviço de Cirurgia;

15. Especialidade definida a critério da Diretoria;

16. Serviço de Enfermagem.

Art. 4º - Para realização dos trabalhos da Comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Geral, de acordo com as necessidades do Hospital;

Art. 5º - A critério da Diretoria Geral e da própria Comissão, a carga horária total dos membros poderá ser de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

CAPÍTULO III

MANDATO

Art. 7º - O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Art. 8º - O presidente da Comissão, obrigatoriamente médico, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Geral. Os cargos de Vice-Presidente e Secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão.

Art. 9º - No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Diretoria Geral.

CAPÍTULO IV

SEDE

Art. 10º - A sede da Comissão será na sala das Comissões deste Hospital, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO V

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 11º - Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 12º - A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Art. 13º - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 14º - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 15º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 16º - As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo:

- Data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Art. 17º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 18º - 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 de Departamento, pelo Presidente ou Vice Presidente.

Art. 19º - Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Técnica. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

CAPÍTULO VI

ATRIBUIÇÕES

Art. 20º - São atribuições da Comissão de Verificação de Óbitos:

a) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;

b) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;

c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;

e) Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;

f) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

g) Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);

h) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

i) Zelar pelo sigilo ético das informações;

j) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;

k) Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

l) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

m) Desenvolver atividades de caráter técnico-cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Art. 21º - São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

a) Convocar e presidir as reuniões;
b) Indicar seu vice-presidente;
c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
e) Fazer cumprir o regimento.
f) Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de minerva).
g) Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.
h) As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 22º - São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia;
b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
f) Preparar a correspondência;
g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;
h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 23º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CVO, em conjunto com o diretor técnico da instituição.

Art. 24º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Art. 25º - O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Geral.

4.14.3. Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA

	ATIVIDADE	2022									2023			
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Nomeação dos membros da Comissão	■												
2	Reunião mensal da Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3	Realização de Oficina de capacitação dos membros da	■	■											
4	Realização de orientações sobre preenchimento do			■	■	■	■							
5	Implantação de Indicadores				■			■			■			■
6	Realização de reunião com Comissão de Ética Médica					■						■		
7	Realização de reunião com Comissão de Prontuários						■						■	
8	Monitoramento dos Indicadores					■	■	■	■	■	■	■	■	■

4.15. Comissão de Residência Médica (COREME)

4.15.1. Descrição da Finalidade

A Residência Médica foi instituída pelo Decreto nº 80.281/77 MEC constituída uma modalidade de ensino pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, funcionando em Instituições de Saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerado. O mesmo decreto cria a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao Médico Residente o Certificado de Conclusão de

Residência Médica.

A Comissão de Residência Médica (COREME) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será uma instância auxiliar da Coordenação de Ensino e Pesquisa e terá por finalidade planejar, coordenar e supervisionar os programas de residência médica, primando pela execução destes e suas atividades correlatas, no âmbito da Unidade, de acordo com as normas nacionais em vigor.

4.15.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A COREME será um órgão colegiado constituído por:

I - um coordenador e um vice coordenador;

II- um representante do corpo docente por programa de residência medica credenciado junto a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM;

III - um representante da instituição de saúde;

IV - um representante dos médicos residentes por programa de residência médica.

Os grupos referidos nos incisos II, III e IV indicarão suplentes à COREME, que atuarão nas faltas e impedimentos de seus respectivos titulares.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - COREME

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Residência Médica (COREME) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será uma instância auxiliar da Coordenação de Ensino e Pesquisa e terá por finalidade planejar, coordenar e supervisionar os programas de residência médica, primando pela execução destes e suas atividades correlatas, no âmbito da Unidade, de acordo com as normas nacionais em vigor.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO GERAL

Art. 2º - Os programas, devidamente aprovados pelos departamentos, serão encaminhados à Comissão de Residência Médica - COREME e à Comissão Nacional de Residência Médica para credenciamento.

Parágrafo Único- Durante o credenciamento, os programas somente poderão ser alterados com a aprovação prévia da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 3º - As diretrizes dos programas anuais das residências serão de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, respeitadas as normas e resoluções emanadas da Comissão Nacional de Residência Médica.

Parágrafo Único - Os Residentes serão denominados R-1, R-2, R-3, conforme o ano de treinamento em que se encontrem. Estando em área de concentração que exija pré-requisito, para efeito de designação ao ano atual de treinamento, serão acrescentados os de pré-requisito.

Art. 4º - Os atos administrativos pertinentes à residência médica serão de competência da COREME.

Art. 5º - A COREME manterá uma ficha de registro de cada médico residente, onde será anotado seu desempenho.

Art. 6º - A administração e funcionamento da residência serão assegurados em estreita colaboração e entrosamento entre a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, Secretaria de Estado da Saúde e o **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, DAS ATRIBUICOES E COMPETENCIAS DA COREME

Art. 7º - A COREME é um órgão colegiado constituído por:

I - um coordenador e um vice coordenador;

II- um representante do corpo docente por programa de residência medica credenciado junto a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM;

III - um representante da instituição de saúde;

IV - um representante dos médicos residentes por programa de residência médica.

Parágrafo 1º - Os grupos referidos nos incisos II, III e IV indicarão suplentes a COREME, que atuarão nas faltas e impedimentos de seus respectivos titulares.

Parágrafo 2º - O quórum para votação será de 50% (cinquenta por cento) mais 1 (um) em primeira convocação e 25% (vinte e cinco por cento) mais 1 (um) em segunda convocação.

Parágrafo 3º. - As decisões da COREME serão tomadas sempre pela maioria dos membros presentes. Em caso de urgência e inexistindo quórum para o funcionamento, o Coordenador da COREME poderá decidir "*ad-referendum*" da COREME, ao qual a decisão será submetida dentro de 30 (trinta) dias.

Parágrafo 4º. - Persistindo a inexistência de quórum para nova reunião, convocada com a mesma finalidade, será o ato considerado ratificado.

Parágrafo 5º. - O Coordenador terá direito ao voto de qualidade nos casos de empate.

Art. 8º - São atribuições da COREME:

I - planejar a criação de novos programas de residência médica na instituição, manifestando-se sobre a conveniência em fazê-lo, o seu conteúdo programático e o número de vagas a serem oferecidas;

II - coordenar e supervisionar a execução de processo seletivo para os programas de residência médica da instituição, de acordo com as normas em vigor;

III - avaliar periodicamente os programas de residência médica da instituição de saúde; IV - elaborar e revisar o seu regimento interno e regulamento;

V - participar das atividades e reuniões da Comissão Estadual de Residência Médica - CEREM, sempre que convocada;

VI - emitir certificados de conclusão de programa dos médicos residentes.

Parágrafo Único. A instituição de saúde deve prover espaço físico, recursos humanos e

materiais necessários ao adequado funcionamento da COREME.

DO COORDENADOR

Art. 9º - O coordenador da COREME deverá ser médico especialista integrante do corpo docente da instituição de saúde, com experiência na supervisão de médicos residentes e domínio da legislação sobre residência médica.

Parágrafo único - O coordenador da COREME será eleito pelo conjunto de supervisores de programas de residência médica da instituição de saúde.

Art. 10º - Compete ao coordenador da COREME:

I - Coordenar as atividades da COREME;

II - Convocar reuniões e presidi-las;

III - Encaminhar à instituição de saúde as decisões da COREME;

IV - Coordenar o processo seletivo dos programas de residência médica da instituição;

V - Representar a COREME junto a CEREM;

VI - Encaminhar trimestralmente a CEREM informações atualizadas sobre os programas de residência médica da instituição.

Parágrafo único: O contrato de trabalho do coordenador da COREME junto a instituição de saúde deverá reservar período para a realização das atribuições enumeradas neste artigo, em função do número de programas de residência médica oferecidos.

DO VICE-COORDENADOR

Art. 11º - O vice-coordenador da COREME deverá ser médico especialista integrante do corpo docente da instituição de saúde, com experiência em programas de residência médica.

Parágrafo único: O vice-coordenador da COREME será eleito pelo conjunto de supervisores de programas de residência médica da instituição de saúde.

Art. 12º - Compete ao vice-coordenador da COREME:

I - substituir o coordenador em case de ausência ou impedimentos;

II - auxiliar o coordenador no exercício de suas atividades.

Parágrafo Único. O contrato de trabalho do vice-coordenador da COREME junto a instituição de saúde deverá reservar período para a realização das atribuições enumeradas neste artigo, em função do número de programas de residência médica oferecidos.

DO REPRESENTANTE DO CORPO DOCENTE

Art. 13º - O representante do corpo docente deverá ser médico especialista, supervisor de programa de residência médica da instituição de saúde.

Parágrafo único: O representante do corpo docente será indicado pelo conjunto dos preceptores do programa de residência médica representado.

Art. 14º - Compete ao representante do corpo docente:

I - Representar o programa de residência médica nas reuniões da COREME;

II - Auxiliar a COREME na condução do programa de residência médica que representa;

III - Mediar a relação entre a programa de residência médica e a COREME;

IV - Promover a revisão e evolução contínua do programa de residência médica representado, de acordo com a legislação, as políticas de saúde, a ética médica, as evidencias cientificas e as necessidades sociais.

Parágrafo Único: O contrato de trabalho do representante do corpo docente junto a instituição de saúde devera reservar período para a realização das atribuições enumeradas neste artigo, em função do número de programas de residência médica oferecidos.

DO PRECEPTOR DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 15º - 0 preceptor de programa de residência médica deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente da instituição de saúde.

Parágrafo Único: O preceptor do programa de residência médica será designado no projeto pedagógico do programa.

DO SUPERVISOR DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 16° - O supervisor de programa de residência médica deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente da instituição de saúde.

Parágrafo único: O supervisor do programa de residência médica será responsável pela gestão do programa.

DO REPRESENTANTE DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 17° - O representante dos médicos residentes deverá estar regularmente matriculado em programa de residência médica da instituição de saúde.

Art. 18° - Compete ao representante dos médicos residentes:

I - Representar os médicos residentes nas reuniões da COREME;

II - Auxiliar a COREME na condução dos programas de residência médica;

III - Mediar a relação entre os médicos residentes e a COREME.

DO REPRESENTANTE DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Art. 19° - O representante da instituição de saúde deverá ser médico integrante de sua diretoria.

Art. 20° - Compete ao representante da instituição de saúde:

I - Representar a instituição de saúde nas reuniões da COREME;

II - Auxiliar a COREME na condução dos programas de residência médica;

III - Mediar a relação entre a COREME e a instituição de saúde.

CAPÍTULO IV

DA ESCOLHA E DO MANDATO DOS MEMBROS DA COREME

Art. 21° - A eleição de coordenador e vice-coordenador da COREME obedecerá aos seguintes requisitos:

I - a COREME, trinta dias antes do termino do mandato, fixará reunião específica de eleição;

II - as candidaturas deverão ser registradas até sete dias antes da eleição;

III - a eleição será presidida pelo coordenador da COREME;

IV - caso o coordenador da COREME seja candidato a eleição, um membro do corpo docente, não candidato, será escolhido para presidir a reunião;

V - a votação será realizada em primeira chamada com maioria absoluta, e em segunda chamada com qualquer número de membros votantes;

VI - em caso de empate, o presidente da reunião terá voto de qualidade.

Parágrafo Único: O médico residente é inelegível aos cargos de coordenador e vice-coordenador da COREME.

Art. 22° - Os mandatos do coordenador e do vice-coordenador tem duração de dois anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Parágrafo Único – Na vacância do cargo do coordenador e vice-coordenador, antes do término do mandato, assumirá o cargo, o decano do corpo docente do colegiado da COREME.

Art. 23° - O representante do corpo docente e seu suplente serão indicados pelos seus pares, dentro de cada programa de residência médica, para mandato de dois anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art. 24° - O representante da instituição de saúde e seu suplente serão indicados pela diretoria da instituição, para mandato de dois anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art. 25° - O representante dos médicos residentes de cada programa e seu suplente serão indicados pelos seus pares, para mandato de um ano, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art. 26° - Substituir-se-á compulsoriamente o representante de qualquer categoria que se desvincule do grupo representado.

CAPÍTULO V

DA INSCRIÇÃO E SELEÇÃO

Art. 27º - Serão aceitas inscrições para o concurso de seleção à residência médica de médicos com diploma reconhecido ou alunos do curso médico no último semestre de formação (12ª fase ou equivalente) de IES nacional.

Art. 28º - As inscrições para o concurso de seleção a residência médica serão abertas por edital divulgando as datas, locais de inscrição, normas, taxa, locais e horários de realização das provas.

Art. 29º - Para inscrever-se aos exames de seleção o candidato deverá apresentar de conformidade com o edital especifico para o concurso.

Art. 30º - A seleção dos candidatos será feita seguindo normas estabelecidas no edital de convocação à residência médica.

Art. 31º - Os exames de seleção seguirão as determinações da CNRM do Ministério da Educação.

Art. 32º - A relação de candidatos aprovados e seus suplentes será homologada e divulgada pela COREME.

Art. 33º - Os candidatos admitidos deverão apresentar documentação para matricula à COREME.

Parágrafo 1º - Ocorrendo desistência formal ou não comparecimento até a data do início da residência, será convocado o respectivo suplente para assumir imediatamente.

Parágrafo 2º - Na impossibilidade de preenchimento das vagas ofertadas poderá ser realizado novo concurso.

CAPÍTULO VI

DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 34º - No início da residência, os médicos residentes deverão estar inscritos no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás.

Art. 35º - Além do treinamento e direitos garantidos por lei, os residentes terão direito a:

1 - alimentação;

2 - alojamento para os dias de plantão;

3 - tratamento médico e odontológico no Hospital;

4 - licença e afastamento, a contar do evento, por cinco (5) dias úteis de licença paternidade ou devido ao casamento e por oito (8) dias, devido a falecimento de parente até segundo grau.

Parágrafo 1º - A bolsa de estudo é mensal, depositada em agência bancária da rede oficial, em conta corrente do bolsista.

Parágrafo 2º - Os médicos residentes afastados de suas atividades por doença comprovada deverão complementar sua formação mesmo após o término do programa, na mesma categoria de residência. Durante o período de afastamento por motivo de saúde ou de maternidade, a bolsa é suspensa, o médico residente recebe o auxílio do INSS.

Art. 36º - Os residentes estarão subordinados aos Supervisores da residência médica, e à COREME.

Art. 37º - No decorrer da residência, os médicos serão avaliados segundo o respectivo programa, devendo os respectivos Supervisores ou Preceptores encaminhar o resultado à COREME, para anotação no prontuário.

Art. 38º - Na avaliação periódica do Médico Residente serão utilizadas as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, que incluam atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades e outros a critério da COREME da Instituição.

Parágrafo 1º - A frequência mínima das avaliações será trimestral.

Parágrafo 2º - A critério da instituição poderá ser exigida monografia e/ou apresentação ou

publicação de artigo científico ao final do treinamento.

Parágrafo 3º - Os critérios e os resultados de cada avaliação deverão ser do conhecimento do Médico Residente.

Art. 39º - A promoção do Médico Residente para o ano seguinte, bem como a obtenção do certificado de conclusão do programa, depende de:

a) cumprimento integral da carga horária do Programa;

b) aprovação obtida por meio do valor médio dos resultados das avaliações realizadas durante o ano, com nota mínima definida no Regimento Interno da Comissão de Residência Médica da Instituição.

Art. 40º - O não-cumprimento do disposto no artigo 38 desta Resolução será motivo de desligamento do Médico Residente do programa.

Art. 41º - São deveres dos médicos residentes:

1- Considerando que somente o profissional médico pode cursar Programa de Residência Médica, é obrigatória a sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, ficando, por via de consequência, o Médico Residente sujeito às sanções previstas pelo Código de Ética Médica.
2- Cumprir as normas e regimentos das instituições envolvidas no programa de Residência.
3- Dedicar-se às atividades hospitalares (de treinamento em serviço) e acadêmicas (teóricas complementares) em regime de tempo integral, com assiduidade e pontualidade.
4- Comunicar ao Supervisor ou ao substituto, as faltas, chegadas e saídas fora do horário normal, ou impedimentos serem por ele autorizados;
5- Colaborar com as atividades práticas dos alunos em estágio hospitalar;
6- Manter boa relação profissional e pessoal com o supervisor, preceptores, colegas, funcionários e alunos.
7- Usar uniforme, de acordo com a determinação da COREME, e identificação em todas as atividades desenvolvidas no hospital.

Art. 42º - As transgressões disciplinares serão comunicadas pelo Supervisor do programa de residência médica ao Coordenador da COREME para aplicação das medidas cabíveis.

Art. 43º - Sem prejuízo de outras cominações legais, os médicos residentes estarão sujeitos às seguintes sanções disciplinares pela COREME, aplicáveis após julgamento mantido os direitos de defesa.

1- ADVERTÊNCIA VERBAL - Nos casos de indisciplina, de insubordinação ou de desídia, desde que reconhecida sua mínima gravidade.
2- ADVERTÊNCIA ESCRITA - Nos casos de reincidência nos mencionados no item anterior, desde que reconhecida a falta como de média gravidade.
3- SUSPENSÃO - a) Até 7 (sete) dias: nos casos de reincidência de falta já punida com advertência escrita e todas as vezes em que a transgressão disciplinar ou funcional se revestir de maior gravidade. B) Até 30 (trinta) dias: na reincidência das faltas da letra "a" deste item.
4- EXCLUSÃO - Nos casos em que for demonstrado ter o residente praticado falta considerada gravíssima.

Parágrafo 1º - Das decisões da COREME cabe recurso ao Conselho Departamental e demais órgãos, ficando designado como fórum último a Comissão Nacional de Residência Médica.

Parágrafo 2º - As penas constantes deste Artigo serão aplicadas pelo Coordenador da COREME.

Art. 44º - As faltas decorrentes de suspensão serão compensadas com igual número de dias a serem descontados após o término da residência, sem direito a bolsa.

Art. 45º - Será de 7 (sete) dias úteis a contar do conhecimento do ato, o prazo para o médico residente interpor qualquer recurso.

Art. 46º - O desligamento a pedido de qualquer residente deverá ser formalizado por escrito à COREME, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias podendo ser reduzido o prazo, a critério da COREME.

Parágrafo Único - O residente que não concluir o programa terá direito a uma declaração com indicação do tempo de treinamento realizado.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 47º - É permitido aos médicos residentes, devidamente matriculados em residência de outra instituição, estagiarem em qualquer dos programas mediante solicitação e aprovação pela COREME.

Art. 48º – Estágios de médicos de outra nacionalidade só poderão ocorrer após aprovação pela COREME.

Art. 49º – Fica instituída a categoria de Colaborador Voluntário para médicos que cumprem as exigências para atuação, a ser aprovado pela COREME, mediante solicitação do supervisor do programa.

Art. 50º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Comissão de Residência Médica (COREME).

Art. 51º - Este regimento será aprovado pela COREME e entrará em vigor após sua aprovação.

Art. 52º - Este regimento poderá ser modificado por maioria simples dos membros da COREME.

Art. 53º - Ficam revogadas as disposições em contrário.

4.15.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA

ATIVIDADE		2022									2023			
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Constituição da COREME	■												
2	Realizar reuniões ordinárias da COREME	■			■			■			■			■
3	Planejar a criação do Programa de Residência Médica		■	■										
4	Definir o calendário anual do plano de atividades dos profissionais residentes		■	■										
5	Elaborar editais e acompanhar o processo seletivo de candidatos				■									
6	Acompanhar avaliar periodicamente o plano de atividades dos residentes					■		■		■		■		■

7	Emitir certificados de conclusão do programa dos médicos residentes												
8	Participar de reuniões externas												

4.16. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT)

4.16.1. Descrição da Finalidade

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será um serviço que tem por finalidade a promoção da saúde e a proteção da integridade do trabalhador no seu local de trabalho, realizando um monitoramento contínuo sobre as condições e de como são desenvolvidas as atividades, podendo assim aplicar medidas de proteção aos colaboradores. Terá como responsáveis profissionais devidamente qualificados, subordinados diretamente a Gestão de Pessoas, seguindo Normativas Regulamentadoras pertinentes ao setor.

O SESMT está estabelecido no artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho e é regulamentado pela Norma Regulamentadora 04.

Este serviço terá suas ações compartilhadas com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

Princípios Básicos do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho:

- A integração da atividade preventiva ao processo produtivo, abrangendo todos os aspectos relacionados ao trabalho;
- O planejamento das ações de prevenção, através da implementação dos programas de gestão da segurança e saúde do trabalhador;
- A participação dos trabalhadores no planejamento, execução e avaliação das medidas adotadas pelo Hospital;
- O emprego de técnicas atualizadas de prevenção.

Serão implantadas normas de atendimento a Acidentes Biológicos, fornecidos Equipamento de Proteção Individual (EPI) pela equipe gestora do Hospital, e Programa de Proteção de R i s c o s

Ambientais (PPRA) junto aos profissionais, conforme Portarias e Resoluções da ANVISA e Ministério do Trabalho.

As ações de prevenção de acidentes e doenças do trabalho pressupõem:

- A adaptação do trabalho ao homem, especialmente, na concepção dos postos de trabalho, escolha de equipamentos e métodos de produção, incluindo a atenuação do trabalho monótono e repetitivo;
- O conhecimento das condições de cada atividade e posto de trabalho em relação a organização, ao meio ambiente de trabalho, às relações sociais e às inovações tecnológicas;
- A avaliação dos riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores em todas as fases do processo de produção;
- O combate aos riscos na sua origem, priorizando as medidas de proteção coletiva, incluindo aquelas derivadas da substituição de matérias primas ou insumos que exponham a saúde dos trabalhadores;
- A adoção de medidas destinadas a assegurar o adequado controle à saúde dos trabalhadores;
- A análise de acidentes e doenças do trabalho, de forma participativa, mantendo adequados registros de informação;
- O acompanhamento das atividades de trabalho que tenham causado acidentes ou doenças, avaliando, na normalidade, os determinantes desses eventos;
- O desenvolvimento de atividades educativas em prevenção para todos os trabalhadores, inclusive, para os ocupantes de cargos de direção e chefia;
- A implementação dos programas de prevenção previstos nas NR.

Programas e rotinas do SESMT

1. PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, previsto na legislação específica Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e Norma Regulamentadora NR-7, que compreende o conjunto de procedimentos que visam à preservação da saúde e bem estar do servidor: exames pré-admissional, periódico, mudança de função, retorno ao trabalho, demissional, readaptação profissional e atendimento a acidentes do trabalho. Nesses exames, busca-se fundamentalmente adequar o indivíduo ao trabalho, otimizando suas aptidões.

2. PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, estabelecido pela Norma Regulamentadora NR-9, este programa tem como objetivo propor ações que garantam a saúde e integridade dos trabalhadores, minimizando os possíveis riscos de acidentes e doenças profissionais, além de contribuir para a melhoria das condições e ambiente de trabalho.

4.16.2. Constituição Básica e Regimento Interno

O SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, deverá incluir os seguintes profissionais, conforme a Norma Reguladora nº 4 do Ministério do Trabalho.

I. Médico do trabalho;
II. Enfermeiro do trabalho;
III. Técnico de enfermagem do trabalho;
IV. Engenheiro de segurança do trabalho;
V. Técnico de segurança do trabalho.

REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO - SESMT

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE, ORGANIZAÇÃO, COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES

Art. 1º - O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** visa promover a saúde do trabalhador e proteger sua integridade dentro do ambiente de trabalho, tendo como base legal a Lei Federal nº 6.514/77, Portaria nº 3.214/78 e Norma Regulamentadora 4- NR4.

Art. 2º - Os profissionais do SESMT devem sempre utilizar seu conhecimento técnico para zelar pela saúde e segurança dos demais profissionais no ambiente de trabalho, aplicando soluções para redução e eliminação dos riscos ali existentes. São suas ações que irão diminuir os

acidentes e doenças do trabalho.

Art. 3º - A definição dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que devem ser usados, seu controle documental de entrega e treinamento dos usuários é também importante atribuição do SESMT.

Art. 4º - O SESMT promove a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente.

Art. 5º - Cabe aos profissionais do SESMT treinar, apoiar e colaborar com a CIPA, criando uma rede de prevenção de acidentes entre os colaboradores.

Art. 6º - A elaboração de estatísticas sobre acidentes e doenças do trabalho pelo SESMT é uma atribuição prevista na NR 04 e os dados, que devem ser também entregues ao Ministério do Trabalho.

Art 7º - O SESMT é responsável pelas ações de emergência e primeiros socorros. Nessas situações, o caráter prevencionista dos profissionais está na elaboração de planos de emergência, formação e treinamento de brigadas e socorristas.

Art. 8º - Este serviço consiste num grupo de pessoas especializadas em ações para prevenir problemas com os funcionários dentro do ambiente de trabalho, visando garantir a total integridade física e mental dos trabalhadores durante sua jornada de trabalho.

Art. 9º - Para cada atividade existe uma denominação e um grau de risco, que deve ser levado em conta para se estabelecer um número mínimo de especialistas em SESMT para prover tais ações a favor da saúde dos trabalhadores. Este dimensionamento do SESMT é feito para garantir que haja sempre algum especialista da instituição atuando dentro do projeto, de acordo com o risco que a atividade exercida ali tem sobre os trabalhadores.

Art. 10º - A própria Norma Reguladora 4, dentro da CLT (que é o local que trata do SESMT e de suas atribuições dentro da lei trabalhista), indica como deve ser feito o dimensionamento do SESMT.

Art. 11º - Para saber o dimensionamento do SESMT, então, deverá ser consultado o quadro anexo I da NR4, que faz o cruzamento do nível de risco do projeto com a quantidade de funcionários que ele possui.

Art. 12º - O SESMT será composto pelos seguintes profissionais:

- Médico do trabalho
- Engenheiro de segurança do trabalho
- Enfermeiro do trabalho
- Técnico de segurança do trabalho
- Auxiliar de enfermagem do trabalho.

Art. 13º: São atribuições do:

Médico do Trabalho

- Planejar, coordenar e supervisionar as atividades da equipe, visando assegurar que todas as tarefas sejam executadas dentro das normas e políticas estabelecidas pela Instituição;
- Coordenar e executar o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional por meio de exames clínicos e avaliações de exames complementares, promovendo a proteção/prevenção da saúde de todos os colaboradores da Instituição;
- Elaborar os planos e definir os procedimentos de medicina do trabalho, visando garantir ao funcionário condições adequadas de saúde, de forma a permitir um melhor rendimento no trabalho, reduzindo o absenteísmo e a rotatividade;

- Realizar exames admissionais, visando garantir a admissão de pessoas fisicamente capacitadas para as funções;
- Realizar exames médicos periódicos e especiais, visando avaliar as condições de saúde dos funcionários;
- Recomendar remanejamento de funcionários, em função de suas condições de saúde, visando compatibilização com a função exercida;
- Analisar e validar atestados médicos, visando manter controle sobre os casos de faltas ao trabalho, por motivos relacionados com a medicina do trabalho;
- Atender os colaboradores fazendo diagnósticos e tratamentos, quando possível, ou encaminhando para tratamento especializado;
- Solicitar perícias médicas junto ao INSS, em casos de suspeita de doenças profissionais, ou em processos trabalhistas ou na área cível.

Enfermeiro do Trabalho

- Elaborar e executar planos e programas de proteção à saúde dos empregados, identificando e analisando as causas de absenteísmo, levantamentos de doenças profissionais e lesões traumáticas;
- Elaborar relatórios com informações e dados estatísticos, visando fornecer subsídios para decisões e correções de políticas ou procedimentos da Instituição;
- Planejar e executar programas de educação, divulgando conhecimentos e estimulando a aquisição de hábitos sadios;
- Registrar dados estatísticos de acidentes e doenças profissionais, mantendo cadastros atualizados, a fim de preparar informes para subsídios processuais nos pedidos de indenização e orientar em problemas de prevenção de doenças profissionais;
- Garantir a realização das atividades de assistência de Enfermagem aos trabalhadores, proporcionando-lhes atendimento ambulatorial, no local de trabalho, controlando sinais vitais, coletando material para exame laboratorial, vacinações e outros tratamentos;
- Realizar o controle vacinal de colaboradores e prestadores de serviços e acompanhar de maneira efetiva a adesão por parte de todos;
- Assegurar a realização de exames periódicos, admissional, demissional, mudança de função dos colaboradores;
- Realizar reuniões periódicas com a equipe de trabalho com objetivo de disseminar informações, integrar e divulgar resultados.

Técnico de Enfermagem do Trabalho

- Acolher colaborador e atender as solicitações, esclarecer dúvidas e questionamentos, garantindo o atendimento humanizado;
- Auxiliar o médico e o enfermeiro do trabalho nas atividades da saúde ocupacional;
- Realizar o pré-atendimento na aferição dos sinais vitais;
- Controlar agenda médica de atendimento de consultas ocupacionais;
- Auxiliar na realização de exames ocupacionais (pré-admissional, periódico, demissional, CAT, INSS, etc.);

- Preencher relatórios de atividades do ambulatório dos serviços médicos e de enfermagem do trabalho;
- Auxiliar na execução de atividades relativas às campanhas educativas e preventivas para saúde e segurança do colaborador;
- Controlar os atestados médicos entregues pelos colaboradores e arquivar no prontuário;
- Organizar e manter atualizado os prontuários médicos dos colaboradores.

Art. 14º - A quantidade de profissionais do SESMT do hospital poderá sofrer alterações de acordo com o número de trabalhadores e o risco da atividade.

Art. 15º - O trabalho do SESMT é preventivo e de competência dos profissionais exigidos. Estes profissionais devem garantir a aplicação de conhecimentos técnicos de engenharia de segurança e de medicina ocupacional no ambiente de trabalho para reduzir ou eliminar os riscos à saúde dos trabalhadores.

Art. 16º - Faz parte das atividades dos SESMT, definidas pela NR 4: a *análise de riscos e a orientação dos trabalhadores quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual, assim como o registro adequado de eventuais acidentes de trabalho*.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17º – As disposições da NR 04 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Art.18º – Data-se e publique-se as informações contidas no respectivo regimento.

4.16.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA														
ATIVIDADE		2022									2023			
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Reuniões de Planejamento													

2	Planejar e divulgar programas de educação														
3	Elaborar e executar planos e programas de proteção à saúde dos empregados														
4	Desenvolvimento de Atribuições														
5	Elaborar relatórios com dados estatísticos														
6	Elaboração de Orientações aos funcionários														
7	Realizar reuniões com objetivo de disseminar informações, integrar e divulgar resultados														
8	Realizar exames periódicos, admissional, demissional, mudança de função dos colaboradores														
9	Registrar dados estatísticos de acidentes e doenças profissionais														

4.17. Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)

4.17.1. Descrição da Finalidade

Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde irão constituir modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu, sendo uma forma de treinamento em serviço que permite o aperfeiçoamento em diversas áreas de atuação ligadas à saúde. Tais programas têm como finalidade a formação profissional, como orientação para o processo de cuidar em saúde, focado na concepção de promoção da saúde, prevenção de doenças ou agravos, recuperação e reabilitação da saúde segundo as necessidades dos seres humanos, tendo em vista os princípios do SUS, o direito à saúde e cidadania, conferindo ao residente o certificado de especialista na área de concentração da residência cursada.

Os programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde funcionarão no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** sob a responsabilidade da Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU que terá por finalidade planejar, coordenar e zelar

pela execução dos Programas, no âmbito da instituição, de acordo com as normas nacionais em vigor.

4.15.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A COREMU será constituída de um colegiado presidido por um coordenador e composta por:

1 - Coordenador da COREMU;

2 - Vice coordenador da COREMU;

3 - Coordenadores de todos os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital;

4 - Representante dos residentes de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital;

5 - Representante de tutores de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital;

6 - Representante de preceptores de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital;

7 - Representante do Gestor local de saúde;

Art. 4º - A coordenação desta comissão será exercida pelo coordenador e pelo vice coordenador, ambos eleitos pelos membros da COREMU.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - COREMU

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º - O **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, por meio da Coordenação de Ensino e Pesquisa, manterão as Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, para profissionais graduados, com fins de formação e aperfeiçoamento no e para o trabalho em saúde, nas diferentes áreas de concentração do programa, em conformidade com a Lei nº 11.129, de 30/06/2005, Portaria nº 1.077/2009, Portaria nº 7/2021 e Resolução MEC nº 2/2010.

Art. 2º - A Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU é encarregada, de acordo com o previsto na resolução nº 2, de 4 de maio de 2010, da coordenação, organização, supervisão e acompanhamento de todos os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** e responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades desenvolvidas pelos residentes em suas diversas áreas de atuação, bem como pela avaliação dos mesmos.

Parágrafo único. A critério da COREMU poderá ser criado ainda comissões, comitês e conselhos com o propósito de atender as necessidades pedagógicas/administrativas dos referidos programas.

CAPÍTULO II

DA CONSTITUIÇÃO

Art. 3º - A COREMU será constituída de um colegiado presidido por um coordenador e composta por:

1 - Coordenador da COREMU;

2 - Vice coordenador da COREMU;

3 - Coordenadores de todos os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital;

4 - Representante dos residentes de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital;

5 - Representante de tutores de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital;

6 - Representante de preceptores de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital;

7 - Representante do Gestor local de saúde;

Art. 4º - A coordenação desta comissão será exercida pelo coordenador e pelo vice coordenador, ambos eleitos pelos membros da COREMU.

Art. 5º - Os mandatos do coordenador e do vice coordenador, bem como dos demais membros, com exceção dos residentes, são de dois anos, contados a partir de suas posses, permitida, em cada caso, uma recondução. O residente terá mandato de um ano com possibilidade de uma recondução.

CAPÍTULO III

COMPETÊNCIAS

Art. 6º - A COREMU é o órgão competente para manter o vínculo de todos os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital com a Secretaria Estadual de Saúde, devendo funcionar de forma articulada com as instâncias de decisão formal existentes na hierarquia da instituição;

Art. 7º - A COREMU reunir-se-á regularmente, devendo:

I. Definir o calendário anual das reuniões ordinárias;
II. Deliberar ações que deverão ser aprovadas pela metade mais um dos seus membros;
III. Transcrever e disponibilizar em ata a pauta das reuniões;
IV. Coordenar, organizar, articular, supervisionar, avaliar e acompanhar o desenvolvimento de todos os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital;
V. Acompanhar e avaliar o desempenho dos discentes, por meio da documentação enviada pelos coordenadores de cada um dos programas;
VI. Definir diretrizes, elaborar editais e acompanhar o processo seletivo de candidatos;

VII. A COREMU é responsável por toda comunicação e tramitação de processos junto à CNRMS;

VIII. A COREMU deverá, por meio de sua secretaria, manter fichário individual dos residentes, deixando consignado o período de afastamentos, faltas disciplinares, desempenho nas avaliações e demais ocorrências relativas à sua permanência no programa de residência;

IX. O membro da COREMU que faltar a 3 (três) reuniões consecutivas, sem representação ou sem justificativa de ausência, perderá o direito de voto, somente readquirindo caso esteja presente em 3 (três) reuniões consecutivas posteriores;

X. Cabe à COREMU, em última instância, deliberar sobre fatos omissos e fazer o encaminhamento pertinente.

SEÇÃO I

COMPETÊNCIAS DO COORDENADOR E DO VICE COORDENADOR

Art. 8º - São atribuições do coordenador:

I. Fazer cumprir o cronograma anual de reuniões ordinárias da COREMU;

II. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da COREMU;

III. Encaminhar aos integrantes da COREMU a pauta das reuniões ordinárias e extraordinárias com 24 (vinte e quatro) horas de antecedência;

IV. Conduzir as reuniões ordinárias e extraordinárias da COREMU;

V. Participar das reuniões dos órgãos superiores pertinentes aos assuntos da COREMU;

VI. Manter contatos regulares e ocasionais com os órgãos pertinentes;

VII. Fazer cumprir este regimento. Art. 9º - São atribuições do vice Coordenador:

I. Substituir, automaticamente, o coordenador em suas faltas ou impedimentos;

II. Desempenhar as funções que lhe forem delegadas pelo coordenador ou determinadas pela COREMU;

III. O vice coordenador será substituído, em suas faltas e impedimentos eventuais, por membro da COREMU escolhido em reunião ordinária e/ou extraordinária.

Art. 10º - Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital constituirão um Núcleo Docente Assistencial Estruturante – NDAE específico para cada um dos programas vinculados à

COREMU. O NDAE vinculado à COREMU irá articular em cada um dos programas as atividades dos docentes, tutores, preceptores de todas as áreas de concentração dos programas, cujas atividades são descritas nas seções pertinentes.

CAPÍTULO IV

RESIDENTES

Art. 11º - O profissional de saúde que ingressar em Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde receberá a denominação de Profissional de Saúde Residente.

SEÇÃO II.1 SELEÇÃO DOS CANDIDATOS

Art. 12º - A seleção para preenchimento das vagas de todos os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital é anual e de acordo com as normas específicas estabelecidas em edital próprio, publicado na imprensa, e em obediência ao prazo legal.

SEÇÃO II.2 DIREITOS DOS RESIDENTES

Art. 13º - São Direitos dos Residentes:

I. Representatividade na COREMU

1) Cabe aos residentes encaminhar um representante e seu suplente, do primeiro, segundo ou terceiro ano da residência, para ser membro da COREMU;

2) O representante dos residentes deverá ser eleito entre seus pares, incluindo discentes dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, e terá mandato de um ano permitindo-se a reeleição;

3) Este representante deverá dar conhecimento a todos os residentes sobre os conteúdos discutidos e as decisões tomadas nas reuniões da COREMU.

II. Afastamento das Atividades: Licença Médica:

1- Em caso de Licença Médica, por período que ultrapasse 15 dias consecutivos, nos primeiros 15 dias o

residente fará jus à bolsa paga pela instituição provedora. Ultrapassados os 15 dias consecutivos o residente deverá requerer auxílio-doença junto ao INSS;

2- Quando o afastamento exceder 30 (trinta) dias/ano (consecutivos ou somatórios) este mesmo período deverá ser reposto integralmente, ao término do programa de residência, sem remuneração.
3- Em caso de doença o residente deverá apresentar cópia do atestado médico dentro de 48 (quarenta e oito) horas, ao preceptor/tutor e ao coordenador da área. O atestado original deverá ser encaminhado à secretaria da COREMU para anotação em sua ficha.
4- O tempo máximo que um residente poderá ficar afastado do programa será de quatro meses. Após este prazo será automaticamente desligado do programa.

Outras Licenças:

1- Licença Gala: 8 (oito) dias.
2- Licença Nojo: 8 (oito) dias.
3- Licença Paternidade ou Adoção: 5 (cinco) dias.
4- Licença Maternidade ou Adoção: 120 (cento e vinte) dias, com possibilidade de prorrogação em mais 60 (sessenta) dias nos termos da Lei 11.770, de 09 de setembro de 2008. Esta licença deverá ser encaminhada à COREMU.

Art. 14º - A ausência por outros motivos deverá ser solicitada ao preceptor e ao tutor da área ficando "sub–judice". Qualquer afastamento requer preenchimento de formulário próprio na secretaria da COREMU.

Art. 15º - Recuperação das atividades: Aos casos omissos serão aplicadas as legislações específicas definidas pela CNRMS.

III. Participação em Congressos:

O residente terá direito a afastamento para comparecer a Congressos Científicos, desde que não cause prejuízo às suas atividades no programa nem ao funcionamento adequado do serviço ao qual esteja vinculado. A solicitação deverá ser feita, com antecedência mínima de 30 (trinta)

dias, ao preceptor e ao tutor da área. Terão prioridade de liberação para participar de atividades científicas os residentes de segundo ano e entre estes os que forem apresentar trabalhos científicos no evento. No caso de vários autores, o preceptor e o tutor da área determinarão o número de participantes. O residente deverá apresentar o comprovante de participação e relatório do evento, pois, caso contrário, poderá acarretar impedimento de futuras participações e a reposição dos dias correspondentes ao evento ao término da residência de acordo com as definições legais.

IV. Férias O Residente terá direito a 30 (trinta) dias consecutivos de férias anuais, de acordo com a escala de seu

serviço ou de sua área, que podem ser fracionados em dois períodos de 15 (quinze) dias.

‘V. Certificado de Conclusão do Programa de Residência e Atestado de Frequência:

1- O residente que tiver sido aprovado em seu respectivo programa e apresentado defesa de monografia ou um artigo científico, receberá Certificado de Conclusão do Programa de Residência.
2- O residente que desistir do programa tem direito a receber atestado de frequência, bem como declaração de participação dos módulos cumpridos expedidos pela COREMU.

SEÇÃO II. 3 DEVERES DOS RESIDENTES

Art. 15º - São deveres dos residentes:

I. Normas Gerais:

1 Apresentar-se na data pré-determinada em sua área ou serviço específico;

2 Solicitar a coordenação do programa de residência cópia das atividades a serem desenvolvidas;
3 Seguir a programação estabelecida;
4 Responsabilizar-se pelo trabalho assistencial no Hospital e na rede local de saúde envolvida no programa de residência, respondendo pelas intervenções realizadas no que se refere aos atendimentos, direitos e bem-estar dos pacientes;
5 Executar as funções determinadas pelos preceptores e pelos tutores do programa, mantendo-se devidamente uniformizado nas dependências do Hospital e instituições conveniadas, identificado com crachá;
6 Respeitar convenientemente seus superiores, pares, funcionários e pacientes;
7 Desenvolver projetos de pesquisa definidos pelo NDAE e vinculados às atividades definidas na semana padrão;
8 Participar da rotina dos plantões e atividades cotidianas dos serviços, registrando-as em prontuários e/ou livros de ocorrências de enfermarias, ambulatórios e/ou unidades de saúde;
9 Acompanhar e orientar acadêmicos, participando do processo de ensino aprendizagem, junto com o preceptor e o tutor do programa;
10 Participar de reuniões e grupos de estudo estabelecendo a correlação teórico-prática; 11 Manter-se atualizado com as principais discussões teóricas do Sistema de Saúde e
de sua área específica;

12 Participar de eventos científicos e promover a divulgação nos grupos de estudo;

13 Atender às solicitações dos preceptores e dos tutores, frente à rotina de atividades nos diferentes setores do Hospital e instituições conveniadas;

14 Analisar os procedimentos realizados, em consonância com o código deontológico específico;

15 Participar de reuniões de equipe com o objetivo de contribuir para a construção interdisciplinar e atualização permanente de temáticas clínicas e sócio sanitárias;

16 Frequentar as atividades didático-pedagógicas correspondentes ao eixo teórico transversal, ao eixo teórico específico da área profissional e aos eixos teórico-prático e prático, conforme projetos políticos–pedagógico e planejamento aprovado pela COREMU;

- Para aprovação em cada módulo teórico do eixo teórico transversal o residente deverá obter no mínimo 60 pontos na média final e frequência mínima de 85%.

17 Manter intercâmbio de experiências profissionais com outras instituições, tanto em relação ao ensino, quanto à prática profissional;

18 Zelar pelas normas éticas - profissionais dispostas nos códigos deontológicos;

19 Comparecer obrigatoriamente, quando convocado, às reuniões da COREMU e do serviço pertinente;

20 Levar ao conhecimento dos preceptores e dos tutores do programa, à chefia do serviço ou ao coordenador geral do programa as irregularidades relacionadas aos

residentes, funcionários, docentes, instalações e funcionamento do Hospital e das instituições conveniadas;

21 Zelar pelo uso e responsabilizar-se pelos danos aos materiais sob sua responsabilidade.

Art. 16º - É vedado aos Residentes:

1- Prestar informações ou assinar documentos sobre assuntos fora de sua competência; 2- Usar indevidamente ou em proveito próprio as instalações e materiais do Hospital e instituições conveniadas;

3- Praticar atos atentatórios à moral e à ética profissional;

4- Matricular-se e frequentar outros cursos de graduação e/ou pós-graduação, concomitante a realização da residência, sem a aprovação do Coordenador do Programa de Residência e da COREMU.

Art. 17º - A frequência dos residentes será controlada de acordo com as normas estabelecidas pela COREMU atendidas as definições da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, devendo os mesmos frequentarem 100% das atividades práticas e, no mínimo, 85% das atividades teóricas.

Art. 18º - Avaliação A avaliação dos residentes será semestral. Na avaliação periódica do residente poderão

ser utilizadas, de acordo com as especificidades de cada programa e área profissional, as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, que incluam atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades e outros.

Art. 19º - Sanções Disciplinares: A COREMU é o órgão de deliberação máxima no julgamento e aplicação das sanções disciplinares aos residentes do programa.

Art. 20º - O Residente estará sujeito às seguintes sanções disciplinares:

1- Advertência por Escrito:

Será aplicada a penalidade de ADVERTÊNCIA POR ESCRITO pelo coordenador do programa ao residente que cometer qualquer ato, atitude ou comportamento que comprometa o andamento normal de sua área/serviço e que seja atentatória aos princípios éticos morais. Esta advertência deverá ser encaminhada à COREMU.

2- Suspensão:

A suspensão do residente deve ser proposta pelos preceptores e pelos tutores do programa e homologada pela COREMU em reunião ordinária ou extraordinária. Será aplicada a penalidade de SUSPENSÃO ao residente que cometer uma falta grave, isto é:

2.1- Faltar a plantões sem justificativas;

2.2- Ausência não justificada do programa por período superior a 24 horas;

2.3- Participação e/ou coparticipação em qualquer ato considerado pelo código civil como atitude criminosa;

Item 1 - A penalidade de SUSPENSÃO será no mínimo de 3 (três) dias e no máximo de 29 (vinte e nove) dias;

Item 2 - A suspensão implica no desconto em folha dos dias correspondentes à penalidade;

Item 3 - Após a data do término do programa de residência o residente deverá compensar os dias de suspensão cumprindo a carga horária do referido programa;

Item 4 - Ao residente será garantido pleno direito de defesa;

3- Exclusão:

Será aplicada a penalidade de EXCLUSÃO ao residente que: 3.1- Reincidir em

falta referida no item anterior;

3.2- Não comparecer às atividades do programa de residência, sem justificativa, por 3 (três) dias consecutivos ou 15 (quinze) dias intercalados no período de seis meses;

3.3- Utilizar as instalações ou materiais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos ou instituições conveniadas para fins lucrativos;

3.4- For reprovado na avaliação final do programa;

3.5- Caso apresente deficiências significativas no seu desempenho, o residente deverá ser informado, de maneira explícita, da possibilidade de seu desligamento do programa. Não havendo a esperada recuperação, ele poderá ser excluído mediante exposição dos motivos que serão enviados para julgamento da COREMU;

3.6- Ao residente será garantido pleno direito de defesa.

Art. 21º - Monografia/Artigo Científico:

Para conclusão do programa, o residente deverá apresentar ao final do último ano de residência, à secretaria da COREMU, monografia ou artigo científico, referente a projetos desenvolvidos no Programa de Residência. Cabe ao coordenador receber a monografia e compor a banca para avaliação da mesma. A avaliação do artigo científico - Trabalho de Conclusão de Curso será realizada mediante defesa pública. A avaliação do artigo científico deverá ser requerida pelo orientador à COREMU. A avaliação do artigo científico será feita por uma Comissão Examinadora, constituída pelo orientador e mais dois integrantes portadores, no mínimo, do grau de Mestre. Os trabalhos de conclusão de curso deverão ser entregues na secretaria da COREMU em uma via, impressa e em CD, junto com ata de apresentação preenchida e assinada pela banca avaliadora, o relatório de atividades desenvolvidas na residência e as avaliações final e semestrais preenchidas e assinadas pelos tutores e coordenadores. O prazo final para entrega da monografia ou artigo científico é de até 90 dias após o término do seu programa, sob pena de perda do direito ao certificado definitivo.

CAPÍTULO V

SUPERVISÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

Art. 22º - Quanto à supervisão das atividades, os residentes serão acompanhados por tutores e preceptores, conforme estabelecido pela resolução nº 2, DE 13 DE ABRIL DE 2012 que dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde.

SEÇÃO III.1 TUTORES

Art. 23º - O tutor é um profissional experiente, com conhecimentos e habilidades em desempenhar os procedimentos e ações profissionais específicas, com competência pedagógica. Desta forma, cabe ao tutor a função de integrar os conceitos advindos do ensino e da prática profissional. Assim a função de tutor caracteriza-se por 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.

Art. 24º - O tutor tem a função de mediar e garantir a integração entre as unidades acadêmicas e os serviços envolvidos nos programas de residência.

SEÇÃO III. 2 PRECEPTORES

Art. 25º - O preceptor é o profissional experiente, com título de especialista na área de formação, que pertence ao serviço de saúde e que apresenta competência e habilidade clínica, além de capacidade para conduzir o residente no processo de aprender, estimulando e possibilitando o desenvolvimento pessoal e profissional do mesmo. Portanto, compete ao preceptor orientar e avaliar o residente, atuando também como guia e modelo.

CAPÍTULO VI

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DO HOSPITAL

SEÇÃO IV.1

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL

Art. 26º - Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde constituem-se em modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu destinados aos profissionais de saúde das áreas definidas em legislação específica caracterizado por ensino em serviço, cujo eixo norteador concentra-se na formação para atuação multiprofissional nas diversas linhas de cuidado em saúde, com capacidade para responder às necessidades loco-regionais e contribuir para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

SEÇÃO IV.2

RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO HOSPITAL

Art. 27º - Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde constituem-se em modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu destinados a todas as áreas profissionais que tenham interface com a área de saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, cujo eixo norteador concentra-se na formação para atuação direta e/ou indireta na assistência em saúde, com capacidade para responder às necessidades loco-regionais e contribuir para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

SEÇÃO IV.3

PROGRAMAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DO HOSPITAL

Art. 28º - Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde serão cumpridos no Hospital, durante um período mínimo de dois anos, com carga horária mínima total de 5.760 horas, sem qualquer vínculo empregatício, em regime de tempo integral.

Art. 29º - Compete, obrigatoriamente, a todos os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital, encaminharem à Coordenação da COREMU, pelos seus respectivos coordenadores, anualmente, programação específica onde constem atividades científicas, escala de trabalho e funções dos residentes.

Art. 30º - Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital respeitarão a carga horária de 30 (trinta) horas semanais, sendo 80% desta voltada às atividades práticas de treinamento em serviço, incluindo 6 (seis) horas de plantão obrigatório, e 20% de atividades teóricas. A jornada de trabalho será definida de acordo com escala previamente estabelecida pelos preceptores e os tutores e a proporção adotada é de 2 preceptores para cada 3 residentes. Deve ser garantido também, 1 tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais com horário de almoço determinado. O profissional de saúde residente fará jus a um dia de folga semanal, conforme Resolução CNRMS nº 03, de 04 de maio de 2010.

Art. 31º - Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital terão seus residentes designados pelos símbolos R1, R2 e R3, dependendo da duração destes programas.

Art. 32º- A distribuição ou remanejamento das bolsas será realizada pela COREMU e Secretaria de Estado da Saúde, após discussão e aprovação em reunião registrada em ata.

Art. 33º - A adesão de novas áreas profissionais aos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital fica subordinada à aprovação em reunião da

COREMU e Secretaria Estadual de Saúde, conforme disponibilidade de bolsas e interesse dos Programas.

Art. 34º - Não serão aceitos projetos de criação de novos programas de residência, tanto multiprofissional ou em área profissional da saúde, sem que as bolsas de estudo sejam garantidas, documentalmente, por instituição provedora, para todo o período referente à duração do programa proposto.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 35º - Estágios de residentes de outra nacionalidade só poderão ocorrer após aprovação pela COREMU.

Art. 36º – Fica instituída a categoria de Colaborador Voluntário para residentes que cumprem as exigências para atuação, a ser aprovado pela COREMU, mediante solicitação do supervisor do programa.

Art. 37º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela COREMU.

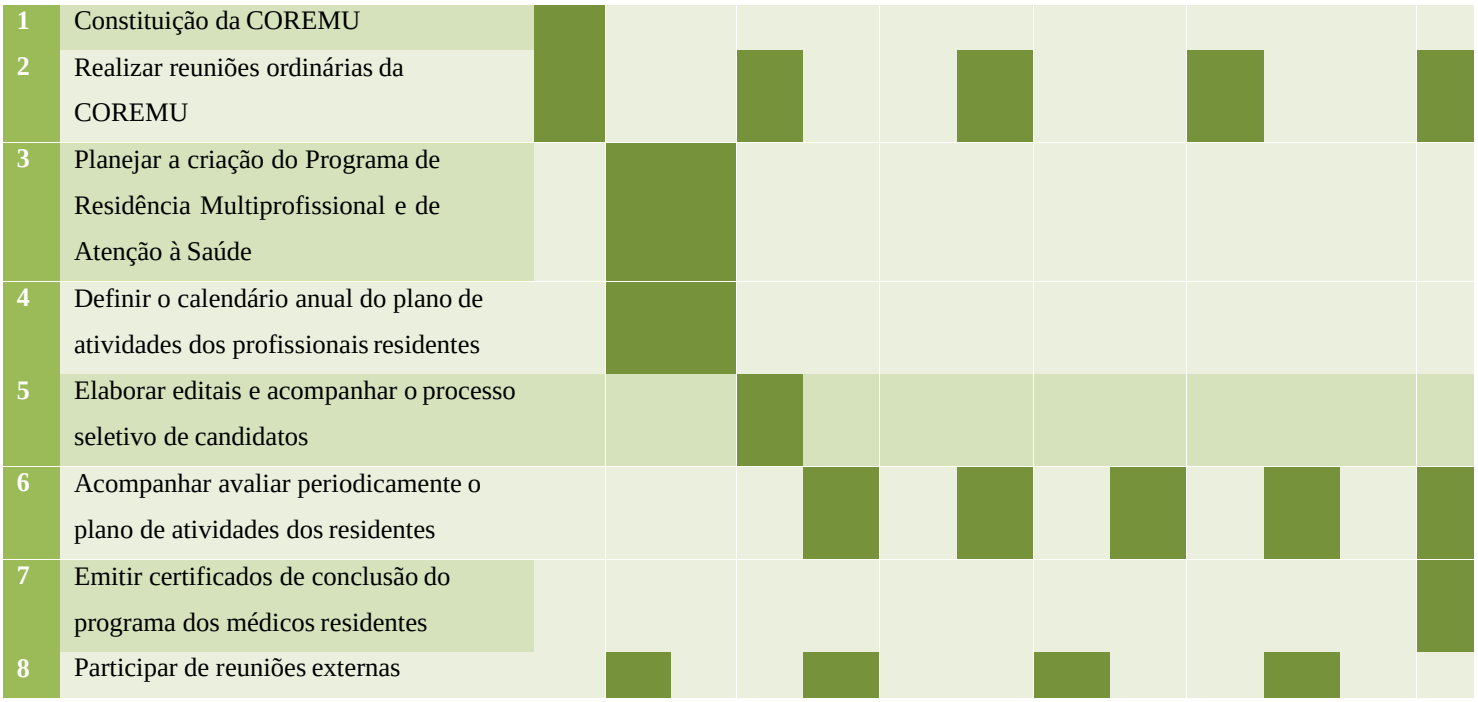
Art. 38º - Este regimento será aprovado pela COREMU e entrará em vigor após sua aprovação.

Art. 39º - Este regimento poderá ser modificado por maioria simples dos membros da COREMU.

Art. 40º - Ficam revogadas as disposições em contrário.

4.17.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE	2022									2023			
	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04



4.18. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

4.18.1. Descrição da Finalidade

O Comitê de Ética em Pesquisa do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, com a finalidade de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos, obedecendo a legislação vigente.

4.18.2. Constituição Básica e Regimento Interno

O Comitê de Ética em Pesquisa do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será constituído por, no mínimo, 10 membros de multiprofissionais e juntos, eles devem trabalhar de forma consultiva, deliberativa e educativa.

O Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, de acordo com o Capítulo VII, item 5, da Resolução/CNS nº 196, de 10/10/1996, deverá ser constituído por pessoas de ambos os sexos, não sendo permitido que nenhuma categoria profissional tenha uma representação superior à

metade dos seus membros. Pelo menos metade dos membros deverá possuir experiência em pesquisa e representar as diversas áreas de atuação multidisciplinar da Instituição. Em consonância com o Capítulo VII, item 10 da Resolução/CNS nº 196, os membros não poderão ser remunerados.

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º- O presente Regimento contém as normas de funcionamento do Comitê de Ética em Pesquisa do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, em conformidade no que dispõe as resoluções do Conselho Nacional de Saúde, destacando as resoluções CNS/MS n.º 466 de 12 de dezembro de 2012, n.º 510 de 07 de abril de 2016, nº 370 de 08 de março de 2007, bem como à Norma Operacional nº 001/2013.

Art. 2º - O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir com o desenvolvimento da pesquisa, dentro de padrões éticos, obedecendo a legislação vigente.

Art. 3º - Ao CEP compete regulamentar, analisar e fiscalizar a realização de pesquisa clínica e experimental envolvendo seres humanos no âmbito do complexo compreendido pelo Hospital, ou de outra instituição, quando por esta solicitado ou quando indicados pela CONEP.

Parágrafo Único. Como definição, as pesquisas realizadas em seres humanos são os procedimentos experimentais que incluem, entre outros, os de natureza instrumental, ambiental, nutricional, sociológica, econômica, tecnológica, psíquica, biológica, sejam eles, farmacológicos, clínicos ou cirúrgicos e de finalidade preventiva, diagnosticada ou terapêutica. O CEP ao analisar e decidir sobre as pesquisas submetidas se torna corresponsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º - O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP terá composição multiprofissional e transdiciplinar, com pessoas de ambos os sexos, com número não inferior a sete membros, de reputação ilibada, idoneidade moral e de notória competência no ramo de suas atividades, devendo incluir a participação de profissionais da área da saúde, das ciências exatas, sociais e humanas e pelo menos um representante dos usuários da Instituição.

Parágrafo 1º - A sua composição deverá estar em conformidade com a Res. CNS 196/96.

Parágrafo 2º - Os membros do Comitê não são remunerados, porém são dispensados nos horários de trabalho, no Comitê, das outras obrigações no Hospital.

Parágrafo 3º - Os membros serão escolhidos através de indicação feita pelos componentes do Comitê, Chefia do Setor de Ensino e Pesquisa ou Direção Geral, com posterior avaliação e aprovação do CEP, devendo estar registrada em ATA.

Parágrafo 4º - O mandato dos membros do Comitê será de 3 (três) anos, sendo permitida a recondução através da formalização em reunião ordinária, com quórum mínimo estabelecido no art.8º do presente regimento;

Parágrafo 5º - os membros do CEP deverão atuar de forma voluntária, autônoma e independente no exercício de sua função, que é de elevado interesse público. Sendo assim, é vedado, tanto aos titulares quanto aos suplentes, exercer atividades nas quais interesses privados possam comprometer o interesse público e sua imparcialidade no exercício de suas atividades no sistema CEP/CONEP. Os membros deverão apresentar declaração, por escrito, comprovando a sua autonomia e independência no exercício como membro, já no momento da sua candidatura ou aceitação de indicação;

Parágrafo 6º - compete aos Consultores ad hoc dar apoio à análise de projetos dos membros titulares, visando garantir competência técnica e especializada.

Art. 5º - Os membros do CEP poderão se licenciar por período não superior a 1 (um) ano, desde que plenamente justificado sendo que, após este período, se não houver retorno será automaticamente desligado do Comitê.

Parágrafo Único. O membro titular licenciado do CEP não contará para efeito de quórum nas reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê.

Art. 6º - O Comitê é coordenado por dois de seus membros, eleitos entre seus pares, a partir da primeira reunião de trabalho de um novo mandato, sendo 1 (um) Coordenador e 1 (um) Coordenador Suplente.

Parágrafo Único. A escolha do coordenador deve ser feita pelos seus membros a cada 3 (três) anos, em reunião ordinária, com quórum mínimo de 70% do colegiado e registrado em ata. Caso ocorra vacância do cargo antes do período inferior a 3 (três) anos, a escolha do coordenador será antecipada respeitando o quórum mínimo de 70% do colegiado. Em ambas as situações, caberá ao CEP comunicar à CONEP, justificando as alterações efetuadas e oficializando, conforme critérios de comunicação estabelecidos na Norma Operacional nº001/13.

Art. 7º - Os membros do Comitê deverão ter total independência na tomada de decisões no exercício de suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas, de forma que não poderão sofrer pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados na pesquisa.

Art. 8º - A formação do quórum para iniciar a reunião e para deliberar deve ser de mais de 50% (50%+1) dos membros deste CEP, de acordo com o contido na Resolução CNS nº370/07 e o controle das presenças nas reuniões ocorre através de assinatura da Lista de presença.

Art. 9º - Os membros do Comitê deverão se ausentar da reunião no momento da tomada de decisão sobre pareceres quando estiverem diretamente envolvidos na pesquisa em análise ou, ainda, quando tiverem grau de parentesco ou de sociedade em atividades profissionais e acadêmicas com os pesquisadores envolvidos.

Art. 10º - Conforme estabelece a Resolução CNS/MS n.º 370/2007, o Hospital deverá designar um funcionário administrativo, para atuar de forma exclusiva e especificamente no desenvolvimento das atividades de apoio ao Comitê, como Secretário.

Art. 11º - O representante dos usuários, assim como seu suplente, expressará e representará os interesses de indivíduos e/ou grupos participantes de pesquisas e representará interesses públicos e coletivos diversos.

Parágrafo Único. Em caso de nomeação de novo representante de usuário e/ou suplente, o CEP solicitará as devidas alterações dos dados via formulário especifico encaminhado à CONEP, conforme critérios estabelecidos na Norma Operacional nº001/13.

Art. 12º - Ocorrendo vacância entre os membros do CEP, será designado outro membro para a vaga e caberá ao CEP comunicar as alterações à CONEP, conforme critérios de comunicação estabelecidos na Norma Operacional nº001/13.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 13º. - Conforme estabelecem os incisos VIII e X, da Resolução CNS/MS n.º 466/12, são atribuições do CEP:

I - capacitar os novos membros antes da sua participação na primeira reunião e atualizar os membros que já atuam no CEP através de treinamentos realizados pelos próprios membros e coordenadores e incluindo mini cursos disponibilizados pelo SUS em plataformas online. Esta capacitação inclui orientação sobre as normas e resoluções do CNS, leituras e discussões de textos sobre ética em pesquisa, treinamento para a análise documental dos protocolos, conhecimento das atividades inerentes à função de cada membro e também normatizações para as atividades do CEP;

II – capacitar a comunidade acadêmica e promover a educação em ética em pesquisa com seres humanos através de um plano de capacitação permanente para o cumprimento de sua missão protetiva aos participantes de pesquisa, construindo uma rede de articulações com os movimentos sociais, as instituições de ensino, as entidades de representação de usuários e trabalhadores em saúde, as instâncias do Controle Social como Conselhos e Conferências, e órgãos de comunicação;

III - avaliar projetos e protocolos de pesquisa (inclusive os multicêntricos, interdisciplinares e interdepartamentais) envolvendo seres humanos, com prioridade nos temas de relevância pública e de interesse estratégico da agenda de prioridades do SUS, com base nos indicadores epidemiológicos, emitindo parecer, devidamente justificado, sempre orientado, dentre outros, pelos princípios da impessoalidade, transparência, razoabilidade, proporcionalidade e

eficiência, dentro dos prazos estabelecidos em norma operacional, evitando redundâncias que resultem em morosidade na análise, submetendo ao Conselho Nacional de Saúde os recursos impetrados nos casos de rejeição, modificação ou suspensão de projetos que não possam ser decididos pelo próprio Comitê, ou ainda, nos casos de denúncia de órgãos públicos e privados;

IV – elaborar o parecer de forma clara, objetiva, detalhada e suficientemente motivado para subsidiar a decisão do colegiado, que será validado na Plataforma Brasil preferencialmente durante os trabalhos da reunião;

V – realizar a checagem documental dos protocolos de pesquisa no prazo de 10(dez) dias e a liberação do Parecer Consubstanciado CEP no prazo de 30(trinta) dias;

VI - expedir instruções com normas técnicas para orientar os pesquisadores com respeito a aspectos éticos;

VII - garantir a manutenção dos aspectos éticos de pesquisa, inclusive, instaurando inquérito investigativo para os casos de denúncias da comunidade acadêmica e de membros sobre situações irregulares de pesquisas que estejam sendo realizadas no ambiente acadêmico, envolvendo seres humanos, nos casos considerados como passíveis de análise por parte do Comitê. As denúncias deverão ser formalizadas por escrito e assinadas pelos denunciantes, podendo ser agregadas comprovações técnicas do fato através de fotos, mídia em geral e depoimento de testemunhas, que serão coparticipantes da denúncia, assinando o mesmo termo do denunciante;

VIII - garantir a manutenção dos aspectos éticos de pesquisa, inclusive, instaurando inquérito investigativo para os casos em que sejam percebidas situações de infrações éticas e nos casos de denúncias da comunidade acadêmica e de membros sobre situações irregulares de pesquisas, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa. As denúncias deverão ser formalizadas por escrito e assinadas pelos denunciantes, podendo ser agregadas comprovações técnicas do fato através de fotos, mídia em geral e depoimento de testemunhas, que serão comunicados às instâncias competentes para averiguação e, quando couber, ao Ministério Público;

IX - zelar pela obtenção de consentimento livre e esclarecido dos indivíduos ou grupos para sua participação na pesquisa;

X - acompanhar o desenvolvimento de projetos através de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa, nas situações exigidas pela legislação, determinando a suspensão dos trabalhos caso o pesquisador não o faça, se detectar algum risco ou dano à saúde dos indivíduos ou quando eles assim o desejarem e se manifestarem por escrito ao CEP;

XI - manter comunicação regular e permanente com a CONEP/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, por meio de sua Secretária e, ainda, manter comunicação com Colegiados congêneres de outras Instituições de pesquisa, podendo também trocar informações sobre casos adversos de jurisprudência de pareceres e, até, se for o caso, compartilhar tomada de decisões sobre projetos que estejam sendo analisados em uma das instituições;

XII - desempenhar papel consultivo e educativo fomentando a reflexão em torno da ética na ciência, através de atos consultivos, palestras, treinamentos, seminários, cursos e demais eventos que promovam o conhecimento dos aspectos éticos em pesquisas;

XIII - manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo por 5 (cinco) anos, podendo esse arquivamento processar-se em meio digital, ficando à disposição da CONEP e demais autoridades cabíveis.

Parágrafo 1º - No caso de projetos multicêntricos, multi departamentais ou multidisciplinares, o encaminhamento deverá ser feito em conjunto por todos os participantes.

Parágrafo 2º - O CEP não emitirá parecer sobre pesquisas já realizadas ou em desenvolvimento, como também, fora dos prazos regimentais de seu calendário de funcionamento anual.

Parágrafo 3º - O Pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa deverá enviar ao CEP pela Plataforma Brasil a entrega do relatório de acompanhamento de pesquisa. O referido relatório deve ser preenchido de forma digital, assinado e datado pelo mesmo.

Art. 14º - Com base no parecer emitido pelo CEP – via Plataforma Brasil, cada projeto será enquadrado em uma das seguintes situações:

I – Aprovado: quando o protocolo se encontra totalmente adequado para execução;

II – Pendente: 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;

III – 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;

IV - 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";

V - Arquivado: quando o pesquisador descumprir o prazo para enviar as respostas às pendências apontadas ou para recorrer;

VI - suspenso: quando a pesquisa aprovada, já em andamento, deve ser interrompida por motivo de segurança, especialmente referente ao participante da pesquisa.

Parágrafo 1º - À CONEP caberá avaliar os projetos envolvendo: genética humana; reprodução humana; equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País; novos procedimentos terapêuticos invasivos; estudos com populações indígenas; projetos de pesquisa que envolvam organismos geneticamente modificados (OGM), células-tronco embrionárias e organismos que representem alto risco coletivo, incluindo organismos relacionados a eles, nos âmbitos de: experimentação, construção, cultivo, manipulação, transporte, transferência, importação, exportação, armazenamento, liberação no meio ambiente e descarte; protocolos de constituição e funcionamento de biobancos para fins de pesquisa; pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com co-patrocínio do Governo Brasileiro; e projetos que, a critério do CEP e devidamente justificados, sejam julgados merecedores de análise pela CONEP

Parágrafo 2º - Os recursos contendo justificativa e solicitação de revisão do parecer emitido pelo CEP, quando existir uma não concordância do pesquisador referente ao parecer dado na apreciação de um projeto de pesquisa, deverão ser enviados ao CEP no prazo de 30 dias, via Plataforma Brasil, pelo pesquisador responsável. Caso o CEP recuse o recurso, os interessados poderão recorrer à CONEP, em última instância, no prazo de 30 dias. § 3º Considerar-se-á antiético paralisar a pesquisa sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou. Ao saber do fato o CEP comunicará à administração superior do Hospital ou de outra instituição em questão, para a retomada do projeto e outras providencias administrativas que couberem.

Art. 15º. Ao Coordenador e Coordenador Suplente, quando em exercício, compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê e especificamente:

I - representar o Comitê em suas relações internas e externas;

II - instalar o Comitê e presidir as reuniões plenárias;

III - promover a convocação das reuniões;

IV - indicar membros para estudos e emissão de pareceres necessários à compreensão da finalidade do Comitê;

V - tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

VI - elaborar, juntamente com o relator, parecer do Colegiado, bem como elaborar o parecer Consubstanciado do CEP;

VII - zelar pelo bom funcionamento do comitê, atuando na mediação entre os trabalhos do CEP e as demandas da comunidade científica, bem como, aplicando o Regimento interno e/ou o que estabelece a Resolução CNS/MS nº 466/12, se caso necessário;

VIII - manter sob sigilo absoluto toda e qualquer informação de caráter confidencial do CEP, mesmo após a sua saída do comitê.

Parágrafo 1º - Na ausência do Coordenador, as atribuições serão desempenhadas pelo Coordenador Suplente.

Parágrafo 2º - Na ocorrência de baixo desempenho dos seus membros ou no não cumprimento do art. 14 deste regimento, poderá o Coordenador ou Coordenador Suplente, em exercício da função, recomendar o desligamento dos membros efetivos do comitê. Após apreciação em reunião e aprovação pela maioria dos membros presentes, o Coordenador ou Suplente, em exercício, deverá comunicar à Diretoria do Hospital para que seja providenciada a comunicação do desligamento do respectivo membro com base na decisão soberana do CEP, em cumprimento à legislação vigente.

Art. 16º. A (o) Funcionário (a) Administrativo (a) do CEP compete:

I - assistir as reuniões;

II - encaminhar o expediente, via Plataforma Brasil, ou seja, recepcionar os projetos de pesquisa e indicar os relatores;

III - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devem ser examinados nas reuniões do CEP;

IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI - lavrar e assinar as atas de reuniões do CEP;

VII - providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;

VIII - distribuir aos membros do CEP a pauta das reuniões, orientando em possíveis procedimentos de suas atividades administrativas;

IX - orientar os pesquisadores quanto ao correto preenchimento dos formulários e documentos a serem entregues no protocolo de pesquisa;

X - manter sob sigilo absoluto toda e qualquer informação de caráter confidencial do CEP, mesmo após a sua saída do Comitê.

Art. 17º. Aos membros do CEP compete:

I - estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes foram atribuídas pelo Coordenador, atendo-se exclusivamente aos aspectos éticos da pesquisa no que se refere à Resolução CNS/MS nº 466/12, podendo, no entanto, caso assim deseje, fazer sugestões de caráter metodológico, porém não sendo necessariamente fato comprometedor de certificação de ética;

II - enviar os pareceres dos projetos apreciados em no máximo 7(sete) dias antes da reunião subseqüente do Comitê;

III - comparecer às reuniões, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão, sendo em casos de impedimento de presença considerado falta grave a não justificação;

IV - requerer votação de matéria em regime de urgência;

V - verificar a instrução dos procedimentos estabelecidos, a documentação e registro dos dados gerados no decorrer do processo, o acervo de dados obtidos, os recursos humanos envolvidos e os relatórios parciais e finais do processo;

VI - desempenhar funções atribuídas pelo Coordenador;

VII - apresentar proposições sobre as questões atinentes ao CEP;

VIII - manter sob sigilo absoluto toda e qualquer informação de caráter confidencial do CEP, mesmo após a sua saída do Comitê.

Parágrafo Único. A falta em reuniões será considerada justificada se enviada por email à secretaria do CEP até 1h antes da reunião em questão e, em casos extraordinários, na pessoa do próprio membro, por telefone.

Art. 18º. Ao pesquisador responsável compete:

I - apresentar o protocolo de pesquisa, na Plataforma Brasil, de acordo com as exigências da Resolução CNS/MS nº 466/12;

II - inserir nos projetos, como elementos indispensáveis, o título, autores, nome do pesquisador responsável, dados da instituição proponente, resumo do projeto, sistematização metodológica dos procedimentos experimentais, resultados esperados, bem como, riscos e benefícios aos participantes da pesquisa;

III - obedecer aos prazos de entrega dos processos para análise dos projetos e de devolução após correções recomendadas pelo relator;

IV - acompanhar o fluxo de entrada e tramitação de projetos pela Plataforma Brasil, nos prazos especificados para a apreciação de pareceres;

V - justificar perante o CEP os casos de interrupção do projeto;

VI - por ocasião de publicações e de apresentações em eventos, atribuir também os créditos do trabalho aos outros pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante da pesquisa, bem como, manter em caráter confidencial a identidade dos participantes da pesquisa.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art. 19º - O CEP se reunirá na segunda segunda-feira de cada mês, em sessão ordinária e, ainda, em caráter extraordinário quando convocado pelo Coordenador ou pela maioria de seus membros. O calendário anual é apresentado no final do ano. O recesso ocorrerá, comumente, no período de 20 de dezembro à 02 de janeiro do ano subsequente.

Parágrafo Único. Cabe ao CEP em caso de Greve Institucional comunicar à CONEP, à comunidade de pesquisadores, às instâncias institucionais correlatas, aos participantes de pesquisa e seus representantes quanto à situação, informando se haverá interrupção temporária da tramitação dos protocolos e o tempo de duração estimado da greve, quais as providências que serão adotadas de modo que permaneçam assistidos.

Art. 20º- A reunião do CEP se instalará e deliberará com a presença da maioria simples de seus membros ou, em segunda convocação, pelos membros presentes, e será dirigida pelo seu Coordenador ou na sua ausência, pelo Coordenador Suplente. A pauta da referida reunião deverá ser enviada aos membros com antecedência mínima de 48 horas.

I - na ausência do Coordenador ou Coordenador Suplente, a reunião será suspensa;

II - a ocorrência de falta não justificada pelo mesmo membro desde que em exercício, por 3(três) vezes consecutivas ou intercaladas, ensejará em desligamento imediato em reunião posterior ao registro da ocorrência; III - a ocorrência de falta justificada pelo mesmo membro desde que em exercício, por 6(seis) vezes consecutivas ou intercaladas, ensejará em desligamento imediato em reunião posterior ao registro da ocorrência;

Parágrafo Único: a condução das reuniões ocorrerá de maneira fechada ao público, para garantir o sigilo das informações, sendo aberta apenas antes do início das deliberações dos pareceres, caso solicitado por pesquisador, participante de pesquisa ou diretor institucional que desejar esclarecer alguma situação peculiar.

Art. 21º - As reuniões se darão da seguinte forma:

I - verificação da presença do Coordenador e, na sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Coordenador Suplente, devendo o último ser comunicado em no mínimo 24 horas de

antecedência por e-mail ou telefonema;

II - verificação de presença dos membros efetivos e existência de quórum de 50%+1;

III - se for o caso, em segunda convocação, com os membros presentes;

IV - votação e assinatura da Ata da reunião anterior;

V - comunicações breves;

VI - leitura e despacho do expediente;

VII - ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VIII - organização dos pareceres do colegiado e distribuição destes aos relatores para que, juntamente com a Coordenação, emitam o parecer do colegiado via Plataforma Brasil;

IX - encerramento da sessão.

Art. 22º - A entrega do protocolo de pesquisa se dará exclusivamente pela Plataforma Brasil, obedecendo à seguinte ordem:

I - até o 7º dia que antecede a próxima reunião serão aceitos trabalhos para apreciação na referida reunião, via Plataforma Brasil, para submissão à análise do CEP, caso contrário a análise dos mesmos ficará condicionada à próxima reunião;

II - em qualquer momento haverá a recepção e distribuição dos protocolos de pesquisas, pela Secretaria do CEP, via Plataforma Brasil, aos membros relatores de projetos. A indicação do relator será feita pelo (a) funcionário (a) administrativo e a confirmação deverá ser feita pela Coordenação, conforme deliberação da CONEP;

III - os relatores terão até o 5º dia do mês da próxima reunião para efetuarem a análise e emissão do parecer dos projetos de pesquisa que lhe forem encaminhados, via Plataforma Brasil;

IV - caso o relator não apresente o relatório no prazo definido, cabe ao coordenador ou suplente, solicitar o cumprimento do prazo estabelecido, e na ausência de resolução caberá ao coordenador a indicação de novo relator ou execução do relatório.

Art. 23º. Os protocolos de pesquisa deverão conter como elementos indispensáveis, nos casos mais comuns, – via Plataforma Brasil:

I - folha de rosto gerada pela Plataforma Brasil, preenchida, devidamente assinada pelo pesquisador responsável e pelo responsável da Instituição Proponente;

II - o projeto de pesquisa deve conter obrigatoriamente o título e o resumo da pesquisa e demais itens que compõe a estrutura do projeto, como objetivo geral e específico, procedimentos metodológicos de forma clara, contendo descrição de material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia, além da descrição do local, período de realização da pesquisa, participante da pesquisa, faixa etária. Descrever os riscos e benefícios, direta ou indiretamente inerente ao participante da pesquisa, em capítulo próprio (item específico para riscos e benefícios);

III - no cronograma, informar período de execução da pesquisa, além dos itens obrigatórios, como mês de submissão e apreciação pelo CEP e mês de início da pesquisa de campo;

IV - o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um dos documentos mais relevantes na análise do protocolo, pois expressa por escrito o convite para que o participante da pesquisa garanta sua anuência. É um documento que se desdobra em vários elementos, transformando sua proposição em um processo de esclarecimento e respeito à dignidade da pessoa humana. O pesquisador deve orientar-se pela Resolução CNS/MS nº 466/12 e demais resoluções, adequando-o obrigatoriamente a realidade de cada pesquisa a ser realizada. Neste documento o pesquisador deve informar os objetivos da pesquisa, os procedimentos metodológicos do trabalho, especificar local, período de realização da coleta de dados, número de participantes, faixa etária. Além disso, o pesquisador deverá adequar os itens conforme a especificidade do trabalho e informar os riscos e benefícios da pesquisa, tal como descrito no corpo do projeto, destacando as medidas a serem adotadas pelo pesquisador, necessárias para minimizar os riscos previsíveis, considerando as dimensões físicas, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, conforme inciso V, da Resolução CNS/MS nº 466/12. Informar ainda, o nome e contato do pesquisador responsável no final do TCLE;

V - no caso dos estudos retrospectivos, como revisão de casos e revisão de prontuários em base de dados, o uso de prontuário poderá ser aceito pelo CEP mediante apresentação de Declaração da Instituição co-participante, responsabilizando-se junto com o pesquisador responsável pelo sigilo e confidencialidade dos dados registrados nos prontuários, que são de propriedade única e exclusiva do participante da pesquisa. Deve, também, constar no protocolo de pesquisa Termo de Compromisso e Sigilo assinado pelo pesquisador responsável e por todos os envolvidos na pesquisa, quanto ao uso dos dados de prontuário, resguardando o sigilo e a confidencialidade

dos dados, bem como o uso destes exclusivamente para fins de pesquisa científica, desde que não envolva nenhuma variável que possa identificar os participantes, tratando-os em sua dignidade humana, respeitando-os em suas autonomias e defendendo-os em sua vulnerabilidade;

VI - nos casos dos projetos especiais, ou seja, aqueles que não pertencem ao grupo III, deverão ser informados pela CONEP junto a Plataforma Brasil, podendo ser consultada a Resolução CNS/MS nº 466/12 a respeito de tais complementações.

Art. 24º - Os projetos serão distribuídos, preferencialmente de acordo com a área afim de cada participante, buscando manter uma proporção igualitária entre os membros.

Art. 25º - A desobediência aos prazos por parte da relatoria deverá ser justificada coerentemente, sendo considerada falta grave e passível de recomendação de desligamento do CEP por um de seus pares que, por decisão da maioria, poderá ser desligado do Comitê. A ocorrência de tal situação pelo mesmo membro por 3(três) vezes consecutivas ou 6(seis) intercaladas, ensejará em desligamento imediato em reunião posterior ao registro da ocorrência.

Art. 26º - Caso haja impedimento justificado do relator para apresentar pessoalmente o parecer por escrito na data da próxima reunião, deverá designar outro membro para relatar o seu parecer, sob pena de caracterização de falta.

Art. 27º - A identidade dos membros relatores será apenas de conhecimento interno do CEP.

Art. 28º - Em caso de vinda de pesquisador externo ao Hospital, para desenvolvimento de pesquisas com seres humanos em suas dependências, este deverá apresentar ao CEP o parecer consubstanciado emitido pelo Comitê de Ética ao qual submeteu o projeto, solicitando validação ou, no caso, de não haver apresentado este projeto a outro CEP anteriormente, submeter o mesmo ao comitê local.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 29º - O Hospital proporcionará, de acordo com os incisos VII.2 e VII.2.1, da Resolução CNS/MS nº 466/12, condições para o pleno funcionamento do CEP, com recursos humanos, móveis e equipamentos que permitam a organização e manutenção dos arquivos de pesquisa.

Também atuará no sentido de proporcionar o espaço interno necessário para a divulgação do CEP junto à comunidade em geral.

Art. 30º - Os casos omissos e as dúvidas, surgidas na aplicação do presente Regimento Interno, serão esclarecidos pelo Coordenador do CEP, e em grau de recurso pela CONEP. Salvo disposição em contrário, aplica-se subsidiariamente a este Regimento a Resolução CNS/MS nº 466/12.

Art. 31º - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta do CEP, através da maioria absoluta de seus membros efetivos.

4.18.3.Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		2022									2023		
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Reuniões e Convocações	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2	Apresentar proposições sobre as questões relativas à CEP		■		■		■		■		■		■	
3	Distribuição de projetos de pesquisa ou tarefas aos relatores			■	■					■	■			
4	Receber os projetos da secretaria		■	■					■	■				
5	Verificar a instrução dos procedimentos estabelecidos	■	■					■	■					■
6	Acompanhamento e monitoração dos projetos em andamento	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7	Relatórios Mensais	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8	Relatório Anual													■

4.19. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)

4.19.1.Descrição da Finalidade

A Terapia Nutricional é um conjunto de procedimentos que busca a recuperação e a manutenção da saúde nutricional do paciente. Os profissionais envolvidos cuidam tanto da nutrição enteral (por meio de sonda) quanto da parenteral (intravenosa).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é o órgão responsável por regulamentar a atividade de uma EMTN nas instituições de saúde.

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá como finalidade estabelecer os padrões necessários para o gerenciamento das Terapias Nutricionais, através de um conjunto de rotinas integradas, em que cada profissional exercerá uma atividade, buscando proporcionar uma nutrição adequada a cada paciente.

Assim, a equipe se encarrega de criar diretrizes e processos para a triagem, a identificação de riscos nutricionais e as terapias mais viáveis para a recuperação dos pacientes. No ambiente hospitalar, principalmente, essa atuação é muito importante, uma vez que a alimentação e também os tratamentos devem considerar sempre as condições físicas e as possíveis doenças concomitantes.

Além disso, a EMTN irá investigar pacientes em risco de nutrição ou desnutridos, bem como, aqueles com dificuldades na absorção de nutrientes. Da mesma forma, a equipe trata dos cuidados com gastrostomias e jejunostomias, entre outras necessidades alimentares especiais, como dietas restritivas, curativos, controle de volume dos resíduos e a reidratação.

4.19.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), conforme a Resolução RDC nº 503/21, é grupo formal e obrigatoriamente constituído de pelo menos um profissional de cada categoria, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissional de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional-TN.

As atividades da equipe são conduzidas por um coordenador clínico que, de modo geral, é um médico com título de especialista. A especialidade que mais se destaca nessa área é a nutrologia, diretamente ligada à adequação nutricional.

O nutricionista cuidará da dieta e das refeições. Já o farmacêutico irá analisar a melhor aplicação e as possíveis interações dos medicamentos com os alimentos e o enfermeiro auxiliará os demais profissionais em todas as etapas.

Todos os integrantes participam do processo de triagem de risco e de avaliação nutricional. Essa integração entre os membros da EMTN é fundamental para assegurar um tratamento adequado aos pacientes hospitalizados.

REGIMENTO INTERNO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - O Regimento da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para a sistematização da Terapia Nutricional no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.**

Art. 2º - A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital tem por finalidade a execução, supervisão e avaliação permanente de todas as etapas da terapia nutricioinal.

Art. 3º - O objetivo da EMTN é garantir assistência nutricional efetiva, de forma a prevenir e tratar a desnutrição intra-hospitalar, buscando promover o cuidado integral, seguro e efetivo para o paciente.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 4º - Para este Regimento, considera-se:

I. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional: grupo formal e obrigatoriamente constituído de pelo menos um profissional de cada categoria, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissional de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional-TN, conforme prevê a Resolução RDC nº 63/2000.

II. Terapia Nutricional (TN): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.

III. Terapia de Nutrição Enteral (TNE): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da nutrição enteral.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º - A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional será composta por 04 (quatro) membros efetivos:

a) 01 médico,
b) 01 nutricionista,
c) 01 enfermeiro
d) 01 farmacêutico.

Parágrafo Único: As atividades da equipe são conduzidas por um coordenador médico.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º - São atribuições da EMTN:

I. Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição.

II. Criar mecanismos para o desenvolvimento de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN, a serem encaminhados aos cuidados da EMTN.

III. Atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, prescrevendo, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional preestabelecidos.

IV. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da TN, visando a obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos.

V. Capacitar os profissionais envolvidos, diretamente ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada.

VI. Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TN.

VII. Documentar todos os dados referentes ao controle, avaliação e realização da TNE, visando a garantia de sua qualidade.

VIII. Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais da TN.

IX. Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um membro da EMTN para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da TNE.

X. Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TN.

XI. Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais da TNE.

Art. 7º - Atribuições do Coordenador Clínico:

I. Coordenar os protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TNE.

II. Zelar pelo cumprimento das diretrizes de qualidade estabelecidas nas BPPNE e BPANE.

III. Assegurar a atualização dos conhecimentos técnicos e científicos relacionados a TNE e a sua aplicação.

IV. Garantir que a qualidade dos procedimentos de TNE prevaleçam sobre quaisquer outros aspectos.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Art. 8º - A atuação dos membros da EMTN se restringe ao âmbito interno do Hospital, devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento.

Art. 9º - As reuniões ordinárias da EMTN ocorrerão mensalmente.

Parágrafo 1º - A EMTN deliberará com a presença da maioria simples.

Parágrafo 2º - As reuniões devem ser registradas em ata.

Parágrafo 3º - O membro que faltar duas reuniões consecutivas ou três alternadas, sem justificativa formalizada, será desligado da EMTN.

Art. 10º - Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador Clínico com antecedência mínima de 24 horas.

Art. 11º - As deliberações deverão ser encaminhadas à Diretoria Geral, Gerências ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

Art. 12º - A participação na EMTN não implicará em qualquer vantagem econômica para os seis membros.

Parágrafo Único: Os participantes da EMTN deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão.

Art. 13º - A EMTN será responsável pelas capacitações dos profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a Terapia Nutricional Enteral, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados.

Art. 14º - A solicitação de avaliação do paciente pela EMTN deverá ocorrer por intermédio da equipe assistencial;

Art. 15º - A EMTN deverá atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos.

Art. 16º - As condutas da EMTN devem estar alinhadas com os profissionais que prestam assistência ao paciente.

Art. 17º - As condutas clínicas referentes à TNE deverão ser tomadas conforme padronizado nos elaborados pela EMTN e disponíveis nas unidades funcionais e nas estações de trabalho dos colaboradores.

Art. 18º - A EMTN acompanhará periodicamente os Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional Enteral, de forma a monitorar a eficácia da terapia nutricional, bem como garantir a excelência do suporte nutricional prestado aos pacientes.

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 19º - Nenhum membro da EMTN, à exceção do Coordenador Clínico, poderá falar em nome da equipe, sem que esteja autorizado pela Diretoria Geral do Hospital.

Art. 20º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da EMTN e submetidos à apreciação final da Diretoria Geral.

4.19.3. Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA														
ATIVIDADE		2022									2023			
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Implantar um sistema de controle uso de dietas													
2	Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, ambulatorial e domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitem de Terapia Nutricional (TN)													
3	Criar programas de educação continuada visando capacitar recursos humanos direta ou indiretamente envolvidas com a aplicação do procedimento.													
4	Estabelecer auditorias periódicas, a serem realizadas por um dos membros da EMTN, visando a verificação do													

	cumprimento e do registro dos controles e avaliação da TN														
5	Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TN.														
6	Possibilitar treinamento dos profissionais envolvidos														
7	Reuniões de Planejamento e Definições de Metas														
8	Monitorar os Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional Enteral														

4.20. Comissão de Proteção Radiológica (CPR)

4.20.1. Proposta de Constituição

A Comissão de Proteção Radiológica do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá por finalidade promover a adequação da utilização das técnicas de diagnóstico que emitem radiação ionizante e não ionizante, de forma a assegurar o cumprimento rigoroso das normas legais e regulamentares existentes, avaliando e definindo como elemento de política nacional um conjunto de diretrizes para se atingir um padrão aceitável de qualidade com segurança no campo da radiologia diagnóstica, a curto, médio e longo prazos.

Entre as atribuições da Comissão de Proteção Radiológica, as mais relevantes são:

- Propor medidas para minimizar o tempo de exposição de funcionários e pacientes;
- Verificar a distância correta entre o material radioativo e o colaborador em serviço;
- Definir um regimento interno, fiscalizar e discutir situações de risco;
- Incentivar a capacitação técnica e a atualização dos operadores;
- Zelar para que existam avisos de sinalização nos locais de risco;
- Melhorar a comunicação entre os colaboradores desse campo;
- Acompanhar, mais de perto, as rotinas dos profissionais.

4.20.2. COMPOSIÇÃO BÁSICA E REGIMENTO INTERNO

A composição da Comissão de Proteção Radiológica do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será instituída por um colegiado multidisciplinar de 5 membros indicados e representados pelas seguintes áreas:

I. Diretoria Técnica;
II. Coordenação de Enfermagem;
III. Diretoria Administrativa;
IV. Supervisão do Setor de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT;
V. Supervisão da Imaginologia.

O Coordenador dos trabalhos da Comissão de Proteção Radiológica, preferencialmente, deverá ter amplo conhecimento do assunto.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Proteção Radiológica - CPR **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó d** é um órgão de natureza técnico-científica, de assessoria, de caráter deliberativo nos assuntos a ela relacionados, que funcionará diretamente ligado à Diretoria Técnica do Hospital, de acordo com o regulamento técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico.

Art. 2º - A Comissão de Proteção Radiológica do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** tem por finalidade a elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle de Radioproteção Hospitalar, segundo as normativas da Portaria nº 42/98 da Secretaria de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, a qual segue os requisitos estabelecidos na Resolução nº 6/88 do Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo 1º - Considera-se programa de controle de Radioproteção Hospitalar o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à requisitos básicos de proteção radiológica em radiodiagnóstico e disciplina a prática com os raios-x para fins disgnósticos e intervencionistas, visando a defesa da saúde dos pacientes, dos profissionais envolvidos e do público em geral.

Parágrafo 2º - Trata-se de princípio básico de proteção radiológica que nenhuma prática ou fonte adscrita a uma prática deve ser autorizada a menos que produza suficiente benefício para o indivíduo exposto ou para o público em geral, de modo a compensar o detrimento que possa ser causado.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º - A CPR desempenhará as suas atividades por meio de um Colegiado.

Art. 4º - A CPR terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com 5 (cinco) membros representados e nomeados pelas seguintes áreas:

VI. Diretoria Técnica;
VII. Coordenação de Enfermagem;
VIII. Diretoria Administrativa;
IX. Supervisão do Setor de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT;
X. Supervisão da Imaginologia.

Art. 5º - O Coordenador da Comissão de Proteção Radiológica preferencialmente, deverá ter amplo conhecimento do assunto.

Art. 6º - Para realização dos trabalhos os membros serão disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela administração do Hospital.

CAPÍTULO III

DO MANDATO

Art. 7º - O mandato deverá ser de 24 (meses) meses, podendo ser permitida reconduções a critério da administração do Hospital.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 8º - As reuniões da Comissão de Proteção Radiológica serão bimestrais**,** devendo a ordem do dia ser comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de 2 (dois) dias úteis.

Art. 9º - Na ausência do Coordenador, o(a) Secretário(a) nomeado deverá realizar a reunião dando andamento aos trabalhos empreendidos;

Art. 10º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto e prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 11º - As reuniões da Comissão serão registradas em Ata, e as ações serão encaminhadas para as Diretorias do Hospital para conhecimento e providências.

Art. 12º - O encaminhamento dos trabalhos nas reuniões da Comissão de Proteção Radiológica, deverá observar:

I. Verificação da presença e existência de “quórum”;
II. Assinatura da ata da reunião anterior;
III. Leitura e despacho do expediente;
IV. Ordem do dia, compreendendo a leitura, discussão e votação (se houver);
V. Organização da pauta da próxima reunião.
VI. Elaboração de atas das reuniões.

Art. 13º - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 14º - As ausências em reuniões deverão ser justificadas por escrito e/ou e-mail para o Setor de Comissões Técnicas do Hospital, para apreciação junto ao coordenador, sendo que 03 (três)

ausências consecutivas ou 06 (seis) intercaladas no período de 01 (um) ano, não justificadas, poderão ocasionar desligamento e substituição do membro faltoso.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 15º - Compete a Comissão de Proteção Radiológica:

I. Normalizar as rotinas de exames em áreas controladas e não controladas.
II. Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação de equipamentos emissores de radiação ionizante.
III. Monitorar do uso correto de EPI.
IV. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das normas e legislações vigentes.
V. Realizar visitas técnicas na Empresa Terceirizada e fazer cumprir as normas vigentes e contrato firmado.

Art. 16º - São atribuições do Coordenador da Comissão:

I. Convocar e presidir as reuniões;
II. Representar a comissão junto à administração do Hospital, ou indicar seu representante;
III. Nas faltas e impedimentos legais do coordenador, o secretário assumirá e dará prosseguimento às atividades;
IV. Fazer cumprir o Regimento.

Art. 17º - São atribuições do Secretário da Comissão:

I. Substituir e/ou representar o Coordenador em suas faltas e/ou impedimentos;
II. Auxiliar o Coordenador no desenvolvimento de suas atividades.
III. Organizar a ordem do dia;
IV. Receber e protocolar os processos e expedientes;
V. Lavrar as Atas das reuniões;
VI. Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Coordenador;

VII. Organizar e manter o arquivo da comissão;

VIII. Realizar outras funções determinadas pelo Coordenador relacionadas ao serviço desta Comissão.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18º - A Comissão de Proteção Radiológica deverá manter estreita relação com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética em Enfermagem e Comissão de Gerenciamento de Riscos deste hospital, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 19º - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Coordenador desta Comissão, pela Diretoria Geral do Hospital;

Art. 20º - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão, através da maioria absoluta de seus membros, bem como à Diretoria Geral do Hospital

Art. 21º - O presente Regimento Interno será aprovado e entra em vigor a partir da data da sua publicação.

. 4.20.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		2022									2023		
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão													
2	Reuniões ordinárias													
3	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas													
4	Assessoramentos Diversos													
5	Elaboração de Relatórios													
6	Encaminhamento de Relatórios													

4.21. Comissão de Biossegurança (CI)

4.21.1. Proposta de Constituição

A biossegurança é um conjunto de normas, procedimentos e boas práticas que determinam a segurança de quem trabalha em hospitais, clínicas e postos de saúde.

A Comissão de Biossegurança do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá a finalidade de conscientizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetem diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde.

4.21.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A composição mínima da Comissão de Biossegurança do Hospital deverá ser composta por membros de diferentes setores e função na instituição, contendo no mínimo um membro da Segurança do Paciente e três enfermeiros, entretanto, conforme a necessidade da Instituição, este número poderá ser maior. A depender da Diretoria Geral do Hospital, poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos:

I. Pronto Socorro;
II. Serviço de Clínica Médica;
III. Serviço de Cirurgia/ Ortopedia;
IV. Serviço de Laboratório;
V. Serviço de CME/ Bloco Cirúrgico
VI. Especialidade definida a critério do Diretor Geral

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Biossegurança do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** tem como objetivo conscientizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetem diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º - A composição mínima da Comissão de Biossegurança do Hospital deverá ser composta por membros de diferentes setores e função na instituição, contendo no mínimo um membro da Segurança do Paciente e três enfermeiros, entretanto, conforme a necessidade da Instituição, este número poderá ser maior. A depender da Diretoria Geral do Hospital, poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos:

VII. Pronto Socorro;
VIII. Serviço de Clínica Médica;
IX. Serviço de Cirurgia/ Ortopedia;
X. Serviço de Laboratório;
XI. Serviço de CME/ Bloco Cirúrgico
XII. Especialidade definida a critério do Diretor Geral

Art. 3° - Para a realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser dispensados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Geral do Hospital. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil do Hospital.

Parágrafo 1º - O mandato desta Comissão de Biossegurança será indeterminado, podendo ser substituído a qualquer tempo quando a Diretoria achar conveniente, ou por justificativa pertinente.

Parágrafo 2º - O Presidente, Vice-Presidente e o secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º - Compete à Comissão:

I. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;
II. Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;
III. amento 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, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, entre outras.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art 5°- As atribuições da Comissão são de promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais.

Art 6° - As atribuições da Comissão de Biossegurança são:

I. Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos a biossegurança que lhe forem enviados;
II. Sugerir normas para melhorias na biossegurança no Hospital;
III. Realizar visitas inspecionais nos setores no objetivo de identificar situações/problemas;
IV. Normatizar e fiscalizar as ações de biossegurança no Hospital;
V. Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;

VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações sobre biossegurança.

VII. Zelar pelo sigilo ético das informações;

VIII. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pelas demais comissões ou outro serviço interessado;

IX. Assessorar a Direção Técnica da Instituição em assuntos de sua competência;

X. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;

XI. Desenvolver atividades de caráter técnico - científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à instituição.

Art 7° - As atribuições do Presidente da Comissão são:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Representar a Comissão junto às Gerências ou Diretorias da instituição, ou indicar seu representante;

III. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados pelos membros desta;

IV. Fazer cumprir o regimento.

V. Nas decisões da comissão, além do seu voto, o presidente terá o direito ao voto de desempate.

VI. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o Vice-Presidente.

Art 8° - As atribuições do Vice-Presidente são:

I. Executar atribuições que lhe forem delegadas;

II. Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art 9° - As atribuições do Secretário são:

I. Organizar a ordem do dia;

II. Receber e protocolar os processos e expedientes;

III. Lavrar a ata das reuniões;

IV. Convocar os membros da comissão para reuniões conforme cronograma pré-estabelecido;

V. Organizar e manter o arquivo da comissão;

VI. Preparar correspondência;

VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço da secretaria.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Art. 10° - Deverão ocorrer reuniões periódicas com data, local e horário previamente definidos e informados via e-mail institucional, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Parágrafo 1° A ausência de um membro em duas reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Parágrafo 2° Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 11º - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 12º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos será designado um relator ou convidado, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma, poderão ser convidados outros profissionais para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 13º As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Parágrafo 1° - As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão serão realizadas durante o expediente normal da do Hospital, somente em dias úteis, em local apropriado.

Parágrafo 2° - Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, e também quando houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 14º - Será necessário o quórum, calculado pela maioria simples, de membros efetivos para a edição de resoluções:

I. Não havendo quórum, será feita nova convocação;
II. Havendo impasse, a situação deverá ser votada;
III. Em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá "Voto de Minerva";
IV. Membros consultivos não terão direito a voto.

CAPÍTULO VI
METODOLOGIA

Art. 15º - A seguinte metodologia:

I. Estabelecimento de prioridades após análise situacional no Hospital.
II. Fontes de informações: Relatórios do SOST, Relatórios do CCIRAS, Plano de Ação da CIPA, fiscais de contrato das terceirizadas, demanda da ouvidoria e espontânea.
III. Elaboração de Procedimentos Operacional Padrão (POP); sugestão de criação de normas para melhorias no serviço; Campanhas e treinamentos.

CAPÍTULO VII
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16º- Este Regimento poderá ser aprimorado mediante necessidade constatada pelos membros da Comissão, com anuência da Diretoria Geral.

Art. 17º - As resoluções da Comissão terão caráter normativo e deverão ser cumpridas por todos os integrantes da instituição.

Art. 18º - Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 19º - Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

4.21.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA														
ATIVIDADE		2022									2023			
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão													
2	Reuniões ordinárias													
3	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas													
4	Assessoramentos Diversos													
5	Elaboração de Relatórios													
6	Encaminhamento de Relatórios													

4.22. Comissão de Padronização de Produtos para Saúde (CPPS)

4.22.1. Proposta de Constituição

A Comissão Permanente de Padronização de Produtos para Saúde – CPPS a ser implantada no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá a finalidade de formular e implementar uma política institucional para o uso racional e de qualidade de materiais e equipamentos médico-hospitalares, visando contribuir para a melhoria da assistência prestada à saúde.

A CPPS será um instrumento de gestão com finalidade de padronizar métodos e processos que facilitem o gerenciamento geral dos materiais e equipamentos hospitalares, prezando pela conformidade da qualidade com os pressupostos legais de segurança do paciente e saúde do trabalhador.

Periodicamente, a CPPS irá avaliar os materiais e equipamentos padronizados, promovendo inclusões e exclusões segundo critérios de eficácia, eficiência clínica e custo. Dentre suas principais atribuições estão a realização das avaliações, a elaboração da relação de materiais e equipamentos médico-hospitalares padronizados e o desenvolvimento de ações de tecnovigilância.

A CPPS irá atuar de acordo com as atribuições e competências previstas no seu regimento, obedecendo às legislações vigentes (NRs e RDCs, por exemplo) e seguindo parâmetros descritos no Manual de Pré-Qualificação de Artigos Médico-Hospitalares/ANVISA-2010.

Neste contexto, para alcançarmos os resultados esperados, torna-se primordial a integração da CPPS com diversos segmentos do Hospital, desde a área administrativa (Almoxarifado, Compras e Licitação) até os setores assistenciais, passando por Núcleo de Segurança do Paciente, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Educação Permanente, dentre outros.

4.22.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A Comissão Permanente de Padronização de Produtos para Saúde será constituída por equipe multiprofissional, no mínimo 7 (sete) membros a serem indicados pelas respectivas áreas e nomeados pela Diretoria Geral do Hospital para exercerem funções de Presidente, Vice-presidente, Secretário e efetivos conforme estabelecido no Regimento próprio:

a. 01 (um) representante do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente
b. 01 (um) representante da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - CCIRAS.
c. 01 (um) representante da Central de Materiais e Esterilização - CME
d. 01 (um) representante da Engenharia Clínica
e. 01 (um) representante do Setor da Farmácia Hospitalar
f. 01 (um) representante da Coordenação Médica
g. 01 (um) representante da Unidade de Compras ou Suprimentos

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO PERMANENTE DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE - CPPS

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde (CPPS) é instância colegiada de caráter permanente, de natureza consultiva e deliberativa, subordinada a Diretoria Geral do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.**

CAPÍTULO II

COMPOSIÇÃO

Art. 2º A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde terá a seguinte representação:

a. 01 (um) representante do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente
b. 01 (um) representante da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - CCIRAS.
c. 01 (um) representante da Central de Materiais e Esterilização - CME
d. 01 (um) representante da Engenharia Clínica
e. 01 (um) representante do Setor da Farmácia Hospitalar
f. 01 (um) representante da Coordenação Médica

Art. 3º A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde será composta por presidente, secretário e membros.

I- São atribuições do Presidente da Comissão:
   a. Estabelecer as pautas de reuniões;
   b. Convocar as reuniões extraordinárias;
   c. Representar a Comissão em reuniões dentro e fora da instituição;
   d. Definir cronograma de reuniões.

II- São atribuições do Secretário:
   a. Convocar os membros e convidados para as reuniões ordinárias e extraordinárias;
   b. Acompanhar a tramitação de documentos;
   c. Disponibilizar aos demais membros as solicitações enviadas;
   d. Elaborar as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias;
   e. Representar a Comissão, quando designado, em reuniões dentro e fora da instituição.
   f. Organizar documentos e arquivos.

III- São atribuições dos membros:

a. Representar a Comissão, quando designado, em reuniões dentro e fora da instituição;
b. Analisar as solicitações enviadas;
c. Organizar documentos e arquivos;
d. Realizar o levantamento de dados técnicos pertinentes ao objeto da avaliação.

CAPÍTULO III

ATRIBUIÇÕES

Art. 4º A Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde terá as seguintes atribuições:

I. Estabelecer normas e critérios para seleção de produtos a serem padronizados ou cadastrados para uso no Hospital;
II. Analisar propostas de inclusão, alteração ou exclusão de produtos;
III. Revisar e adequar especificações técnicas dos produtos para aquisição pelo Hospital;
IV. Revisar e atualizar o elenco de produtos cadastrados no sistema informatizado do Hospital;
V. Estabelecer lista de produtos padronizados no Hospital;
VI. Apoiar a elaboração de protocolos de utilização para os produtos padronizados na Rede Hospital.

Art. 5º Exclui-se do escopo desta Comissão a padronização de medicamentos, produtos odontológicos, mobiliário e equipamentos médico-hospitalares permanentes, produtos para diagnóstico de uso in vitro, produtos de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), saneantes e cosméticos não utilizados na higiene pessoal dos pacientes.

CAPÍTULO IV

CRITÉRIOS DE PADRONIZAÇÃO

Art. 6º A padronização dos produtos obedecerá aos critérios a seguir discriminados:

I. Preenchimento completo do Formulário de Solicitação de Padronização de Produtos para Saúde após deliberação em câmara técnica/colegiado, com protocolo de utilização;
II. Apresentar, juntamente com o Formulário de Solicitação de Padronização de Produtos para Saúde, os benefícios clínicos sabidamente comprovados por evidência científica, baseada em boas práticas

clínicas e/ou estudos científicos;

III. Apresentar informações completas quanto à aplicabilidade e características (matéria-prima, composição, tamanho, capacidade, especificidades que diferenciem o material, processo de esterilização, prazo de validade);

IV. O produto para saúde deverá ter comprovada efetividade e segurança;

V. O produto para saúde deverá estar inserido em protocolos ou rotinas assistenciais já existentes na comunidade científica.

VI. A escolha do produto para saúde deverá considerar a possibilidade e utilização no maior número de pacientes;

VII. Registro de acordo com a legislação pertinente vigente, em observância às normas da ABNT, Ministério da Saúde, ANVISA, Portarias e correlatos;

VIII. Condições estruturais de estoque, armazenamento, transporte e manuseio operacional;

IX. Avaliação do produto como pré-qualificação;

X. Deve possuir mais um fabricante, de preferência.

CAPÍTULO V

CRITÉRIOS DE DESPADRONIZAÇÃO

Art. 7º A despadronização de produtos pertencentes ao elenco da Secretaria de Saúde obedecerá aos seguintes critérios:

I. Existência de produto similar padronizado no catálogo;

II. Descontinuidade da tecnologia em questão;

III. Indisponibilidade no mercado brasileiro;

IV. Inexistência de processo de aquisição nos últimos cinco anos;

V. Solicitação feita por câmara técnica/colegiado, com justificativa técnica, por meio do preenchimento do Formulário de Despadronização.

CAPÍTULO VI

CRITÉRIOS PARA ALTERAÇÃO DE DESCRITIVO

Art. 8º A alteração de descritivo obedecerá ao seguinte critério:

I. Solicitação de alteração de descritivo feita por câmara técnica/colegiado, com preenchimento do Formulário de Solicitação de despadronização de Produtos para Saúde mediante evidências de inadequação entre o descritivo do produto e as variedades de apresentações disponibilizadas pelo mercado brasileiro.

CAPÍTULO VII

DAS SOLICITAÇÕES E DECISÕES

Art. 9º As solicitações de inclusão/padronização de novos produtos ou alteração de descritivos deverão ser encaminhadas à Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, por meio dos responsáveis das áreas técnicas, em formulário específico, seguindo os critérios estabelecidos.

I. As solicitações encaminhadas à Comissão de Padronização de Produtos para Saúde serão analisadas conforme fluxogramas de avaliação estabelecidos.

II. As solicitações incompletas não serão analisadas, devendo retornar à área técnica/coordenação solicitante para complementação das informações.

III. Em caso de incorporação de novas tecnologias que gerem impacto financeiro, as quais não possuam similar no catálogo da Rede e que nunca tenham feito parte do elenco, a deliberação da Superintendência de Atenção Integrada à Saúde - SAIS/SES- GO será necessária para aprovação final pela Comissão.

IV. Quando da incorporação de novos produtos com tecnologias para uso específico e/ou alto custo, os protocolos assistenciais de utilização deverão ser submetidos à apreciação pela Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde – CPPAS.

Art. 10 A retirada de algum produto do catálogo de padronizados da Secretaria Estadual de Saúde deverá ocorrer mediante solicitação da área técnica, feita no Formulário de Solicitação de Despadronização e encaminhado à Comissão para deliberação:

I. A solicitação de despadronização deverá, obrigatoriamente, estar fundamentada por justificativa;

II. Todos os campos de classificação obrigatória do Formulário de Solicitação de Despadronização deverão estar preenchidos.

CAPÍTULO VIII

FUNCIONAMENTO

Art. 11 A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde reunir-se-á ordinariamente quinzenalmente e, extraordinariamente, por convocação do Presidente ou por requerimento da maioria dos membros.

Parágrafo único - A convocação para reuniões ordinárias deve seguir o cronograma e para reuniões extraordinárias o mínimo de 2 (dois) dias de antecedência.

Art. 12 As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de 50% dos membros titulares mais 1 (um), ou dos seus suplentes, além do presidente.

I. Decorridos 15 (quinze) minutos da hora marcada para o início da reunião e existindo quórum mínimo, serão iniciados os trabalhos com os membros presentes;
II. Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas, sem justificativa relevante.

Parágrafo único - Caso não haja quórum mínimo para deliberação, com consequente prejuízo dos trabalhos, a ausência da área será registrada na ata de reunião.

‘Art. 13 As reuniões da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde serão registradas em atas sumárias, devendo constar os membros presentes, os assuntos debatidos e as decisões emanadas;

Art. 14 Cada membro terá direito a 1 (um) voto; com exceção do membro representante da Vigilância Sanitária, pois é de caráter exclusivamente consultivo.

Art. 15 Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, consubstanciada em estudos científicos, as recomendações e pareceres da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde serão definidas mediante voto da maioria simples, do total dos seus membros presentes cabendo ao Presidente da Comissão o voto de minerva em caso de empate.

CAPÍTULO IX

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16 A Comissão poderá organizar oficinas de trabalho ou outros eventos a fim de fornecer material para educação continuada.

Art. 17 É vedada à Comissão o fornecimento extra-institucional de laudos técnicos referentes aos produtos avaliados no Hospital.

Art. 18 Os casos omissos não previstos no presente Regimento serão objeto de discussão e deliberação dos membros da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

4.22.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		2022									2023		
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Verificar a margem de segurança de estoque de produtos, fornecedores contratados, fornecedores e secundários e outros													
2	Verificar o registro de detecção, avaliação, e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a produtos de saúde													
3	Orientar os funcionários quanto a padronização e despadronização													
4	Receber, analisar e realizar o levantamento de dados técnicos pertinentes das solicitações													

4.23. Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele (CPCIP)

4.23.1. Proposta de Constituição

Atualmente, a temática lesão de pele tem sido motivo de preocupação para os gestores de serviços de saúde, pelos aspectos éticos, sociais, legais e financeiros que estão presentes no desenvolvimento deste agravo. Diante desse contexto apresentado, torna-se indispensável o olhar dos profissionais de saúde a essa problemática, especialmente a equipe de enfermagem, a fim de preveni-la quando possível, evitar danos secundários e promover a cicatrização no tempo mais breve possível, resgatando a autoestima e reinserção social do indivíduo e reduzindo custos aos serviços de saúde.

O gerenciamento e o diagnóstico precoce de lesões de pele devem ser coordenados e coerentes, com objetivos claros, precisos e padronizados em todos os serviços do hospital. Portanto, evidencia-se a necessidade de instrumentalizar as ações dos profissionais e sistematizar o cuidado a ser prestado ao paciente com lesões.

A Comissão de Prevenção e Cuidados com a integridade da Pele - CPCIP do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá como finalidade auxiliar profissionais da saúde no caminho para soluções similares, para que cada vez menos pacientes estejam expostos aos riscos de uma assistência não sistematizada.

. Espera-se obter benefícios com a implantação desta Comissão, tais como: profissionais capacitados para realização de ações de prevenção e tratamento de lesões de pele; redução de custos com o tratamento; redução dos índices de infecção hospitalar relacionadas a lesões de pele; melhora dos índices de qualidade de vida dos pacientes; sistema de informação e banco de dados (estatística, publicações, etc.) relativos à temática e redução dos eventos adversos e morbimortalidade nesses pacientes.

4.23.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A Comissão terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares a serem indicados pela Diretoria Geral.

A CPCIP poderá contar com consultores “ad hoc”, que não fazem parte da comissão como

membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Os membros titulares, serão representantes dos diversos serviços de atenção à saúde da instituição, preferencialmente de nível superior.

A CPCIP deve contar com, no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão.

Para o bom funcionamento da Comissão, é imprescindível a nomeação de um secretário, com função exclusiva, mesmo não sendo um membro da mesma.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE - CPCIP

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º - A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele – CPCIP do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** tem por finalidade oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais do Hospital, assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes.

§ 1º A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele – CPCIP é de natureza técnico-científica permanente.

§ 2º A CPCIP é um órgão de assessoria vinculado à Diretoria Geral do Hospital.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele – CPCIP do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** é um órgão de assessoria e de autoridade da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e otimizar recursos.

§ 1º Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas.

§ 2º Entende-se por ferida qualquer perda da continuidade da pele.

§ 3º Entende-se por curativo o tratamento, utilizando técnicas com produtos químicos, físicos e mecânicos no local da ferida.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º A Comissão terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares a serem indicados pela Diretoria Geral.

Parágrafo único. A CPCIP poderá contar com consultores "ad hoc", que não fazem parte da comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 4º Os membros titulares, serão representantes dos diversos serviços de atenção à saúde da instituição, preferencialmente de nível superior.

Art. 5º A CPCIP deve contar com, no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão.

Parágrafo Único. Para o bom funcionamento da Comissão, é imprescindível a nomeação de um secretário, com função exclusiva, mesmo não sendo um membro da mesma.

CAPÍTULO IV

DA NOMEAÇÃO

Art. 6º Os membros titulares da CPCIP serão escolhidos por seus pares em votação aberta em reunião, em concordância com a Diretoria Geral, para exercerem estas funções por um período de no mínimo 2 (dois) anos, permitindo-se a recondução.

Parágrafo único. O critério para recondução dos membros será avaliado pelos pares presentes na reunião, através da disponibilidade dos membros em auxiliar com os trabalhos da CPCIP.

Art. 7º A CPCIP deverá ser formada por profissionais da área de saúde, que prestem assistência direta ao paciente com lesão de pele, seja no cuidado ambulatorial ou em uma unidade de internação e que atuem como sujeitos na prevenção do surgimento de lesões e atuem na evolução de feridas nesses indivíduos

Art. 8º O presidente da CPCIP deve necessariamente ser um enfermeiro especialista em Estomaterapia e/ou Dermatologia e/ou especialização em Assistência em Lesões de Pele.

Art. 9º O vice-presidente deve ser um profissional de nível superior enfermeiro que tenha interesse pelo tema, não tendo a obrigatoriedade de possuir especialização em áreas fins relacionados ao atendimento ao paciente com lesões.

Art. 10. O mandato do presidente, vice-presidente e dos membros da CPCIP será de no mínimo 02 (dois) anos, podendo haver recondução ao cargo por prazo indeterminado, visto que, este é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros, através de indicação da comissão e nomeação pela Diretoria Geral.

Art. 11. Após a nomeação pela Diretoria Geral, permanecendo os mesmos membros, caberá somente a recondução, ou seja, após a indicação da CPCIP no sentido de reconduzir seus membros, caberá como ato da Diretoria Geral a recondução.

Art. 12. O mandato poderá ter um período inferior, desde que por motivo de força maior que justifique o término do vínculo com a Comissão ou por ausência em 03 (três) reuniões consecutivas, sem aviso prévio, ou 03 (três) alternadas, mesmo que com aviso prévio.

§ 1º As ausências justificadas e não computadas são: férias, licença maternidade ou paternidade, licença médica ou odontológica, licença gala, licença por morte de familiar, licença para capacitação ou possibilidade de prejuízo assistencial.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Art. 13. À CPCIP compete:

I. Garantir aos pacientes do Hospital um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões;

II. Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida;

III. Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas;

IV. Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível;

V. Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma;

VI. Reduzir os custos hospitalares;

VII. Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico;

VIII. Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas;

IX. Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro do Hospital;

X. Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão;

XI. Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes do Hospital, quando solicitado pela equipe multidisciplinar, após a análise da real necessidade de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro supervisor do setor ou do médico, e após a avaliação da lesão por esta comissão;

XII. Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele;

XIII. Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momento da sua alta hospitalar em relação aos cuidados domiciliares com as suas lesões;

XIV. Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES

Art. 14. Atribuições do Presidente:

I. Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CPCIP;

II. Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

III. Promover convocação formal das reuniões;

IV. Representar a CPCIP em suas relações internas e externas;

V. Tomar parte das discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate;

VI. Indicar, dentre os membros da comissão, os relatores dos expedientes, quando da ausência do secretário;

VII. Indicar os membros para a realização de estudos, levantamento de pareceres e outros, quando necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;

VIII. Promover a interação da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões;

IX. Solicitar, quando necessário e na ausência de um médico disponível, exames complementares para melhor acompanhamento do paciente, respeitando competências para cada profissional, sendo que estes exames serão posteriormente avaliados conjuntamente com o médico do paciente e cabe ao médico a prescrição de medicamentos para uso sistêmico.

Art. 15. Atribuições do vice-presidente:

I. Auxiliar na direção, coordenação e supervisão das atividades da CPCIP;

II. Auxiliar na promoção da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões;

III. Na ausência do presidente, o vice-presidente realizará suas atribuições. Art. 16.

Atribuições do secretário:

I. Assistir as reuniões;

II. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos estudos de casos ou outros que devam ser examinados nas reuniões da comissão;

III. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata;

IV. Fazer registros de atas, deliberações, entre outros;

V. Lavrar e coletar as assinaturas das atas de reuniões da comissão;

VI. Auxiliar administrativamente as atividades da comissão;

VII. Na ausência do secretário, o presidente nomeará um dos membros presentes para redigir a ata;

VIII. Encaminhar as atas das reuniões anteriores com antecedência de 48 horas da próxima reunião para o presidente e/ou vice-presidente.

Art. 17. Atribuições do serviço de educação permanente:

I. Auxiliar na promoção de capacitações sobre feridas e curativos com os profissionais da instituição e demais interessados;

II. Elaborar, conjuntamente com a comissão, projetos de capacitaçõesestabelecendo datas, locais, conteúdos programáticos e público alvo;

III. Buscar parcerias e patrocinadores para a realização das capacitações quando necessário;

IV. Realizar relatórios de todas as capacitações realizadas;

V. Avaliar se as capacitações estão atingindo os objetivos esperados. Art. 18.

Atribuições dos enfermeiros da CPCIP:

I. Avaliar as feridas dos pacientes desta instituição em parceria com a CPCIP quando solicitado;

II. Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a admissão de pacientes com lesões;

III. Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a alta de pacientes com lesões;

IV. Acompanhar, quando solicitado pela Comissão, os pacientes com lesões de pele, sendo que, este acompanhamento não exime a equipe de enfermagem assistencial das unidades de internação da responsabilidade de execução de curativos e da avaliação da ferida.

Art. 19. Atribuições comuns aos membros da CPCIP:

I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas;

II. Comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão;

III. Desempenhar as ações atribuídas pela comissão;

IV. Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;

V. Auxiliar na formação, treinamento e aprimoramento de pessoal na realização de curativos.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO

Art. 20. A CPCIP irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após solicitação de parecer do enfermeiro ou médico responsável pelo paciente ou através da busca ativa de pacientes nas unidades de internação.

Art. 21. As respostas de parecer, ou seja, a avaliação das lesões pode ser realizada por qualquer enfermeiro ou médico membro titular da CPCIP.

Art. 22. As solicitações de parecer do período noturno e final do período vespertino, serão realizadas com prazo

máximo de 48 horas, salvo se os integrantes da comissão estiverem envolvidos em outras atividades.

Art. 23. As avaliações de parecer solicitadas aos sábados, domingos ou feriados serão realizadas no primeiro dia útil conforme a escala.

Art. 24. Dias de Funcionamento:

I. Esta comissão atenderá os pacientes desta instituição e ambulatoriais em dias úteis da semana.

Art. 25. Das reuniões:

I. As reuniões ordinárias e extraordinárias da CPCIP serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro do Hospital;

II. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas bimestralmente, com dia e horário previamente agendados;

III. Poderá haver reuniões extraordinárias requeridas pela maioria de seus membros. Art. 26. Os assuntos que demandarem decisão da Comissão serão colocados em pauta para votação pelo Presidente.

§ 1º Após entrar em pauta, o assunto deverá ser estudado e votado no prazo máximo de 02 (duas) reuniões.

§ 2º Os membros consultores, quando convocados, terão direito ao voto.

§ 3º Será considerado "quórum", para votação, a maioria simples dos membros desta comissão. Caso o número de membros titulares publicado seja ímpar, será considerado como "quórum", a maioria simples diretamente inferior ao número de membros titulares publicados (caso haja quinze membros titulares, será considerado "quórum", a presença de sete membros).

§ 4º. Em caso de empates nas votações, caberá ao Presidente o desempate ("voto Minerva").

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 27. Este regimento poderá ser alterado, mediante proposta, através da aprovação de 3/5 de seus membros executores.

Parágrafo Único. A proposta para alteração regimental poderá ser feita por qualquer membro titular da comissão de CPCIP.

Art. 28. Os casos omissos neste Regimento serão decididos pelo presidente desta comissão, ouvidos os membros desta e demais atores envolvidos.

Art. 29. Este Regimento entra em vigor mediante aprovação do Diretor Geral do Hospital.

4.23.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		2022									2023		
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Constituição da CPCIP													
	Reuniões ordinárias													
2	Elaborar e implantar protocolos para a melhora da assistência aos pacientes com lesões de pele													

3	Supervisionar o cumprimento do protocolo								
4	Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas								
	Atender às solicitações de pareceres								
5	Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes								
6	Orientar os pacientes e/ou cuidadores na alta em relação aos cuidados domiciliares								
7	Realizar estudos, pareceres e relatórios								

4.24. Núcleo Interno de Regulação (NIR)

4.24.1. Proposta de Constituição

O Núcleo Interno de Regulação – NIR será uma Unidade Técnico-Administrativa do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** que possibilitará o monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. O NIR ainda disponibilizará todas as informações em relação aos leitos vagos e movimentação dos pacientes na unidade. O NIR será a interface do Complexo Regulador Estadual e Municipal localmente, tendo papel fundamental nas articulações para o encaminhamento correto dos pacientes.

O objetivo principal do NIR será promover a equidade do acesso e da integralidade da assistência e ajustar a oferta às necessidades imediatas do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

O NIR possui como característica ser um órgão colegiado dentro da unidade hospitalar diretamente vinculado à direção local e possuindo como representantes diferentes setores ligados a informação, internação e alta, chefias clínicas e outros.

O NIR atuará diariamente prestando as informações necessárias para a regulação dos leitos da hospitalares em todas as especialidades. Além das ações internas, a equipe do Núcleo realizará conferências dos leitos nas enfermarias; avaliação dos censos dos setores e discussão, quando for o caso; e elaboração do Mapa de Leitos da Unidade, que será disponibilizado para a Central

de Regulação, três vezes ao dia (manhã, tarde e noite).

Implantação e articulação do NIR

Antes da implantação do NIR é necessário organizar os processos internos de trabalho e o acesso à capacidade instalada hospitalar.

Para isso é necessário:

- Definir claramente a estrutura de assistência da instituição e suas limitações capacidade instalada.
- Avaliar o nível de gravidade e a intensidade de cuidado necessário para cada paciente internado na instituição.
- Padronizar os processos de trabalho desde a admissão dos pacientes, cuidados e as transições de cuidados entre os setores da unidade hospitalar.
- Centralizar no NIR a gestão do acesso à estrutura hospitalar e dos processos relacionados, bem como a interface com a Regulação, quando necessário.

Os três pilares do NIR

- Práticas de Regulação: São atividades transversais de regulação do acesso realizadas pelo NIR, de forma articulada com os pontos de atenção e as Centrais de Regulação com o intuito de otimizar os recursos assistenciais disponíveis na unidade hospitalar.
- Articulação com a RAS: Interface com as Centrais de Regulação Hospitalar e com outras instituições da rede (Unidades Básicas de Saúde - UBS, Unidades de Pronto Atendimento - UPA, hospitais etc.).
- Monitoramento: Avaliação de indicadores, do fluxo do paciente e de casos de permanência prolongada.

4.24.2. Constituição Básica e Regimento Interno O NIR estará instituído quando houver:

1. Equipe de referência multiprofissional nomeada institucionalmente.
2. Plano de Ação elaborado e em execução.
3. Definição de indicadores prioritários para monitorar os processos do Plano de Ação e os Resultados (Ex.: Taxa de Ocupação para monitoramento da superlotação; tempo médio de permanência; giro de leito/rotatividade dos pacientes.

4. Quando houver consonância entre o eixo da regulação interna e da regulação externa.

A equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR terá composição multiprofissional e multissetorial, contando com a seguinte equipe operacional:

a. Coordenador Médico;
b. Médico Regulador;
c. Enfermeiro;
d. Técnico de Enfermagem;
e. Médicos Assistentes Técnicos;
f. Chefe do Setor de Regulação;
g. Chefe da Unidade de Regulação Assistencial;
h. Auxiliar administrativo.

O NIR poderá contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

As indicações para integrar o NIR serão submetidas à aprovação da Diretoria Geral.

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADES

Art. 1º - O Núcleo Interno de Regulação do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** possui o objetivo de promover a equidade do acesso e da integralidade da assistência e ajustar a oferta às necessidades imediatas do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

Art. 2º - O Núcleo Interno de Regulação do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** é de caráter permanente e atua como um núcleo de formação multiprofissional e multissetorial. Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre a Unidades de Saúde e as Centrais de Regulação Estadual/municipal, além de permitir a organização do fluxo interno, visando otimizar a utilização do leito hospitalar.

Art. 3º - O NIR é um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção-Geral do Hospital e deve ser legitimado,

com um papel definido e disseminado dentro da instituição.

Art. 4º - O NIR terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas do Hospital e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis:

- PORTARIA MS Nº 312 de 02 de maio de 2002; PORTARIA MS Nº 529, de 1º de abril de 2013;
- PORTARIA MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008; PORTARIA MS Nº 2048, de 5 de novembro de 2002;
- PORTARIA MS Nº 2.657, DE 16 de dezembro de 2004; PORTARIA MS Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013;
- PORTARIA MS Nº 3432, de 12 de agosto de 1998; RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156, de 28 de outubro de 2016.

CAPÍTULO II

COMPETÊNCIAS

Art. 4º – Compete ao Núcleo Interno de Regulação - NIR:

I. Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando como interface entre a Central de Regulação Estadual e Municipal e Núcleo Interno de Regulação - NIR;

II. Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar e fornecer diariamente a situação dos leitos hospitalares sob regulação para a Central de Regulação Estadual, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;

III. Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;

IV. Atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

V. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;

VI. Divulgar as deliberações à Comunidade Hospitalar por meio de boletins eletrônicos ou impressos.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 5º - O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá composição multiprofissional e multissetorial, contando com a seguinte equipe operacional:

i. Coordenador Médico;
j. Médico Regulador;
k. Enfermeiro;
l. Técnico de Enfermagem;
m. Médicos Assistentes Técnicos;
n. Chefe do Setor de Regulação;
o. Chefe da Unidade de Regulação Assistencial;
p. Auxiliar administrativo.

Parágrafo único – O Núcleo Interno de Regulação - NIR poderá contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

Art. 6º – As indicações para integrar o Núcleo Interno de Regulação - NIR serão submetidas à aprovação da Diretoria Geral.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º – Ao coordenador médico incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR e, especificamente:

I. Seguir as atribuições dos responsáveis pelos postos de trabalho definidas no item VII das diretrizes para a gestão organizacional das divisões da Gerência de Atenção à Saúde,
II. Coordenar e orientar as ações da equipe em relação à regulação médica assistencial;
III. Fornecer suporte técnico relacionado a questões médico hospitalares;
IV. . Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;
V. Promover a articulação da instituição com os serviços da rede, viabilizando a continuidade do cuidado;
VI. . Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades métodos diagnósticos para agilizar transferências e permanências prolongadas de pacientes na instituição;

VII. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades a criação de protocolos administrativos e assistenciais para melhorar o fluxo regulatório;

VIII. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

IX. . Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;

X. Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contrarreferência dos usuários atendidos no hospital;

XI. . Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas.

Parágrafo único – Na ausência ou impedimento temporário do coordenador médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR, suas funções serão exercidas interinamente pelo médico regulador, e em caso de ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função interinamente.

Art. 8º – Ao médico regulador incumbe:

I. Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente;

II. Atuar na liberação das vagas reguladas pela Central de Regulação de Leitos do Hospital;

III. Realizar visitas à beira leito avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências;

IV. . Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;

V. Acompanhar a admissão dos pacientes com vaga liberada via Central de Regulação de Leitos do Hospital, a fim de verificar a compatibilidade do quadro clínico descrito com o real;

VI. . Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;

VII. Conferir documentação de solicitação de internação;

VIII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;

IX. . Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas.

Parágrafo único – Na ausência do médico regulador o médico assistente técnico do Pronto Atendimento Clínico – PAC ficará responsável pela avaliação técnica da solicitação e liberação de vagas em conjunto com enfermeiro

ou técnico de enfermagem do Núcleo Interno de Regulação - NIR.

Art. 9º – Aos enfermeiros do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I. Gerenciar a ocupação e movimentação de leitos, monitorando os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;

II. Conferência diária in loco nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva - UTIs do censo hospitalar com a situação física do leito;

III. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;

IV. Analisar as solicitações de internação recebidas pela Central de Regulação de Leitos do Hospital;

V. Na ausência do médico regulador o enfermeiro ficará responsável pela gestão de leitos, sendo que contará com suporte do médico assistente técnico das unidades de internação e pronto atendimentos, sendo elas: Unidades de Terapia Intensiva

- UTIs, clínicas médica, pediátrica, cirúrgica, ginecológica e obstétrica e Pronto Atendimento Clínico – PAC, Pronto Atendimento Pediátrico – PAP e Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico – PAGO, para a avaliação da solicitação e liberação de vagas;

VI. Acompanhar o cumprimento do fluxo de pacientes nas diversas portas de entrada da instituição (Pronto Atendimento Clínico - PAC, Pronto Atendimento Pediátrico - PAP, Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico - PAGO, Ambulatório);

VII. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;

VIII. ar as respostas de solicitação de vagas a Central de Regulação de Leitos do Hospital, na ausência do auxiliar administrativo e do técnico de enfermagem;

IX. Realizar visitas à beira leito avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências;

X. Realizar o censo físico diário no horário estabelecido pela equipe;

XI. Conferir documentação de solicitação de internação;

XII. Solicitar para a equipe assistencial a atualização dos dados de movimentação dos pacientes;

XIII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;

XIV. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas;

XV. Redistribuir os leitos institucionais no caso de mutirões, campanhas, superlotação e calamidade pública de acordo com orientações superiores devidamente documentadas;

XVI. Comunicar ao chefe de Unidade de Regulação Assistencial problemas que venham a dificultar o processo de internação e alta;

XVII. Escanear as solicitações enviadas e recebidas na ausência do auxiliar administrativo e técnico de enfermagem.

Art. 10º – Aos técnicos de enfermagem do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I. Monitorar os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;

II. Conferência diária in loco (nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva - UTIs) do censo hospitalar com a situação física do leito;

III. Analisar as solicitações de internação recebidas pela Central de Regulação de Leitos do Hospital;

IV. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;

V. Enviar as respostas de solicitação de vagas a Central de Regulação de Leitos do Hospital, na ausência do auxiliar administrativo;

VI. Realizar o censo físico diário no horário estabelecido;

VII. Conferir documentação de solicitação de internação;

VIII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;

IX. . Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas em conjunto com a equipe assistencial na ausência do médico regulador ou enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

X. Escanear as solicitações enviadas e recebidas na ausência do auxiliar administrativo.

Art. 11º – Aos médicos Assistentes Técnicos do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I. Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente;

II. Atuar na liberação das vagas reguladas pela Central de Regulação de Leitos do Hospital.

Parágrafo único – Considera-se médico assistente técnico o médico plantonista das unidades de internação, e pronto atendimentos sendo elas: Unidades de Terapia Intensiva - UTIs, clínicas médica, e Pronto Atendimento Clínico – PAC, Pronto Atendimento Pediátrico – PAP e Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico – PAGO.

Art. 12º – Ao auxiliar administrativo do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I. Conferir documentação de solicitação de internação;

II. Realizar controles de solicitações enviadas e recebidas;

III. Organizar as solicitações enviadas e recebidas;

IV. Escanear as solicitações enviadas e recebidas;

V. Enviar as respostas de solicitação de vagas a Central de Regulação Estadual;

VI. Checar dados cadastrais dos pacientes já matriculados na instituição;

VII. Solicitar prontuário junto ao Serviço de Documentação Médica quando necessário;

VIII. Realizar o arquivamento de toda documentação relacionada à regulação (Solicitações de internação, Memorandos, Atas, entre outros);

IX. Receber e protocolar os documentos;

X. Lavrar e assinar as atas de reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR, até 2 dias úteis após sua realização;

XI. Convocar os membros para as reuniões ordinárias e extraordinárias, já com o envio da pauta pré-determinada pelo Chefe da Unidade de Regulação ou Coordenador Médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

XII. Solicitar materiais de consumo;

XIII. Manter a organização do serviço;

XIV. Realizar outras funções determinadas pelo Chefe do Setor de Regulação ou Coordenador Médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR, relacionadas ao serviço.

Parágrafo único – Na ausência do auxiliar administrativo, no início das reuniões, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

CAPÍTULO V

FUNCIONAMENTO

Art. 13º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR atuará na regulação dos leitos da Hospital em todas as especialidades. São parâmetros essenciais para melhor utilização dos leitos:

I. Critérios bem definidos de internação e alta;

II. Protocolos clínicos assistenciais – permitirá definição do tipo de paciente que pertence a grade de referência contratada com a saúde pública;

III. Internação hospitalar necessária, no leito apropriado (diagnóstico e complexidade) e por uma permanência adequada (a menor necessária para diagnóstico e terapêutica);

IV. Agilidade nos resultados de exames e procedimentos necessários;

V. Planejar a alta desde a internação (plano terapêutico);

VI. . Melhoria da qualidade da informação disponível - monitoramento de indicadores:

de demanda, de movimentação de leitos, de eficiência, etc;

VII. Cuidado integrado do paciente;

VIII. Os leitos serão readaptados em casos de epidemias para melhor satisfazer às necessidades da população.

§ 1º– Para a regulação dos leitos a equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR realizará visitas in loco, avaliação dos censos das unidades versus o censo do município para a elaboração do Mapa de Leitos da instituição. Este mapa de leitos será disponibilizado para a Central de Regulação de Leitos Estadual, três vezes ao dia (manhã, tarde e noite), conforme pactuação.

§ 2º– Após reorganização interna e verificada a disponibilidade de leitos, as vagas serão reguladas de acordo com o que consta dentro da nossa grade de referência e contratualização, desde que respeitada nossa capacidade operacional, salvo os casos regulados como VAGA ZERO.

Art. 14º – São ferramentas para processo de trabalho que tem por objetivo contabilizar informações sobre o movimento de entrada e saída de pacientes no hospital:

a. Normas internas;
b. Procedimentos operacionais padrão – POP;
c. Protocolos clínicos assistenciais definidos pelas especialidades ou unidades assistenciais;
d. Censo das unidades de internação elaborados pelos enfermeiros assistenciais;
e. Censo hospitalar;
f. Controle de solicitações recebidas;
g. Mapa de leitos;
h. Indicadores Hospitalares;
i. Kanban BI- Pentaho.

Art. 15º – A rotina das reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR será a seguinte:

I. As reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR serão realizadas em caráter ordinário (mensalmente), na última sexta-feira, em local e horário pré- estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência;

II. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Chefe de Unidade ou a pedido de qualquer membro do Núcleo Interno de Regulação - NIR, de acordo com a urgência da matéria;

III. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo com 24 (vinte e quatro) horas de antecedência;

IV. . As reuniões serão conduzidas pelo Chefe do Setor de Regulação ou Coordenador Médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

V. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro do Núcleo Interno de Regulação - NIR. A inclusão de itens na pauta deve ser realizada com no máximo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência;

VI. . O NIR em suas reuniões ordinárias ou extraordinárias, poderá solicitar a convocação de outros representantes de diversas áreas do Hospital com objetivo de discutir casos pontuais;

VII. A convocação para reunião do Núcleo Interno de Regulação - NIR será feita pelo Auxiliar Administrativo, com anuência do Chefe do Setor de Regulação ou Coordenador Médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação;

VIII. As reuniões serão realizadas com no mínimo metade, mais um, dos membros efetivos do Núcleo Interno de Regulação - NIR, ficando as resoluções na dependência da presença deste número de membros;

IX. . De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença;

X. Os membros da comissão que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão notificados e constará registro em seu assentamento funcional.

Parágrafo único – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, o Núcleo Interno de Regulação - NIR por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 17º – No caso da saída de qualquer membro do Núcleo Interno de Regulação - NIR deverá haver indicação de novo membro pela equipe do NIR que deverá encaminhar para a Diretoria Geral para aceite e posteriormente ao Núcleo de Comissões Hospitalares da Hospital.

Art. 18º – Os membros poderão requerer, a qualquer tempo, que o chefe do setor de regulação e avaliação, chefe da unidade assistencial e coordenador médico solicitem o encaminhamento

ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas para solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art. 19º – Os casos omissos referentes à matéria do Núcleo Interno de Regulação - NIR serão resolvidos pelo próprio núcleo, em conjunto com a Diretoria Geral do Hospital.

4.24.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		2022									2023		
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Constituição do NIR e de suas atividades													
2	Elaboração de Plano de Ação do NIR													
3	Aplicação do Plano de Ação do NIR													
4	Definição de Indicadores prioritários													
5	Exercer as atribuições do NIR													
6	Monitorar os Indicadores													
7	Participar de reuniões ordinárias													

4.25. Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)

4.25.1. Descrição da Finalidade

A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá como finalidade reduzir os riscos de acidentes com materiais perfurocortantes, com probabilidade de exposição a agentes biológicos, por meio da

elaboração, implementação e atualização do plano de prevenção de riscos de acidentes com tais materiais.

As atividades da CAMB serão baseadas na Portaria nº. 1.748, de 30 de agosto de 2011, no Anexo III da Norma Regulamentadora nº. 32 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), o qual dispõe sobre as diretrizes e estratégias para o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes Com Materiais Biológicos.

4.25.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** deverá ser composta por profissionais, de níveis superior e médio e por profissionais ligados à saúde e à segurança do trabalhador, sendo:

a) Um representante do Núcleo de Recursos Humanos (Desenvolvimento);
b) Um representante do SESMT;
c) Um representante da CIPA;
d) Um representante da Comissão de Segurança do Paciente ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
e) Um representante da Enfermagem;
f) Um representante da Comissão Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS);
g) Um representante do setor de compras e logística.

Os membros da CAMB serão nomeados pela Diretoria Geral com um mandato enquanto permanecerem nos cargos que ocupam.

A coordenação da CAMB deverá ser exercida pelo Gerente de Enfermagem, para um mandato de dois anos, podendo ser prorrogado, de comum acordo com os demais membros.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE E OBJETIVOS

Art. 1º - A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá como objetivos reduzir os riscos de acidentes com materiais biológicos dentro do Hospital e atuará em três macro focos nas áreas de prestação da assistência: adequação da estrutura física e tecnológica, capacitação profissional, aquisição de equipamentos de proteção individual e coletivo com vistas à implantação e manutenção de um trabalho de qualidade no ambiente laboratorial.

Art. 2º - A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) tem como objetivo reduzir os riscos de acidentes com materiais perfurocortantes, com probabilidade de exposição a agentes biológicos, por meio da elaboração, implementação e atualização do plano de prevenção de riscos de acidentes com tais materiais.

Art. 3º - A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) é um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção-Geral do Hospital.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º - Compete à Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB):

I. Adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao controle dos acidentes com materiais biológicos;
II. Executar ações programadas para a prevenção dos acidentes;
III. Reduzir, o máximo possível, a realização de procedimentos invasivos;
IV. Buscar uma relação trabalhador/paciente adequada;
V. Padronizar a compra e o uso de perfurocortante unicamente com dispositivo de segurança; Minimizar riscos através do uso de um controle de engenharia no ambiente, ou de material perfurocortante adequado (perfurocortantes com mecanismos de segurança);

VI. Realizar investigação epidemiológica de casos e implantar medidas imediatas de controle; elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle dos acidentes, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

VII. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando minimizar os riscos de acidentes com material biológico através da utilização de medidas de precaução e controle;

VIII. Estabelecer protocolos, diretrizes, procedimentos e análise sistemática dos funcionários em acompanhamento de tratamento de doença infectocontagiosa junto com o SESMT, com elaboração periódica de relatórios para a Direção Geral;

IX. Promover treinamento sobre a utilização de produtos com dispositivos de segurança uti lizados na instituição;

X. Capacitar o quadro de funcionários e profissionais da instituição;

XI. Elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo seu debate na comunidade hospitalar.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º - A CAMB deverá ser multidisciplinar e multiprofissional e será constituída pelos seguintes membros:

h) Um representante do Núcleo de Recursos Humanos (Desenvolvimento);

i) Um representante do SESMT;

j) Um representante da CIPA;

k) Um representante da Comissão de Segurança do Paciente ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

l) Um representante da Enfermagem;

m) Um representante da Comissão Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS);

n) Um representante do setor de compras e logística.

Art. 6º - Os membros da CAMB serão nomeados pela Diretoria Geral com um mandato enquanto permanecerem nos cargos que ocupam.

Art. 7º - A coordenação da CAMB deverá ser exercida pelo Gerente de Enfermagem, para um mandato de dois anos, podendo ser prorrogado, de comum acordo com os demais membros.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8º - São atribuições da Comissão de Acidentes com Material Biológico – CAMB:

I. 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.

II. Analisar as informações existentes no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), além das referentes aos acidentes de trabalho ocorridos com materiais biológicos.

III. 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 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;
   d. número de trabalhadores expostos às situações de risco de acidentes com materiais biológicos.

IV. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle dos acidentes com material biológico;

V. Definir, em cooperação com a Comissão de Padronização, a substituição de todos os materiais perfurocortantes por materiais com dispositivos de segurança quando possível;

VI. 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;

VII. Elaborar relatórios mensais e enviar para a Direção Geral, SESMT, Comissão de Riscos e Setor de Recursos Humanos da Instituição.

Art. 9º - Dos Membros:

O Presidente da Comissão deverá ser o representante do SESMT e lhe incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CAMB especificamente:

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.

O Vice-Presidente da Comissão:

I. Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos. 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. O Secretário da

Comissão:

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.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

ART. 10º - 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 Hospitalar (CCIH) e caberá à Direção Geral da Instituição constituir formalmente a CAMB através de ato próprio e propiciar a infraestrutura necessária à sua correta operacionalização.

Art. 11º - Deverá ainda a Direção Geral da Instituição garantir a participação do Presidente da CAMB nos órgãos colegiados, deliberativos e formuladores da política da Instituição.

Art. 12º - A CAMB 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.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13º - Este Regimento poderá ser aprimorado mediante necessidade constatada pelos membros da Comissão, com anuência da Diretoria Geral.

Art.14º - As resoluções da Comissão terão caráter normativo e deverão ser cumpridas por todos os integrantes da instituição.

Art. 15º - Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela Diretoria Geral do Hospital.

Art. 16º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

4.25.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		2022									2023		
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Constituição da CAMB													
2	Elaborar e implementar normas e rotinas técnico-operacionais visando à prevenção e controle de acidentes													
3	Realizar capacitação dos funcionários													
4	Monitorar indicadores													
5	Elaborar e divulgar relatórios com indicadores epidemiológicos													
6	Reuniões ordinárias da CAMB													

4.26. Comissão de Investigação do Óbito Materno, Infantil e Fetal (CMMIF)

4.26.1. Proposta de Constituição

A Comissão de Investigação do Óbito Materno, Infantil e Fetal - CMMIF do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá como finalidade:

- Diagnosticar a situação dos óbitos maternos, infantis e fetais, por meio dos prontuários e relatos verbal dos familiares.
- Conhecer as causas e ocorrência dos óbitos para identificar possíveis problemas nos diferentes níveis de assistência.
- Definir e caracterizar os óbitos infantis evitáveis como eventos-sentinela
- Avaliar as circunstâncias das ocorrências dos óbitos infantis e maternos e propor medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e demais ações para sua redução.

A CMMIF constitui-se num importante instrumento de avaliação da assistência de saúde para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção, contribuindo para o melhor conhecimento sobre os óbitos e a redução de mortalidade.

A sua atuação é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva e cujas ações devem estar voltadas à investigação e análise sobre as causas de óbitos.

A CMMIF do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será criada em atendimento às seguintes determinações legais:

I – Portaria Interministerial nº 2.400, de 2 de outubro de 2007, que estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares, como hospitais de ensino, tendo constituído, em permanente funcionamento, as comissões pertinentes a instituições hospitalares, entre outras, a Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal (para hospitais que possuam maternidade) e a Comissão de Óbitos.

II - Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008, do Ministério da Saúde, que regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos.

III - Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, do Ministério da Saúde, que torna obrigatória a Vigilância do Óbito Infantil e Fetal nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o sistema único de saúde (SUS).

IV - Resolução nº 618/12 – CIB/RS, que regulariza, aprimora e uniformiza o processo de informações associadas aos óbitos maternos e de crianças menores de 05 anos.

4.26.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A CMMIF do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será interinstitucional e multiprofissional, tendo caráter consultivo, técnico, educativo e de assessoria, visando à identificação e análise das mortes de gestantes, parturientes e puérperas, no grupo de mulheres em idade fértil e crianças menores de 1 ano, suas causas e fatores determinantes e condicionantes propondo medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e demais ações para redução das taxas de mortalidade materna, infantil e fetal.

A constituição da CMMIF será designada e subordinada à Diretoria Geral do Hospital com os seguintes membros:

a) Neonatologista;
b) Obstetra;
c) Enfermeiro;
d) 01 (um) representante do Núcleo de Epidemiologia.
e) Outros profissionais da área da saúde que sejam envolvidos em pesquisas neste campo de conhecimento.

Os profissionais médicos Neonatologista e de Obstetra serão membros natos e os demais serão designados pelo Diretor Geral.

O presidente da comissão será um dos membros eleito por seus pares para mandato de 01 (um) ano, podendo ser reeleito para, apenas, mais um mandato de igual período.

Os membros da comissão não poderão ser remunerados no desempenho de suas tarefas, sendo recomendável, porém, que sejam dispensados nos horários de trabalho da comissão das outras atividades da CMMIF.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO, INFANTIL E FETAL - CMMIF

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Investigação do Óbito Materno, Infantil e Fetal - CMMIF do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** visa identificar todos os óbitos fetais, infantis e maternos ocorridos no Hospital.

Art. 2º - A atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa cuja finalidade é dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos fetais, infantis e maternos.

Art. 3º - A CMMIF constitui-se num importante instrumento de avaliação da assistência de saúde para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção, contribuindo para o melhor conhecimento sobre os óbitos e a redução dos indicadores de mortalidade.

Art. 4º - A CMMIF irá manter informada a Coordenação do Comitê Estadual sobre a Vigilância Epidemiológica dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal e sobre as demais deliberações do CR.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 5º - A Comissão de Investigação do Óbito Materno, Infantil e Fetal - CMMIF do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** tem os seguintes objetivos:

I. Elucidar as circunstâncias da ocorrência dos óbitos maternos, infantis e fetais, identificar e propor medidas de melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade materna, perinatal e infantil;

II. Realizar o diagnóstico local da mortalidade infantil, seus componentes, os principais problemas relacionados e distribuição na população no nível local (estadual / regional / municipal);

III. Divulgar a magnitude e a importância da mortalidade infantil, além de subsidiar o conhecimento sobre o seu conceito, seus componentes (neonatal precoce, neonatal tardio, pós-neonatal e fetal) e o cálculo das taxas;

IV. Sensibilizar e envolver os profissionais de saúde e a sociedade sobre a importância e a gravidade da mortalidade materna, infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo;

V. Identificar os óbitos infantis como eventos-sentinelas, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com o adequado funcionamento da assistência de saúde;

VI. Estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados;

VII. Identificar os problemas e as circunstâncias de ocorrência dos óbitos maternos, infantis e fetais para melhorar o conhecimento sobre a mortalidade infantil e perinatal e as possibilidades de intervenção;

VIII. valiar os serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada à gestante e à criança;

VX. Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, neste caso a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento (prontuários de atendimento ambulatorial e hospitalar, cartão de Gestante e Cartão da Criança);

X. Identificar e recomendar as estratégias e as medidas de saúde necessárias para a redução da mortalidade materna, infantil e perinatal, com destaque para as mortes por causas evitáveis.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 6º - A CMMIF será constituída por:

f) Neonatologista;
g) Obstetra;
h) Enfermeiro;
i) 01 (um) representante do Núcleo de Epidemiologia.
j) Outros profissionais da área da saúde que sejam envolvidos em pesquisas neste campo de conhecimento.

Art. 7º - Os profissionais médicos Neonatologista e de Obstetra serão membros natos e os demais serão designados pelo Diretor Geral.

Art. 8º - O presidente da comissão será um dos membros eleito por seus pares para mandato de 01 (um) ano, podendo ser reeleito para, apenas, mais um mandato de igual período.

Art. 9º - Os membros da comissão não poderão ser remunerados no desempenho de suas tarefas, sendo recomendável, porém, que sejam dispensados nos horários de trabalho da comissão das outras atividades da CMMIF.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10º - São atribuições da CMMIF:

I. Investigar os óbitos infantis e fetais segundo critérios estabelecidos pelo Comitê Nacional / Estadual / Regional e de acordo com a realidade e o interesse local, assumindo como uma responsabilidade institucional, incorporando como rotina do serviço;

II. Promover a integração com os Comitês Municipal / Regional para a troca de informações e análise dos casos, de modo a contribuir para o adequado funcionamento da investigação de óbitos no nível local;

III. Divulgar sistematicamente os resultados, com elaboração de material específico (relatório / boletim periódico) para sensibilização dos profissionais;

IV. Promover o aprimoramento das Declarações de Óbitos (Dos), incentivando seu correto preenchimento e melhora na qualidade das informações, tanto da DO, como do prontuário;

V. Realizar as correções necessárias das informações;

VI. Enviar relatórios/encaminhamento à Secretaria Municipal de Saúde/ 4ª CRS dos registros avaliados;

VII. a totalidade dos eventos ocorridos na instituição;

VIII. Avaliar periodicamente os principais problemas observados no estudo dos óbitos para identificação das medidas necessárias de intervenção no âmbito interno do hospital, bem como da rede de assistência de saúde no nível local, para a redução da mortalidade infantil e perinatal.

IX. . Produzir relatório mensal da análise da qualidade dos registros de óbitos institucionais.

X. Zelar pelo sigilo ético das informações.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 11º - A CMMIF reunir-se-á ordinariamente, mensalmente, conforme necessidade das demandas de atividades, com pauta, data, local e horário previamente definido e comunicado.

§ 1º As reuniões da CMMIF serão registradas em ata, contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram deliberadas.

Art. 12º - Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias, a qualquer momento, para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

Art. 13º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

4.26.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA														
ATIVIDADE		2022									2023			
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Constituição da CMMIF	■												
2	Reuniões de Planejamento	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3	Realizar a investigação dos óbitos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4	Divulgar relatórios e resultados			■				■				■		
5	Participação de eventos e reuniões	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6	Monitorar e divulgar indicadores	■		■		■		■		■		■		■
7	Informar os cidadãos / usuários	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias			■		■		■		■		■		■

4.27. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos Para Transplantes (CIHDOTT)

4.27.1. Proposta de Constituição

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS nº 2.600 de 21 de outubro de 2009, determina a obrigatoriedade da constituição das CIHDOTTs em Hospitais Públicos, Privados e Filantrópicos que se enquadrem no perfil da classificação de CIHDOTT II: Estabelecimento de Saúde de Referência para trauma e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano.

Considerando os dispostos nas legislações vigentes referente ao processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, as quais determinam dentre outros, a obrigatoriedade da identificação de pacientes em possível morte encefálica, da realização do diagnóstico, da notificação compulsória dos casos a CET, da manutenção hemodinâmica do potencial doador, do direito da família a decidir sobre a possibilidade da doação, e, diante do fato de que este processo é inerente da rotina das unidades críticas, as instituições hospitalares que possuam permanência de pacientes 7 graves em ventilação mecânica, devem instituir a CIHDOTT, para assim cumprir adequadamente todas as etapas deste processo e garantir o direito das famílias integralmente.

Em consonância com a legislação, os hospitais devem solicitar autorização de funcionamento da CIHDOTT a OPO de referência que deve informar a CET, a qual repassa a Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT). A solicitação deve ser acompanhada da constituição da comissão e certidão negativa de infração ética do órgão de classe do coordenador da comissão.

A CIHDOTT do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá a finalidade de organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo dedoação de órgãos e tecidos para transplantes e está vinculada à Diretoria Técnica.

4.27.2. Constituição Básica e Regimento Interno

Conforme disposto no art. 15 da Portaria de Consolidação GM/MS 04/2017, a CIHDOTT deverá ser instituída por ato formal da direção do Hospital, deverá estar vinculada diretamente à Diretoria Médica da instituição e ser composta por, no mínimo 3 (três) membros integrantes de seu corpo funcional, sendo estes de nível superior, dos quais o coordenador deverá ser médico ou enfermeiro, preferencialmente que atue em unidades críticas.

A nomeação formal instituída pela Diretoria Geral, de acordo com a classificação da CIHDOTT conforme portaria, deve ser enviada para a OPO e atualizada sempre que houver alteração de membros.

A composição da comissão será definida em conjunto entre a direção responsável e a OPO de abrangência, sendo considerados os resultados e o perfil necessário para o desempenho da função. Preferencialmente, será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo funcional da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como coordenador intra-hospitalar, cujo perfil profissional seja médico ou enfermeiro e tenha a anuência da Direção.

O coordenador deverá realizar o treinamento formal ou curso ministrado sob orientação da CNCDO e ou do Sistema Nacional de Transplantes/MS.

Os demais membros participantes deverão ter conhecimento na área de captação de órgãos e transplantes e obrigatoriamente pertencerem ao corpo funcional do hospital.

A direção deverá definir o regime de trabalho quanto à atuação na comissão, os membros devem compor escala para atender às 24 horas do dia, todos os dias do ano, pois o processo deve ser acompanhado do início até sua finalização, sendo necessário o encaminhamento da escala do mês subsequente até o último dia do mês.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES (CIHDOTT)

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADE

Art. 1º - A CIHDOTT do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** tem a finalidade de organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Art. 2º - A CIHDOTT será criada nos termos do art. 14, inciso I, da Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, do Ministério da Saúde, está classificada como CIHDOTT I.

Art. 3º - A CIHDOTT será instituída por ato formal do Diretor Geral do Hospital.

Art. 4º - É de competência da Direção do Hospital prover área física definida e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes do processo, conforto para profissionais e familiares dos potenciais doadores, pleno funcionamento da CIHDOTT, bem como definir o regime de trabalho dos seus membros.

CAPÍTULO II

DA ATUAÇÃO

Art. 5º - Cabe à CIHDOTT:

I. Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

II. Avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos;

III. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

IV. Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

V. Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

VI. Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema;

VII. Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não- doação;

VIII. antes o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;

IX. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

X. Articular-se com os respectivos IML e SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;

XI. Articular-se com as respectivas Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos (CNCDO), Organização e Procura de Órgãos (OPO) e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XII. arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997;

XIII. Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIV. Definir os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características;

XV. . Promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade; e

XVI. eleger critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.

Art. 6º - A Comissão atuará em todo âmbito hospitalar.

CAPÍTULO III

DA ROTINA ADMINISTRATIVA

Art. 7º - A CIHDOTT deverá enviar à Central de Transplantes os documentos referentes ao paciente com morte cerebral, independentemente de serem doadores, em até 48 horas após o óbito.

Art. 8º - A CIHDOTT deverá confeccionar e manter fielmente atualizadas, planilhas de

Notificação de ME, onde devem constar dados como data da constatação, nome do paciente, registro hospitalar, idade, procedência (nome do hospital), diagnóstico; se houve confirmação da ME, se houve entrevista familiar, órgãos retirados, motivos da não doação, local da necropsia, coordenador da sala cirúrgica e n° da AIH.

Art. 9º - A CIHDOTT deverá arquivar e zelar pelos protocolos de notificação de morte cerebral de doações efetivadas ou não.

Parágrafo Único. Na instituição estes documentos serão arquivados na sala da CIHDOTT, mas podem ser arquivados também junto ao prontuário do paciente.

Art. 10º - No caso de doações efetivadas devem ficar arquivados os seguintes documentos:

I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
II. Ato de doação de órgãos (autorização);
III. Exames e provas sorológicas;
IV. Laudo e foto do exame complementar.

Art. 11º - No caso de constatação de ME apenas, arquivar no mínimo os seguintes documentos:

I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
II. Ato de doação de órgãos (autorização ou não);
III. Motivo da não retirada.

Art. 12º - A CIHDOTT deverá organizar arquivos de:

I. Atas e Regime Interno;

II. Correspondências recebidas e emitidas;
III. Estatística atualizada com planilhas contendo notificação/remoção com dados dos pacientes, cirurgião de retirada de órgãos, coordenador de sala, etc;
IV. Controle e estatística do programa de captação de córneas;
V. Material didático sobre doação de órgãos;
VI. Campanhas e eventos;
VII. Reportagens sobre a comissão e transplantes em geral;
VIII. Leis e portarias;
IX. Revistas assuntos pertinentes e artigos científicos sobre o assunto;
X. Folhetos com material de divulgação/esclarecimento sobre doação de órgãos de diversas instituições (pelo menos um modelo de cada);
XI. Mailin;
XII. Certificados de participação em cursos, seminários, palestras, etc. dos componentes da CIHDOTT;
XIII. Certificados de "Honra ao Mérito";
XIV. Revistas.

Art. 13º - Das reuniões da CIHDOTT, que em regra serão bimestralmente, deverá ser redigida ata com a devida assinatura dos participantes, que será arquivada em local apropriado.

Art. 14º - A CIHDOTT deverá organizar relatórios ao CNCDO, que podem ser as atas com planilhas.

Art. 15º - A CIHDOTT deverá anotar nos prontuários dos pacientes o ocorrido em cada caso, com assinatura e carimbo (coordenador).

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Art. 16º - A CIHDOTT será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo funcional da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como coordenador intra-hospitalar, cujo perfil profissional seja médico (a) ou enfermeiro(a) e tenha a anuência da Direção.

Art. 17º - O coordenador deverá realizar o treinamento formal ou curso ministrado sob orientação da CNCDO e ou do Sistema Nacional de Transplantes/MS.

Art. 18º - Os demais membros participantes deverão ter conhecimento na área de captação de órgãos e transplantes e obrigatoriamente pertencerem ao corpo funcional do hospital.

Art. 19º - A composição da CIHDOTT poderá ser de acordo com o interesse pela causa e perfil no processo doação-transplante necessário para obtenção de melhores resultados.

Art. 20º - O tempo de permanência da CIHDOTT será de dois anos, podendo ser prorrogado em mais dois anos se assim for decidido pelo grupo de escolha.

Art. 21º - Em caso de divergências insuperáveis no modo de ação dos membros da Comissão e o da Instituição hospitalar, esses poderão solicitar seu desligamento da CIHDOTT, sendo escolhido em seguida substituto do membro desligado.

§1 O substituto do membro poderá ser indicado pelos membros remanescentes da CIHDOTT, condicionado a aprovação da Direção Geral.

§2 Quando o membro solicitante de desligamento da CIHDOTT for o coordenador, este deverá solicitar diretamente a Direção Geral e que indicará o seu substituto.

§3 Quando todos os membros solicitarem seu desligamento da CIHDOTT, a Direção

Geral indicará novos nomes para compor a Comissão.

Art. 22º - Poderá existir mais de uma lista tríplice para aprovação.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR DO CIHDOTT

Art. 23º - Ao Coordenador incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da

CIHDOTT e, especificamente:

I. Representar a CIHDOTT em suas relações internas e externas;
II. Instalar a CIHDOTT e presidir suas reuniões;
III. Promover a convocação das reuniões;

IV. Tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de qualidade;

V. Designar dentre os membros da CIHDOTT, os relatores dos expedientes;

VI. Designar profissionais para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão;

VII. Baixar resoluções decorrentes de deliberações da Comissão e "ad referendum" desta, nos casos de manifesta urgência;

VIII. Articular-se com o Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;

IX. Promover a interação da OPO com a CIHDOTT;

X. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA CIHDOTT

Art. 24º - Aos membros da CIHDOTT incumbe:

I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II. Comparecer às reuniões, relatando 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 outras atribuições que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;

V. Apresentar proposições sobre assuntos ligados a doação e transplante;

VI. Apresentar planos de melhoria ou de alteração das rotinas ou procedimentos, objetivando a implementação e a eficiência dos transplantes;

VII. Efetuar estudos e solicitar ou sugerir medidas de aperfeiçoamento dos trabalhos da Comissão;

VIII. Realizar as diligências para elucidação de estudos em andamento.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO

Art. 25º - A CIHDOTT reunir-se-á, ordinariamente, bimestralmente, de acordo com agenda pré-estabelecida, e extraordinariamente quando convocada pela Direção Geral ou a requerimento da maioria de seus membros.

Art. 26º - A CIHDOTT instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 50% mais um dos seus componentes.

§1 No caso do "quórum" ser insuficiente, a reunião será suspensa após quinze minutos do horário programado para início.

§2 Quando da pauta da reunião constar matérias cuja discussão seja inadiável, sob pena de acarretar prejuízos aos pacientes, estas serão analisados pelos integrantes, independentemente de "quórum".

§3 A Direção Geral designará um dos membros da CIHDOTT para coordenar os trabalhos, na ausência do Coordenador.

§4 Cada membro terá direito a um voto.

§5 A votação será nominal e aberta.

§6 As decisões da CIHDOTT serão tomadas por maioria simples dos presentes.

§7 O Presidente terá o voto de qualidade.

§8 As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas a CIHDOTT para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§9 É facultado ao Coordenador e aos membros da CIHDOTT solicitar o reexame de qualquer resolução exarada em reuniões anteriores, justificando possível ilegalidade, incorreção, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 27º - A CIHDOTT, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

CAPÍTULO VIII

DOS INDICADORES DE POTENCIAL DE DOAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E DE EFICIÊNCIA NO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES

Art. 28º - Os critérios para determinação dos indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades são os seguintes:

I. Número de leitos;
II. Taxa de ocupação;
III. Tempo médio de hospitalização;
IV. Número de hospitalizações;
V. Número de leitos de UTI e existência de respiradores mecânicos em outros setores do estabelecimento de saúde;
VI. Taxa de mortalidade geral da instituição com diagnósticos da causa base;
VII. Número total de óbitos;
VIII. Taxa de mortalidade em UTI;
IX. Número de ocorrências de mortes encefálicas diagnosticadas e notificadas a CNCDO;
X. Notificações a CNCDO de potenciais doadores de tecidos;
XI. No caso de doação de órgãos, o tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias;
XII. Número de doações efetivas de córneas;
XIII. Taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas; e
XIV. Causas de não remoção especificadas se por contraindicação médica, condição de não- doador em vida, ausência de familiares presentes, identidade desconhecida, etc.

Art. 29º - A possibilidade de captação de córneas para transplante está diretamente relacionada ao número de óbitos na instituição, sendo considerado adequado:

I. Entrevistar os familiares de pacientes falecidos no hospital oferecendo a possibilidade de doação de córneas, garantindo a efetivação da doação em um prazo máximo de 6 horas após a constatação do óbito, em 100% dos casos, excetuando-se as contraindicações médicas definidas pela CNCDO e Banco de Olhos vinculado;
II. Obter um mínimo de 20% de captação efetiva de córneas em relação aos casos

entrevistados.

Art. 30º - A possibilidade de captação de órgãos para transplante está diretamente relacionada à ocorrência de óbitos em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou unidades que disponham de equipamento de ventilação mecânica, sendo considerado adequado:

I. Notificar a CNCDO em 100% dos casos de ocorrências de diagnóstico de morte encefálica conforme resolução do Conselho Federal de Medicina em vigor e Art. 13 da Lei 9434 de 4 de fevereiro de 1997, em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou outras unidades no hospital que disponham de ventiladores mecânicos;

II. Entrevistar, em 100% desses casos, os familiares do paciente falecido, oferecendo a possibilidade de doação de órgãos, excetuando-se as contraindicações médicas, definidas pela CNCDO;

III. Obter um mínimo de 30% de efetivação da doação de órgãos sobre o total de casos notificados a CNCDO;

IV. Obter no mínimo, 60% de consentimento familiar à doação considerando os casos em que foi aplicada a entrevista familiar;

V. Conduzir todas as etapas diagnósticas de qualificação do potencial doador de órgãos em no máximo 18 horas.

VI. Entrevistar os familiares de pacientes falecidos no hospital oferecendo a possibilidade de doação de córneas, garantindo a efetivação da doação em um prazo máximo de 6 horas após a constatação do óbito, em 100% dos casos, excetuando-se as contraindicações médicas definidas pela CNCDO e Banco de Olhos vinculado;

VII. Obter um mínimo de 20% de captação efetiva de córneas em relação aos casos entrevistados.

Art. 31º - A possibilidade de captação de tecidos musculoesqueléticos, pele, válvulas cardíacas, outros tecidos e partes do corpo humano deverá ser organizada pela CNCDO em regiões de abrangência de Bancos de Tecidos específicos, facilitando os trâmites logísticos necessários à adequada captação, acondicionamento e transporte do material coletado ao Banco de Tecidos.

Art. 32º - Compete ao Coordenador da CIHDOTT, em conjunto com o Coordenador da

CNCDO, determinar os indicadores para a instituição, na forma do disposto no caput deste Artigo.

CAPÍTULO IX

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 33º - A Direção Geral e os Conselhos Diretores poderão, a qualquer tempo e por motivo justificado, propor a substituição de seus respectivos representantes e do Coordenador na CIHDOTT.

Art. 34º - O integrante da CIHDOTT que, sem motivo justificado, por escrito, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano, estará automaticamente desligado da Comissão, sendo justificável a ausência por férias, folga comprovada em escala de trabalho, atestado médico, trabalho externo quando alterado o cronograma de reuniões e intercorrências no setor (atendimento em reanimação cardiopulmonar).

Parágrafo Único. O controle de frequência será efetuado pelo(a) secretário(a), mediante registro em pauta.

Art. 35º - Quanto aos critérios para participação em cursos externos serão considerados: 1º. afinidade do trabalho com o curso; 2º. disponibilidade/interesse; 3º. participação em outros cursos; 4º. tempo de comissão e 5º assiduidade em reuniões.

Art. 36º - A CIHDOTT poderá a qualquer tempo e por motivo justificado propor à Direção Geral, a substituição do Coordenador.

Art. 37º - Quando forem discutidos pela CIHDOTT assuntos "*subjudice*" em outras instâncias, os membros que forem partes envolvidas ou interessadas no deslinde da questão, deverão se declarar impedidos, vedando-se a sua presença sempre que a matéria for colocada em exame.

Parágrafo Único. Caso o membro da CIHDOTT, na hipótese estabelecida no "caput", não se considere impedido, cabe ao Presidente da CIHDOTT e na impossibilidade deste, ao Diretor Clínico, declarar o impedimento.

Art. 38º - Nenhum membro da CIHDOTT, à exceção de seu Coordenador, poderá falar em nome da Comissão, sem que esteja autorizado pela Superintendência.

Art. 39º - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador da CIHDOTT, e em grau de recurso pela Direção Geral.

Art. 40º- O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da

CIHDOTT, através da maioria absoluta de seus membros, submetida a Direção Geral.

Art. 41º - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Deliberativo, revogando-se as disposições em contrário.

4.27.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		2022									2023		
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Constituição da CIHDOTT													
2	Elaborar protocolo de doação													
3	Orientações e acolhimento à familiares de pacientes													
4	Manter articulação com os setores assistenciais do hospital													
5	Viabilizar a realização de diagnósticos													
6	Notificar, promover e manter registros													
7	Articular com o IML, SVO, CNCDO, OPO													
8	Implantar programas de qualidade e boas práticas													
9	Definir e acompanhar indicadores													
	Promover programas de educação													
	Reuniões ordinárias													

4.28. Comitê de Compliance

4.28.1. Proposta de Constituição

O Comitê de *Compliance* do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** irá atuar como órgão de caráter consultivo, deliberativo e permanente para assessoramento de temáticas sobre *Compliance*, zelando para que as atividades do Hospital sejam conduzidas em

conformidade com as leis, as diretrizes internas e a ética. Terá como finalidade analisar as denúncias de inconformidade (interna e externa) e assessorar a Direção no desempenho de suas atribuições relacionadas à adoção de estratégias, políticas e medidas voltadas à difusão da cultura de *Compliance*.

Da responsabilidade institucional serão integrados os seguintes deveres:

a) Pautar-se por padrões éticos;
b) Não contribuir, de forma alguma para a concorrência desleal ou práticas antiéticas, que possam prejudicar a livre concorrência;
c) Respeitar as regras constantes da Lei Anticorrupção, Lei Federal nº 12.846/13;
d) Manter parcerias com pessoas físicas e empresas idôneas;
e) Zelar para que os colaboradores, estagiários, Corpo Clínico e demais parceiros pautem seu comportamento pelos princípios e regras da instituição e dos Códigos de Ética específicos de cada categoria profissional.

4.28.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A composição do Comitê de Compliance do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será de no mínimo 03 (três) e no máximo 9 (nove) membros, dentre titulares e suplentes, todos formalmente nomeados, inclusive o seu Coordenador, pela Diretoria Geral do Hospital.

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

A Diretora do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, no uso de suas atribuições, aprovou o Regimento Interno do Comitê de *Compliance*, que regula seu funcionamento, responsabilidades, competências e atribuições como órgão de caráter consultivo, deliberativo e permanente para assessoramento de temáticas sobre *Compliance*, zelando para que as atividades do Grupo sejam conduzidas em conformidade com as leis, as diretrizes internas e a ética.

CAPÍTULO I

DO OBJETIVO

Art.1º) O Comitê rege-se por este Regimento e pela legislação aplicável, tem por objetivo analisar as denúncias de inconformidade (interna e externa) e assessorar a Direção do Hospital no desempenho de suas atribuições relacionadas à adoção de estratégias, políticas e medidas voltadas à difusão da cultura de *Compliance*.

CAPÍTULO II

PRINCÍPIOS

Art.2º) O Comitê, no exercício de suas funções, deverá agir em estrita conformidade com a missão e os valores do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, conduzindo seus trabalhos de acordo com as melhores práticas de governança corporativa e o Código de Conduta e Ética do INSTITUTO PATRIS.

CAPÍTULO III

DA SUBORDINAÇÃO

Art. 3º) O Comitê responderá e reportará suas atividades à Direção Geral do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.**

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO E DA REMUNERAÇÃO

Art.4º) O Comitê será constituído pela Direção Geral e composto por no mínimo 03 (três) e no máximo 9 (nove) membros, dentre titulares e suplentes, todos formalmente nomeados, inclusive o seu Coordenador. O número exato de membros será definido pela Diretoria Geral na reunião que os indicar.

Parágrafo Primeiro - Apenas o Coordenador do Comitê e o membro médico terão suplentes.
Parágrafo Segundo - No caso de vacância de qualquer cargo de membro do Comitê, a Direção Geral nomeará um substituto. Não será necessária a indicação de novo membro, caso se verifique que o número de membros restantes no Comitê é igual ou superior ao mínimo exigido neste regulamento.

Parágrafo Terceiro - A função de membro do Comitê é indelegável e não remunerada. É vedado aos membros eleitos, direta ou indiretamente, receber qualquer tipo de remuneração pela prestação de serviços que configurem impedimento ou incompatibilidade com as obrigações e responsabilidades de membro.

Art.5º) O Comitê poderá indicar uma equipe terceirizada independente para auxílio no expediente apuratório, desde que sejam comprovadas suas expertises na demanda requerida.

Parágrafo Primeiro - O Comitê poderá convidar para participar de suas reuniões colaboradores que detenham informações relevantes ou cujos assuntos constem na pauta de discussão e sejam pertinentes à sua área de atuação.

Art.6º) São deveres e responsabilidades dos membros do Comitê de *Compliance*:

I - Comparecer às reuniões do Comitê;

II - Pautar sua conduta por padrões éticos e estimular as boas práticas de conformidade e integridade no Grupo.

III - Manter postura imparcial e cética no desempenho de suas atividades;

IV - Apresentar-se para as reuniões do Comitê devidamente preparado, tendo conhecimento de todos os temas e documentos colocados à disposição;

V – Preservar o sigilo sobre toda e qualquer informação a que tiver acesso em razão do exercício do cargo, utilizando-a somente para o desempenho de suas funções, sob pena de responder pelo ato que contribuir para sua indevida divulgação;

VI – Declarar ao Coordenador do Comitê, previamente à deliberação, que, por qualquer motivo, tem interesse particular ou conflitante quanto a determinada matéria submetida à sua apreciação, abstendo-se de sua discussão e voto. Caso este não se manifeste, qualquer dos

presentes à reunião que tenha conhecimento do fato deverá fazê-lo;

VII - Opinar e prestar esclarecimentos à Direção Geral, quando solicitado.
Parágrafo Primeiro - Os membros do Comitê obrigam-se a cumprir o Código de Conduta e Ética da Instituição, as diretrizes internas e a legislação vigente aplicável.

CAPÍTULO V

DA GESTÃO

Art.7º) O início do prazo de gestão dos membros do Comitê se dará a partir da sua nomeação pela Direção Geral, e vigorará pelo prazo de dois anos. A destituição pela Direção Geral, ou renúncia, pode ocorrer a qualquer tempo.

Art.8º) Expirado o prazo de gestão dos membros do Comitê, estes poderão ser reconduzidos por meio de nova nomeação pela Direção Geral.

Art.9º) O Comitê terá um Coordenador escolhido pela Direção Geral, dentre os seus membros titulares, sendo que, em suas ausências eventuais, caberá ao próprio Coordenador indicar o seu substituto e o respectivo período de substituição.

Parágrafo Primeiro - Caso o Coordenador não exerça a prerrogativa acima referida, caberá aos demais membros indicar entre os presentes à reunião aquele que ocupará a função de Coordenador do Comitê.

Parágrafo Segundo - O Comitê não contará com orçamento próprio. Quaisquer contratações de serviços de assessoria ou outros, conforme necessário no exercício de suas funções, deverão ser aprovadas pela Direção Geral.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO E CONVOCAÇÕES

Art.10º) O Comitê reunir-se-á, no mínimo, uma vez por mês, por convocação de seu Coordenador e, ainda, sempre que necessário mediante convocação fundamentada de quaisquer

de seus membros.

Parágrafo Primeiro - O Comitê reunir-se-á validamente com a presença da maioria dos membros.

Parágrafo Segundo - As convocações ocorrerão com o simultâneo encaminhamento da pauta de assuntos pelo Coordenador do Comitê, com antecedência mínima de 3 (três) dias, com exceção de assunto que exija apreciação urgente.

Parágrafo Terceiro - Não obstante o prazo de convocação previsto acima, também será considerada válida a reunião a que comparecerem todos os membros do Comitê.

Art.11º) As reuniões do Comitê serão realizadas em uma das dependências do Hospital, sendo facultada a participação de seus membros por teleconferência, videoconferência ou por qualquer outro meio de comunicação simultânea que assegure a sua participação efetiva na reunião.

Art.12º) Cada reunião do Comitê deverá estar registrada em ata.

Parágrafo Primeiro - Os pareceres sobre as matérias submetidas à análise do Comitê deverão ser parte integrante das atas de reunião ou, quando encaminhados posteriormente, deverão ter sido lidos, aprovados e assinados pelos presentes à reunião.

Art.13º) As decisões do Comitê sempre devem ser tomadas em observância a materialidade dos fatos. Caso não se alcance o consenso em todos os pontos apresentados durante a reunião, a decisão deverá ser tomada por maioria de votos. A Direção Geral do Hospital poderá tomar decisão em caso de empate.

Art.14º) Sendo identificado conflito de interesse de um dos membros do Comitê, este não poderá ter acesso a informações, participar de reuniões, exercer voto ou de qualquer forma intervir nos assuntos em que esteja, direta ou indiretamente, até que cesse a situação de conflito de interesse.

CAPÍTULO VII

DAS COMPETÊNCIAS

Art.15º) Compete ao Comitê de *Compliance*:

I - Zelar pela adoção e aprimoramento de boas práticas de conformidade e integridade;

II - Contribuir pelo fiel cumprimento das leis e normas aplicáveis ao Hospital incluindo, dentre outros, regras e documentos internos, dentre os quais: Código de Conduta e Ética, Política de *Compliance* e Política Anticorrupção;

III - Analisar denúncias de conformidade que contemplam irregularidades de normas externas e internas, colocando em risco as atividades, reputação e resultados operacionais do Hospital;

IV – Deliberar sobre assuntos que não estejam contemplados no Código de Conduta e Ética;

V - Emitir recomendações sobre situações de potencial conflito de interesse entre partes interessadas do Grupo;

VI - Posicionar regularmente a Direção Geral sobre as atividades do Comitê e fazer as recomendações que julgar apropriadas.

VII – Avaliar se as recomendações de melhorias elencadas nos relatórios finais de apuração foram devidamente aplicadas;

VIII - Rever e propor à Direção Geral a atualização deste Regimento, quando necessário. Qualquer membro do Comitê poderá sugerir a discussão e alteração do presente Regimento Interno, a qualquer tempo, verificada a necessidade de sua adequação. Essa proposta de alteração deverá ser encaminhada ao Coordenador do Comitê para posterior apreciação da Direção Geral, visando a sua aprovação.

Parágrafo Primeiro - Os membros do Comitê deverão ter acesso a todas as informações e documentos necessários ao exercício das suas atribuições.

Parágrafo Segundo - Nos casos em que houver implicação legal (tais como afastamento, possibilidade e realização de acordo de leniência, comunicação às autoridades), o Comitê deverá, antes da tomada de decisão, ser assessorado juridicamente.

Art.16º) Compete ao Coordenador do Comitê de *Compliance*:

I - Convocar e presidir as reuniões do Comitê;

II - Avaliar e definir os assuntos a serem discutidos nas reuniões;

III - Cumprir e fazer cumprir o Regimento do Comitê;

IV - Autorizar a apreciação de matérias não incluídas na pauta de reunião;

V - Elaboração das Atas das Reuniões do Comitê e dos relatórios a serem submetidos a Direção Geral;

VI - Estipular o calendário anual de reuniões ordinárias do Comitê;

VII - Convidar participantes externos ao Comitê, conquanto sem direito a voto, a fim de prestar esclarecimentos e contribuir com a análise técnica dos assuntos a serem tratados, observadas eventuais questões de conflito de interesses.

CAPÍTULO VIII

DO REGISTRO E GUARDA DAS ATAS DE REUNIÕES

Art.17º) As atas de reuniões têm por finalidade registrar os reportes, as deliberações, as demandas e demais assuntos tratados pelo Comitê.

Art.18º) As atas de reuniões serão assinadas pelos membros do Comitê presentes, registrando-se os ausentes, bem como a participação extraordinária dos convidados às reuniões do Comitê.

Art.19º) As atas devem ser controladas e mantidas de forma organizada através do sistema EPA, de modo a ficar disponíveis para atendimento a demandas pertinentes.

Art.20º) As demandas registradas na ata de reunião deverão ser reportadas na reunião subsequente.

CAPITULO IX

CONFIDENCIALIDADE

Art.21º) Todas as informações e documentos colocados à disposição do Comitê, se faz proibido seu compartilhamento, parcial ou total, com terceiros, salvo se estritamente necessário ao

desempenho das atribuições do Comitê. Resguardado também se for requerido por autoridades governamentais e/ou pessoas investidas de tal autoridade, por exigência legal.

Art.22º) Os convidados para prestação de informações técnicas ou relativas às suas atividades ou setor, ou especialistas independentes, terão acesso às informações que o Comitê tem a posse e/ou propriedade, nos limites e na proporção necessária ao desempenho da função ou cumprimento do objetivo do convite e deverão ser vinculados mediante a formalização de Termo de Confidencialidade.

CAPÍTULO X

DA AVALIAÇÃO

Art.23º) O Comitê deverá realizar anualmente autoavaliação de desempenho, cujo resultado será enviado para conhecimento da Direção Geral.

Parágrafo Primeiro - O Coordenador será responsável por coordenar o processo de autoavaliação anual e por enviar o respectivo resultado para conhecimento da Direção Geral.

CAPÍTULO XI

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.24º) Eventuais omissões deste Regimento e dúvidas de interpretação de seus dispositivos serão analisados pelo Comitê e encaminhados para decisão da Direção Geral.

Art.25º) Este Regimento entra em vigor na data da sua aprovação pela Direção Geral.

4.28.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		2022									2023		
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Constituição do Comitê													

2	Reuniões ordinárias do Comitê								
3	Promover a divulgação do Código de Conduta e Política de Compliance								
4	Analisar denúncias e irregularidades								
5	Emitir recomendações								
6	Promoção e Participação de Eventos								
7	Emitir autoavaliação anual do Comitê								

4.29. Outras Comissões:

Comitê de Privacidade e Proteção de Dados (CPPD)

4.29.1. Proposta de Constituição

O Comitê de Privacidade e Proteção de Dados (CPPD) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá como finalidade promover ações para atender aos requisitos da Lei 13.709/18, que regula a política de proteção de dados pessoais e a privacidade de seus usuários e a LGPD.

4.29.2. Constituição Básica e Regimento Interno

Os membros do Comitê serão responsáveis por planejar medidas e criar grupos de trabalho que viabilizem a conformidade do Hospital à legislação, monitorando a implementação da LGPD na instituição e propondo treinamentos. Todas as iniciativas terão seus resultados apresentados ao Colegiado Executivo.

A composição do Comitê do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será por no mínimo 03 (três) e no máximo 9 (nove) membros, dentre titulares e suplentes, todos formalmente nomeados, inclusive o seu Coordenador, pela Diretoria Geral do Hospital.

Serão indicados representantes das seguintes áreas:

a) Gestão de Pessoas
b) Área da Qualidade

c) Tecnologia da Informação
d) Diretoria Técnica
e) SAME
f) Jurídico/Contratos
g) Ouvidoria

O CPPD será coordenado pela Tecnologia da Informação e cada área deve indicar um membro titular e um suplente.

Os membros indicados para composição do Comitê devem possuir conhecimento da Lei Geral de Proteção de Dados e das atividades desempenhadas pelo setor que representam;

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS (CPPD)

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADE

Art. 1º - O Comitê de Privacidade e Proteção de Dados (CPPD) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá como finalidade promover ações para atender aos requisitos da Lei 13.709/18, que regula a política de proteção de dados pessoais e a privacidade de seus usuários e a LGPD.

Art. 2º - O Comitê de Privacidade e Proteção de Dados (CPPD) deverá apoiar a Direção do Hospital na avaliação, gestão de riscos de segurança da informação e privacidade de dados, em consonância com a legislação vigente, de forma a resguardar os dados pessoais, dados pessoais sensíveis.

CAPÍTULO II

COMPOSIÇÃO

Art. 3º - O CPPD será constituído pela Direção Geral, possuirá caráter permanente, e composto por no mínimo 03 (três) e no máximo 9 (nove) membros, dentre titulares e suplentes, todos formalmente nomeados, inclusive o seu Coordenador. O número exato de membros será definido pela Diretoria Geral na reunião que os indicar.

Art. 4º - Serão indicados representantes das seguintes áreas:

h) Gestão de Pessoas
i) Área da Qualidade
j) Tecnologia da Informação
k) Diretoria Técnica
l) SAME
m) Jurídico/Contratos
n) Ouvidoria

§ 1º O CPPD será coordenado pela Tecnologia da Informação;

§ 2º Cada área deve indicar um membro titular e um suplente;

§ 3º O membro suplente substituirá obrigatoriamente o titular em suas ausências e impedimentos;

§ 4º Os membros indicados para composição do Comitê devem possuir conhecimento da Lei Geral de Proteção de Dados e das atividades desempenhadas pelo setor que representam;

§ 5º Os membros do Comitê serão indicados pelos gestores responsáveis pelas áreas que representam

§ 6º A participação no Comitê será considerada prestação de serviço institucional relevante, não remunerada.

CAPÍTULO III

ATRIBUIÇÕES

ART. 5º - O CPPD tem como atribuições:

I. Elaborar a Política de Segurança da Informação e a Política de Privacidade de Dados e submeter à apreciação e deliberação da Diretoria do Hospital;

II. – Formular diretrizes para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das medidas destinadas à adequação do Hospital à implementação de boas práticas relacionadas à proteção de dados pessoais;

III. Elaborar um Plano de Ação de Aderência e Cronograma de Implantação da LGPD no âmbito do Hospital e submeter à apreciação e deliberação da Diretoria do Hospital;

IV. Mapear tipos de dados sensíveis tratados no Hospital, seu ciclo de vida, a identificação dos riscos, proposição de controles e adequações de fluxos;

V. Propor ações destinadas a aprimorar os mecanismos de governança do Hospital para tratamento dos

riscos relacionados à proteção de dados pessoais;

VI. Formular diretrizes para a elaboração e avaliação de plano de resposta a incidentes na segurança dos dados pessoais;

VII. Propor ações de fomento à cultura de respeito à privacidade dos dados pessoais para garantir a confiabilidade no tratamento de informações dos colaboradores e usuários do Sistema Único de Saúde atendidos no Hospital;

VIII. Realizar levantamento dos principais fornecedores que possuem acesso aos dados do Hospital para fins de requerimento de providências de adequação da empresa e estudar a necessidade de alteração de cláusula contratual;

IX. Propor redação de cláusula padrão a ser inserida na minuta padrão de contratos firmados pelo INSTITUTO PATRIS com fornecedores;

X. Adotar outras providências que julgar pertinentes para realização de seus objetivos.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO E CONVOCAÇÕES

Art. 6º - O CPPD irá se reunir, ordinariamente, a cada 03 (três) meses e, extraordinariamente, sempre que convocado, via e-mail, de 1(um) ou mais membros.

Art. 7º - Serão consideradas regulares as reuniões a que comparecerem pelo menos 5 (cinco) membros do Comitê ou seus respectivos suplentes, sendo as reuniões institucionais convocadas pelo gestor da Tecnologia da Informação;

Art. 8º - As deliberações serão tomadas por consenso ou pela maioria simples de votos do total do Comitê, ou seus respectivos suplentes, possuindo cada membro direito a um voto. Em caso de empate, caberá ao Coordenador decidir a votação.

§ 1º As reuniões poderão ser realizadas por videoconferência;

§ 2º Considera-se, para fins de quórum para deliberação, a maioria simples dos membros componentes;

§ 3º A pauta das reuniões e a documentação de suporte serão distribuídas, sempre que possível, de forma antecipada aos membros do CPPD.

Art. 9º - As áreas internas do Hospital deverão atender de forma célere as requisições feitas pelo

CPPD acerca de dados, informações, análises e documentos que se mostrem necessários para a realização de seus trabalhos.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10º - O CPPD poderá convocar qualquer colaborador, prestador de serviço ou fornecedor para prestar informações, bem como requerer qualquer documento que entender necessário.

Art. 11º - Os documentos, pareceres e materiais decorrentes das atividades do Comitê deverão permanecer armazenados junto à Direção Geral. O acesso a eles será restrito aos membros do Comitê e colaboradores/prestadores de serviços autorizados.

Art. 12º - Os casos omissos relativos ao presente Regimento Interno serão submetidos à apreciação da Diretoria Geral do Hospital.

4.29.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		2022									2023		
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Constituição do Comitê													

2	Reuniões ordinárias do Comitê										
3	Planejamento, execução, monitoramento e avaliação para as boas práticas à LGPD										
4	Plano de Ação para a Política de Proteção de Dados no Hospital										
5	Propor e acompanhar indicadores										

4.30. Comissão Permanente de Humanização Hospitalar (CPHH)

4.30.1. Proposta de Constituição

A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (Humaniza SUS) busca a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão.

Humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Uma tarefa desafiadora, uma vez que, na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho.

A desumanização da gestão e do cuidado em saúde representada por inúmeras filas, isolamento das pessoas de suas redes sócio familiares durante o período de internação, práticas de gestão autoritárias e trabalhadores tratados como recursos e insumos, tem levado à perda significativa do sentido do cuidado. A PNH define a humanização como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, realizando-se pela inclusão nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e de coletivos.

A Humanização é uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades e a si próprios nesse mesmo movimento1 .Para humanizar as práticas de gestão e de cuidado, a Política Nacional de Humanização propõe que se incluam no planejamento das instituições os diferentes atores envolvidos (trabalhadores, estudantes, usuários e gestores), para implementar e avaliar a assistência e a formação dos profissionais.

. A Comissão Permanente de Humanização Hospitalar (CPHH) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá como finalidade desenvolver e programar ações de humanização na assistência aos pacientes e nas relações entre os colaboradores, agregando à eficiência técnica e científica, valores éticos, sociais e educacionais, bem como seguir as diretrizes e dispositivos preconizados pela da Política Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar (PNH):

1. Grupo de Trabalho de Humanização (comissão)
2. Visita aberta e direito ao acompanhante
3. Sistemas de escuta qualificada
4. Desospitalização
5. Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco
6. Carta de direitos dos usuários do SUS
7. Ambiência
8. Valorização dos trabalhadores
9. Brinquedoteca

A Comissão deverá fomentar discussões específicas e transversais, além de incentivar pactuações que visem estimular os processos humanísticos na Instituição, por meio de reuniões que permitam a participação de toda comunidade hospitalar, com atuação da gestão e trabalhadores interessados. Em suas reuniões, deve estar sempre aberto a receber sugestões e críticas para se tentar criar alternativas que melhorem as relações entre os atores institucionais.

As reuniões deverão ser, minimamente, mensais e possuem caráter aberto, ou seja, além dos membros efetivos, podem participar das reuniões quaisquer outros atores envolvidos com os processos da instituição, e deverão ser registradas em ata, incluindo os temas em pauta e as decisões tomadas.

4.30.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A Comissão Permanente de Humanização Hospitalar (CPHH) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será um órgão de assessoria e apoio à Administração do Hospital, está subordinada à Direção Geral e será composta por colaboradores voluntários e possuirá uma Coordenação Geral, Vice coordenação e Secretaria.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO PERMANENTE DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR (CPHH)

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Art. 1º - A Comissão Permanente de Humanização Hospitalar (CPHH) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será um espaço um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde intra-hospitalar, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 2 º - Difundir nova cultura de humanização;

Art. 3º - Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários do hospital;

Art. 4º - Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde;

Art. 5º - Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes no Hospital;

Art. 6º - Estimular a realização de parcerias e intercambio de conhecimentos e experiências nessa área.

CAPÍTULO III

DA CONSTITUIÇÃO

Art. 7º - A Comissão Permanente de Humanização Hospitalar (CPHH), deverá ser constituída de maneira voluntária;

Art.8º - A CPHH do Hospital será um instrumento deliberativo constituído por uma equipe multidisciplinar, com gestão participativa, tendo como competência: apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário interno e externo.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

ART.9º - A CPHH terá as seguintes competências:

a) estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os serviços mais humanizados;
b) traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização;
c) examinar propostas sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais na instituição;
d) liderar o processo de humanização;
e) buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores;
f) promover o fluxo de propostas e deliberações das atividades de Humanização a serem desenvolvidas;
g) apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;
h) avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos;

i) estimular a participação da comunidade acadêmica e de entidades da sociedade civil e usuários nas ações de humanização dos serviços;
j) As deliberações serão tomadas por maioria de votos dos membros presentes.

CAPÍTULO V

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 10º - O A CPHH será constituído por:

1. Coordenação geral
2. Vice coordenação
3. Secretaria

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

ART.11º - A CPHH será gerenciada por um coordenador (a) e um vice coordenador (a).

SEÇÃO I

DO COORDENADOR

Art. 12º - Compete ao Coordenador

a) coordenar as atividades de promoção de humanização;
b) convocar as reuniões da CPHH dando execução às respectivas deliberações;
c) representar oficialmente a CPHH;
d) prestar contas das atividades do CPHH à Diretoria Geral.

SEÇÃO II

DO VICE – COORDENADOR

Art. 13º - Compete ao Vice – Coordenador:

a) assessorar ao Coordenador Geral;

b) assumir as funções do Coordenador Geral na sua ausência, impedimento e ou afastamento temporário;

c) comparecer as reuniões da CPHH.

SEÇÃO III DO

SECRETÁRIO

Art. 14º - Compete ao Secretário:

a) secretariar e elaborar as atas das reuniões;

b) realizar a leitura das atas nas reuniões.

CAPÍTULO V

DA COMPOSIÇÃO

Art.15º - A CPHH terá as seguintes composições:

A CPHH terá a seguinte composição:

1) representante(s) do Serviço Social;
2) representante (s) da Psicologia;
3) representante(s) da Coordenação de Enfermagem;
4) representante (s) da Ouvidora;
5) representante(s) da Coordenação de Recepção (Internação/Pronto Atendimento);
6) representante(s) da Diretoria Técnica – Gestor Médico;
7) representante(s) da Engenharia de Manutenção Predial;
8) representante(s) da Gestão de Pessoas, sendo da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;
9) representante(s) da Hotelaria e Serviços Gerais;
10) representante(s) da Segurança do Trabalho.

CAPÍTULO VI

DAS REUNIÕES

Art.16º - As reuniões da CPHH serão realizadas mensalmente.

Parágrafo Único: Caso necessário o coordenador poderá convocar reuniões extraordinárias.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17º - Este regimento poderá ser mudado por seus membros conforme deliberação da CPHH.

Art. 18º - Este regimento entrará em vigor na data de sua publicação.

4.30.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		2022									2023		
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Constituição da CPHH													
2	Reuniões Ordinárias													
3	Elaborar o plano operativo de Humanização													
4	Realizar atividades de educação permanente													
5	Desenvolvimento das atribuições													
6	Realizar oficinas com funcionários para compreensão do trabalho e integração													
7	Realizar campanhas educativas com usuários e funcionários													
8	Avaliar e divulgar as iniciativas de humanização													

4.31. Comissão de Educação Permanente em Saúde (CEPS)

4.31.1. Proposta de Constituição

A Comissão de Educação Permanente em Saúde (CEPS) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá como finalidade planejar, organizar, monitorar, executar, compilar, avaliar e fornecer apoio as ações de Educação Permanente em saúde realizadas na instituição, baseando-se em diagnóstico situacional e melhorias dos processos de trabalho.

A CEPS será uma comissão permanente, devendo atuar como órgão de assessoria e subordinação à Diretoria, com autonomia plena para decidir sobre assuntos e traçar metas que, direta ou indiretamente, estiverem relacionadas com as ações de educação continuada em saúde.

A Educação Permanente em Saúde constitui a estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente.

A definição da Portaria 198/GM/MS apresenta a Educação Permanente como política de governo para aprendizagem no trabalho, onde aprender e ensinar se incorporam no cotidiano das organizações e instituições de trabalho, contemplando a grande estrutura que é o Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de sua consolidação, bem como de sua qualificação, uma vez que esta só é possível através da educação permanente de seus recursos humanos.

As Instituições hospitalares são locais complexos de trabalho, visto que atuam diversas categorias de profissionais com especialidades diferentes. O incremento tecnológico e as atualizações em saúde com medicina baseada em evidências exigem dos profissionais atualização constante, para que possam oferecer qualidade e segurança ao paciente.

Além disso, diversas são as legislações e competências necessárias para o funcionamento de um hospital, sendo alguns treinamentos obrigatórios e fiscalizados pela Vigilância Epidemiológica Municipal e Estadual.

Nesta perspectiva caberá a Comissão de Educação Permanente em Saúde (CEPS) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** implementar o Plano de Educação Permanente a ser elaborado com um cronograma anual de capacitações, que conta com treinamentos remotos e presenciais de diversos formatos, como: rodas de conversa, palestras, capacitações in loco, webnar, live, simpósios, animações, simulações, teatros, dentre outros.

Profissionais internos e externos serão convidados para a realização das capacitações e a Instituição conta

com um auditório equipado para eventos e salas de reuniões.

4.31.2. Constituição Básica e Regimento Interno

A CEPS será constituída por profissionais de diversas áreas:

a) Representante da Gerência de Enfermagem;
a) Representante do Núcleo de Segurança do Paciente;
b) Representante do Núcleo da SCIRAS;
c) Representante do Corpo Clínico;
d) Representante do Segurança do Trabalho;
e) Representante do Laboratório;
f) Representante Agência Transfusional;
g) Representante da Farmácia;
h) Representante da Fisioterapia;
i) Representante da Auditoria;
j) Representante do SND.

Na primeira reunião da Comissão, os membros escolherão entre eles um Presidente, um Vice- Presidente e um Secretário.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (CEPS)

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º - A Comissão de Educação Permanente em Saúde (CEPS) do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá o objetivo de planejar, organizar, monitorar, executar, compilar, avaliar e fornecer apoio as ações de Educação Permanente em saúde realizadas na instituição, baseando-se em diagnóstico situacional e melhorias dos processos de trabalho.

Art. 2º - A CEPS terá caráter permanente, devendo atuar como órgão de assessoria e subordinação à Diretoria Geral, com autonomia plena para decidir sobre assuntos e traçar metas que, direta ou indiretamente, estiverem

relacionadas com as ações de educação continuada em saúde.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 3º - São objetivos da CPES:

I. Favorecer a transformação das práticas institucionais;
II. Melhorar a qualidade da assistência/cuidado à saúde;
III. Melhorar a utilização dos recursos humanos na saúde, nos níveis superior e médio;
IV. Melhorar as relações nas e entre equipes;
V. Promover o desenvolvimento profissional e pessoal dos trabalhadores do Hospital.
VI. Executar e estimular as atividades de pesquisa na área da saúde.
VII. Estimular o trabalhador da saúde a desenvolver a consciência crítica e postura ética.
VIII. Fazer com que os trabalhadores atuem como equipe comprometida com o processo de trabalho e com a comunidade/usuário.
IX. Realizar estratégias para seleção, capacitação permanente e avaliação de desempenho dos trabalhadores da saúde.
X. Proporcionar condições para desenvolvimento de habilidades e talentos dos trabalhadores da saúde.
XI. Manter intercâmbio e parceria intra e inter institucionalmente.
XII. Manter atualização permanente na área de desenvolvimento de recursos humanos, recomendando experiências exitosas.
XIII. Realizar planejamento anual das atividades relacionadas à Educação Permanente em Saúde.
XIV. Elaborar relatório anual dos programas desenvolvidos pela EducaçãoPermanente em Saúde.

XV. Manter os colaboradores permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação permanente. Os programas e escalas de capacitação da equipe serão informados à Secretaria Estadual de Saúde que poderá, conforme definido no termo de referência a qualquer momento, solicitar a capacitação específica em alguma área.
XVI. Treinar e capacitar continuamente a equipe, na boa prática da utilização dos equipamentos, visando melhorar os processos e procedimentos e minimizando prejuízos ao usuário.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º - A CEPS será composta pelos seguintes membros:

b) Representante da Gerência de Enfermagem;
k) Representante do Núcleo de Segurança do Paciente;
l) Representante do Núcleo da SCIRAS;
m) Representante do Corpo Clínico;
n) Representante do Segurança do Trabalho;
o) Representante do Laboratório;
p) Representante Agência Transfusional;
q) Representante da Farmácia;
r) Representante da Fisioterapia;
s) Representante da Auditoria;
t) Representante do SND.

Parágrafo 1º - Na primeira reunião da Comissão, os membros escolherão entre eles um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário.

Parágrafo 2º - Os membros da CEPS terão mandato de dois anos, sendo permitida sua recondução.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º - São competências da CPES:

I. Realizar planejamento anual das atividades relacionadas à Educação Permanente em Saúde.
II. Elaborar relatório anual dos programas desenvolvidos pela Educação Permanente em Saúde.
III. Assessorar a Diretoria em todos os assuntos referentes à Educação Continuada dos colaboradores.
IV. Receber, estudar e opinar sobre todas as questões pertinentes à Educação Continuada que lhe forem encaminhadas.
V. Organizar, planejar e fazer publicar o calendário dos eventos.
VI. Apoiar a elaboração de processos de qualificação profissional e formação em saúde favorecendo

a construção de metodologias que propiciem a integração ensino em serviço;

VII. Desenvolver conjuntamente com a área de Gestão de Pessoas e a equipe multidisciplinar, ações educacionais para capacitação e desenvolvimento do público interno;

VIII. Acolher os colaboradores que ingressarem no quadro de profissionais da instituição;

IX. Elaborar propostas para programas e projetos educacionais;

X. Promover o inter-relacionamento com as diversas áreas profissionais do Hospital;

XI. Propor ações educativas de apoio às equipes multidisciplinares envolvidas em atividades de ensino e pesquisa;

XII. Zelar pelo cumprimento das normas e padrões estabelecidos pelo Hospital;

XIII. Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas no Hospital;

XIV. Apoiar os profissionais de saúde em seus processos de trabalho assistencial no monitoramento e avaliação das ações de saúde e de educação continuada;

XV. Elaborar projetos a partir das necessidades do serviço e do planejamento participativo, promovendo espaços de discussão e de qualificação profissional contribuindo para alcance das metas institucionais;

XVI. Apoiar os gestores na discussão sobre Educação Continuada em Saúde, na proposição de intervenções, no planejamento e desenvolvimento de ações.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 6º - As reuniões ordinárias da Comissão serão realizadas mensalmente, em dia e horário pré-estabelecidos.

Art. 7º - As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

Art. 8º - A comissão deliberará com quórum mínimo de 50% (cinquenta por cento) dos membros mais 1(um).

Art. 9º - De cada reunião será lavrada Ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 10º - Os membros da comissão que faltarem a três reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente consideradas desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao núcleo de comissões hospitalares.

Art. 11º - Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da Comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 12º - O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

4.31.3. Cronograma de Atividade Anual:

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		2022									2023		
		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
1	Constituição da CEPS													
	Reuniões Ordinárias													
2	Realizar planejamento anual das atividades relacionadas à Educação Permanente em Saúde													

3	Organizar, planejar e fazer publicar o calendário dos eventos e treinamentos								
4	Promover capacitações e o desenvolvimento profissional e pessoal dos trabalhadores								
5	Elaborar relatório dos programas desenvolvidos pela Educação Permanente em Saúde								

5. QUALIDADE SUBJETIVA

5.1. ACOLHIMENTO

5.1.1. Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco do Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó

O presente manual visa nortear os profissionais de saúde no planejamento e execução das atividades de acolhimento no serviço de urgência/emergência do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, mediante a tomada de decisão como parte integrante e importante da prática clínica.

O manual abordará as formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência e como deverá ser feito o Acolhimento com Classificação de Risco no Hospital.

Benefícios esperados para a implantação deste Manual não se aplicam conduta preventiva, tratamento farmacológico e não farmacológico ou ainda acompanhamento pós-tratamento e necessidade de termo esclarecimento e responsabilidade.

Sobre a Política Nacional de Humanização (PNH)

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde do Brasil (MS) foi criada em 2003 e busca pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde produzindo mudanças nos modos de agir, gerir e cuidar, e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2013).

A PNH se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos, caracterizando-se como uma política transversal e com indissociabilidade entre a atenção e a gestão (BRASIL, 2004).

O MS, pela Portaria GM/MS n0 3.390 de dezembro de 2013, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS. Esta portaria estabelece diretrizes para a organização do Componente Hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde considera o Acolhimento como 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.

Sobre o Acolhimento

O acolhimento é uma diretriz da PNH, não é um espaço ou um local, é definido como uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolução e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

O acolhimento enquanto uma das estratégias da PNH propõe inverter a lógica da organização e

funcionamento das instituições de saúde para que o serviço seja organizado de forma a melhor atender o usuário, e se modifique o modelo assistencial, que antes era centrado no médico e atualmente deve ser centrado em uma equipe multiprofissional empenhada em escutar o usuário, comprometendo-se em solucionar o seu problema de saúde.

O conceito de humanização é entendido como: mudança no modelo de gestão, tendo como interesse a necessidade dos pacientes, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho, promovendo o bem comum acima da suscetibilidade individual ou das conveniências de um pequeno grupo. Portanto, não é apenas uma questão de equipamentos modernos e local adequado, pois envolve profissionais que ali trabalham, procurando oferecer um tratamento que respeite o paciente, desde a sua entrada no hospital até o momento de sua internação ou alta.

Melhorar o atendimento e suprir as necessidades dos usuários do sistema é o objetivo de todo gestor público em saúde, inclusive do INSTITUTO PATRIS, e isso é possível com ações que priorizem o atendimento imediato ao paciente classificado como grave, com leitos reservas e atendimento em qualquer especialidade ofertada pelo hospital, sempre com prioridade a vida.

Partindo desses conceitos, afirmamos que o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética /estética/ política da Nacional de Humanização do SUS:

- Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
- Estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
- Política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

Para que se estabeleça o acolhimento aos usuários, o **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** irá adotar as seguintes estratégias:

1. Aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que a compõe;

2. Aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles;

3. A abordagem do usuário para além da doença e suas queixas. Optamos por tratar a humanização na saúde com enfoque nas três linhas de ação: acolhimento e direito ao usuário; trabalho dos profissionais; e construção de uma nova cultura organizacional humanizada;

4. Operacionalização de uma clínica ampliada.

O Acolhimento com Classificação de Risco

Entre as tecnologias utilizadas para reorganização dos processos de trabalho, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) tem se mostrado um dispositivo potente com resultados de maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e um disparador de outras mudanças, como a constituição de equipes de referência, gestão compartilhada da clínica, o fortalecimento das RAS e a valorização do trabalho em saúde.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, corresponde a priorização do atendimento em serviços e situações de urgência/emergência como um processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução, está regulamentada pela Resolução COFEN 423/2012, que normatiza no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Riscos (Brasil, 2004).

A Portaria GM/MS n0 2048/2002 do Ministério da Saúde propõe a implantação, nas unidades de atendimento às urgências, do acolhimento e da "triagem classificatória de risco". Conforme essa Portaria, o processo "deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento" (BRASIL, 2002).

A Resolução CFM n0 2079 de 14 de agosto de 2014 torna obrigatória a implantação do

Acolhimento com Classificação de Risco para o atendimento dos pacientes em todos os serviços de pronto atendimento 24h da rede de complexidade intermediária (UPAS – Unidades de Pronto Atendimento) e hospitalares. Ainda, destaca que todos os pacientes nesses espaços, independente do agravo, deverão ser atendidos por um profissional médico e não podem ser dispensados ou encaminhados a outras unidades por profissional não- médico.

A Classificação de Risco ainda tem também como objetivos: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho aos profissionais, pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e investigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

O apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência

O Setor da urgência e emergência é de grande tensão principalmente quando atua por regulação, ou seja, maior possibilidade de casos graves, devido referência de especialidade. A atuação dos profissionais será desde o atendimento aos usuários bem como aos familiares e ou acompanhantes. A proposta de serviço é que o acolhimento na urgência e emergência seja integralizado a equipe o profissional Psicólogo, cabendo a este profissional a inserção rápida e adequada de intervenções psicológicas emergenciais neste cenário reconhecendo o impacto psíquico na tríade paciente, equipe e familiar na Urgência e Emergência.

O trabalho assistencial do psicólogo hospitalar procura compreender e minimizar o sofrimento relacionado à doença e à internação. Pode ainda ter um caráter preventivo, o que exige que se desvendem os significados pessoais que as experiências de doença e hospitalização têm para o indivíduo. A internação e a doença tendem a impedir a capacidade de uma pessoa controlar o eu e o ambiente que a cerca. Ao se defrontar com tal agente estressante, mesmo as pessoas que previamente tinham uma elevada autoestima podem não mais sentir-se como indivíduos capazes e competentes que são donos de seu ambiente. Como resultado, as pessoas podem manifestar uma autoestima diminuída.

No ambiente da urgência e emergência, a relação do psicólogo com os demais profissionais da equipe de saúde deverá abranger a totalidade das possibilidades dessa interação, e sempre atento para as outras intervenções que possam ocorrer durante o desenvolvimento de suas atividades,

sem esquecer que é um catalisador dos processos emocionais surgidos dentro da realidade institucional.

O psicólogo irá colaborar com a equipe trabalhando na preparação do paciente ajudando-o a controlar a sua ansiedade, fornecendo informação adequada e suficiente; auxiliando na criação de um clima de confiança entre médico e paciente; permitindo ao paciente a verbalização dos medos suscitados pelas perspectivas de tratamento; pode-se falar sobre dores, incômodos, reabilitação e reestruturação de vida.

Além do psicólogo a equipe será composta pelo profissional Assistente Social, que atuará junto ao setor de urgência e emergência, promovendo orientações e contato direto para acionamento e ou intervenção de outros Serviços, sendo locais ou Estado, como também encaminhamento para a continuidade dos tramites ao profissional do horário diurno, além do envolvimento e vínculo familiar/ acompanhante no processo hospitalar seguido de orientações e encaminhamentos direcionados.

Protocolos de Classificação de Risco a serem adotados

Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação e possuem as seguintes características:

- Instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar classificação de gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências – condições de risco de perder a vida;
- Não se constitui em instrumento de diagnóstico;
- Determina prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade, quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança;
- Devem ser considerados a expectativa dos pacientes e seus familiares;
- Deve ser considerado o tempo em que a intervenção médica possibilitará melhor resultado;
- Reavaliações estão previstas e podem alterar a classificação;
- Constitui guia de treinamento das equipes na implantação da CR nas portas de entrada;
- Constitui documento de referência do Ministério Público.

PRIORIDADE	COR	CLASSIFICAÇÃO	INTERVENÇÃO MÉDICA	REAVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM
I	VERMELHO	Ressuscitação	Intervenção médica imediata – sinal sonoro	Cuidados contínuos
II	LARANJA	Emergência	Aval. médica <15 minutos – sem sinal sonoro	A cada 15 minutos
III	AMARELO	Urgência	Aval. médica <30 minutos Será atendido no consultório médico ou no leito da sala de observação	A cada 60 minutos
IV	VERDE	Menor urgência	Aval. médica +/– 60 minutos Será atendidosomente após todos os classificados como amarelo	A cada 120 minutos.
V	AZUL	Não urgente	Aval. médica no mesmo dia ou no dia seguinte (sem sofrimento agudo ou caso social deverá ser preferencialmente atendido na UBS; se desejar, pode ser atendido após todos os classificados como verde, amarelo, laranja e vermelho)	A cada 240 minutos.

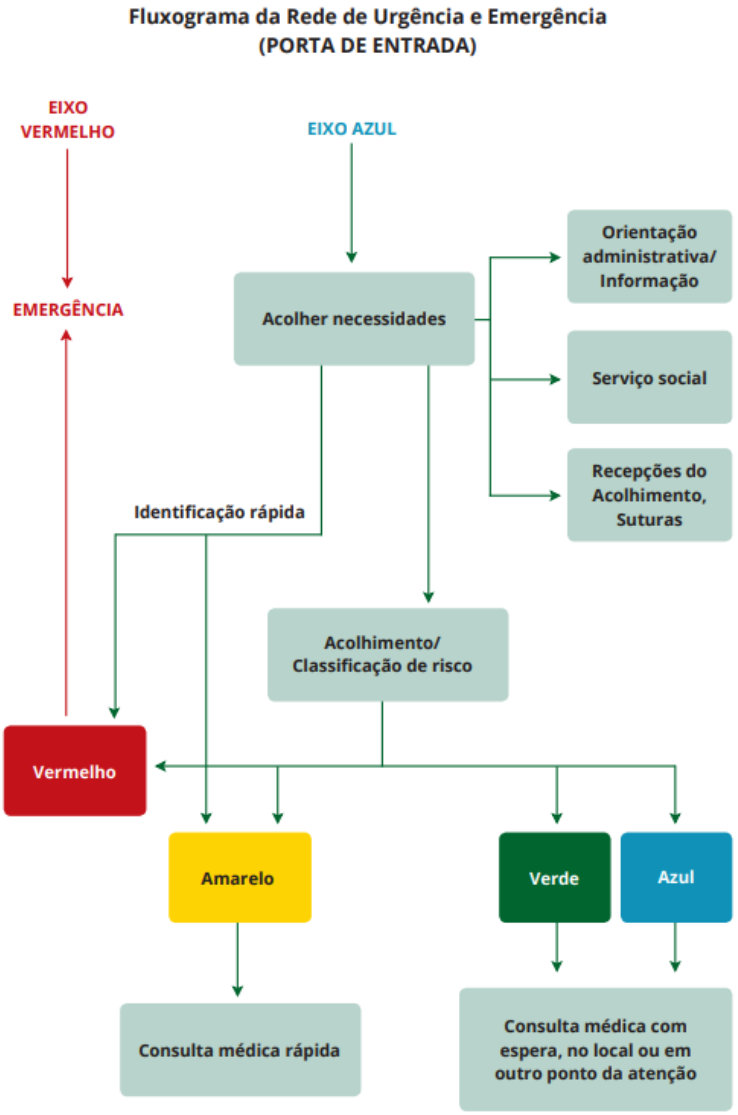
Observação Importante: nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado, de forma responsável, a uma unidade de saúde de referência.

Critérios de inclusão

Todos os pacientes atendidos no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** que apresentarem os critérios de admissão da unidade.

Público-Alvo

Usuários que chegam à Emergência do Hospital por demanda espontânea, ou trazidos pelo SAMU, ou referenciados por outros serviços como como UPAS, UBS/ESF/NASF, CAPS e atenção domiciliar.



Equipe de trabalho envolvida

Equipe multiprofissional: enfermeiro, técnico de enfermagem, equipe médica, assistente social, psicólogo, administrativos e profissionais da portaria/recepção e vigilância.

Atributos das equipes de ACCR

A implementação do ACCR deverá seguir alguns cuidados comuns a todos os processos de incorporação de protocolos, principalmente no sentido de nortear um "padrão de conduta", mas, por outro lado, sem causar enrijecimento da atividade dos trabalhadores envolvidos nas equipes multiprofissionais.

Assim é necessário salientar alguns atributos e atribuições necessários a uma nova dinâmica do processo de trabalho, ressaltando sua discussão no contexto local.

Entre os atributos ou movimentos desejados para as mudanças se efetuarem, destacam-se:

- Capacidade de comunicação e interação com equipe multidisciplinar, usuários, SAMU-192, Bombeiros, e outros;
- Resolutividade de problemas e conflitos;
- Agilidade, observação e julgamento crítico;
- Qualificação por meio de treinamentos para a atividade proposta;
- Experiência no atendimento em urgências.

Atribuições dos profissionais envolvidos no ACCR:

O processo de Acolhimento e Classificação de Risco é uma ação de caráter interdisciplinar que envolve diferentes profissionais, cada um com diferentes atribuições.

Acolhimento dos usuários/familiares na porta de entrada:

Profissionais da Recepção:

- Acolher na porta os usuários que procuram a recepção, orientando-os e direcionando-os para seu atendimento;
- Conhecer todas as ações e serviços oferecidos pela unidade, inclusive dias e horários de funcionamento;
- Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento com agilidade e clareza nos dados;
- Registrar os atendimentos, as altas e os encaminhamentos realizados na emergência para fins estatísticos;
- Encaminhar a paciente para a Classificação de Risco;
- Dar baixa nas fichas das pacientes que não foram internadas;
- Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento;
- Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;
- Realizar passagem de plantão regularmente – não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- Identificar os usuários, acompanhantes e/ou visitantes que procuram informações;
- Orientar e esclarecer dúvidas quanto à marcação de consultas em UBS/PSF;
- Informar UBS/PSF de referência para seu território de residência;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas dos usuários.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem do ACCR:

- Acolher o usuário e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Escutar a queixa, os medos e as expectativas dos usuários;
- Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente, para que possa ser avaliada na classificação de risco;
- Efetuar a classificação de risco;
- Encaminhar os usuários para atendimento após classificação de risco;
- Encaminhar/orientar o usuário quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso;
- Estar alerta para as necessidades de reclassificação dos usuários enquanto aguardam atendimento;
- Encaminhar o usuário para Serviço Social e Psicologia, quando for o caso;
- Realizar passagem de plantão regularmente – não é permitido abandonar o plantão sem que outro profissional o assuma.

Enfermeiro do ACCR:

- Acolher e realizar a classificação de risco, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade do usuário, de acordo com a queixa apresentada;
- Chamar o usuário pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante (se necessário);
- Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado;
- Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando por meio de cores a classificação de risco;
- Orientar o usuário e sua rede social de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento;
- Entregar a ficha de atendimento ao técnico, para que seja colocada nos consultórios;
- Reclassificar os usuários, quando necessário;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do hospital, maternidade e outros, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas dos usuários;
- Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário;

- Realizar passagem de plantão regularmente – não é permitido abandonar o plantão sem que outro profissional o assuma;
- Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.

Equipe Médica:

- Atender os usuários conforme o nível de prioridade de forma acolhedora;
- Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta: admissão, observação, reavaliação e/ou alta;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional;
- Esclarecer ao usuário a importância do acompanhamento médico e da continuidade do cuidado pela UBS/PSF;
- Realizar passagem de plantão regularmente – não é permitido abandonar o plantão sem que outro profissional o assuma.

Serviço Social e Psicologia:

- Acolher pacientes, acompanhantes e/ou familiares, esclarecendo-os sobre a expectativa de atendimento nos hospitais de emergência;
- Informar aos pacientes internados e/ou familiares da possibilidade de transferência para outras unidades;
- Orientar sobre direitos sociais: passe livre, acidente de trabalho etc.;
- Referenciar os pacientes ‘em situação de rua' para rede de proteção social;
- Encaminhar com o conhecimento do fluxo, vítimas de violência e pessoas portadoras de necessidades especiais;
- Informar-se por meio do NIR das transferências dos pacientes, e informar aos familiares;
- Interagir com a equipe multiprofissional da unidade;
- Responsabilizar-se integralmente pelas demandas dirigidas a esta categoria;
- Apresentar relatórios mensais com atividades desenvolvidas.

Serviço de Vigilância:

- Proteger a entrada das unidades, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos pela Diretoria Administrativa;

- Coibir o ingresso de indivíduos de comportamento inadequado ou que estejam conduzindo objetos que ameacem a integridade física;
- Vigiar as instalações dos órgãos, evitando a dilapidação do patrimônio;
- Fazer percursos periódicos de inspeção na área das unidades.
- Examinar a integridade de fechaduras, portas e instalações em geral;
- Comunicar a administração de unidade qualquer ocorrência de irregularidade em circuitos elétricos, vazamentos e outros que possam causar danos ao patrimônio, através de registro;
- Colaborar com as polícias Civil e Militar nas ocorrências policiais dentro das instalações, facilitando o melhor possível a atuação delas;
- Deverá manter-se sempre uniformizado e identificado com crachá.

Serviço de transporte:

- Ajudar e locomover os usuários externos e/ou internos impossibilitados de deambular, sempre que necessário;
- Transportar o paciente de forma segura e cordial;
- Garantir e respeitar a privacidade do usuário;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional;
- Atender às solicitações de prioridade no setor de Urgência.

Ambiência:

O INSTITUTO PATRIS irá adotar um espaço qualificado no Hospital para favorecer e facilitar o trabalho do ACCR, de acordo com as boas práticas e a humanização na atenção à saúde.

- A sala para a Classificação de Risco será próxima à equipe de acolhimento, com acesso direto tanto para a sala de espera como para o interior do hospital, facilitando o atendimento e o monitoramento dos usuários;
- A Sala de Espera possuirá ambiente confortável na para o usuário e seus acompanhantes, com ambiência acolhedora e quantidade de cadeiras adequadas à demanda para os usuários e acompanhantes;
- Será garantido bancadas baixas, com cadeiras e sem barreiras no atendimento do usuário/ acompanhante no momento da sua recepção;
- Terá a instalação de bebedouros e de equipamentos audiovisuais (TVs);

- Será criado um sistema de sinalização e comunicação visual acessíveis, de fácil compreensão e orientação;
- Irá atender a NBR 9050 para acessibilidade.

➢ **Etapas do Acolhimento e Classificação de Risco**

Recepção:

Ao chegar ao serviço de urgência/emergência demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários (profissionais de saúde) e encaminhado para a identificação do mesmo.

Após sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado conforme fluxo definido para a classificação de risco.

As emergências irão para sala de sutura e reanimação ou serão priorizadas. Pessoas em situação de urgência serão conduzidas a atendimento médico imediato. Os demais serão atendidos conforme prioridade da classificação de risco.

Ainda os que forem classificados como atendimentos ambulatoriais poderão ser encaminhados às unidades de referência (UBS, PSF) desde que se consiga a garantia do atendimento naquele serviço. Este processo deverá ser feito em até 10 min. A Equipe de Classificação receberá o paciente, fará avaliação breve da situação, e a classificará em prioridades, usando protocolo padronizado, registrará a avaliação e encaminhará o (a) paciente ao local de atendimento. Eventuais atrasos serão comunicados. Reavaliações estão previstas, já que a classificação é dinâmica.

Avaliação do Paciente:

O enfermeiro irá colher informações através de escuta qualificada e exame do paciente:

Queixa Principal: tempo de início da queixa ou evento (evolução):

- **Início abrupto**: início do evento em segundos ou minutos;
- **Agudo**: período de tempo entre 12 e 24 horas;

- **Recente**: são aqueles que surgiram nos últimos sete dias.

Análise primária - O risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos:

1. Comprometimento das vias aéreas:

A incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.

2. Respiração ineficaz:

Quando a paciente apresenta sinais de esforço respiratório como batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória.

3. Circulação:

• Ausência de pulso durante a palpação por 5 segundos do pulso central indica PCR.

• Observar sinais de choque (ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência).

• Presença de hemorragia: na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida.

Escala de dor: o paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar a sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. A nota zero corresponde à ausência de dor, enquanto 10 a maior intensidade imaginável.

Dor leve = 1 a 3/10
Dor moderada = 4 a 7/10
Dor intensa = 8 a 10/10

Sinais vitais de mensuração obrigatória na Classificação de Risco (CR) por público-alvo:

Gestantes e Puérperas:

1. Pressão arterial
2. Frequência cardíaca

3. Avaliação da dor

Adultos e Idosos:

1. Pressão arterial: idosos, hipertensos, diabéticos, obesos e nas queixas de cefaleia, vertigem e desmaios;
2. Glicemia capilar: história de diabetes, queixas de vertigem ou desmaio;
3. Frequência cardíaca: cardiopatas, queixas de dor torácica, intoxicações exógenas e convulsões.
4. Temperatura corporal

Crianças e Adolescentes:

1. Frequência cardíaca;
2. Glicemia capilar: história de diabetes, queixas de vertigens ou desmaio;
3. Oximetria de pulso;
4. Temperatura corporal.

SITUAÇÕES ESPECIAIS:

1. Pacientes referenciados (com encaminhamento e classificação de risco) da APS ou SAMU 192 deverão ser encaminhados para a sala de classificação de risco imediatamente;
2. Pacientes referenciados da APS previamente classificados como **VERMELHO** terão atendimento médico IMEDIATO;
3. Pacientes conduzidos pelo SAMU 192 e previamente classificados como **VERMELHO** terão atendimento médico IMEDIATO;
4. Pacientes para troca de sondas e/ou traqueostomias, administração de medicamentos de posse de receita para continuidade de tratamento, serão conduzidos para a equipe de enfermagem;
5. Pacientes para curativos, serão atendidos no hospital somente durante o dia nos horários em que a UBS não estiver funcionando.

Estado físico e nível de consciência/mental do paciente: Escala de Glasgow. As alterações do nível de consciência/estado mental devem ser avaliadas pela Escala de Coma de Glasgow. Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estes pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar devendo ser imediatamente encaminhados para a Sala Vermelha.

Escala de Coma de Glasgow

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

- Medicação em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios;
- Classificação da gravidade.

Conduta a ser tomada:

Pacientes classificados como **VERMELHO**, devem ser encaminhados rapidamente para a sala de emergência, e acionar o sinal sonoro, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos.

Pacientes classificados como **LARANJA**, a equipe deve estar alerta, mas sem sinal sonoro, e encaminhar à sala de emergência ou a unidade intermediária de atendimento.

Pacientes classificados como **AMARELO**, devem aguardar atendimento médico em sala de espera priorizada, assentados, onde deverão estar sob supervisão contínua de toda equipe da unidade. Deverão ser reavaliados idealmente a cada 30 minutos ou imediatamente, em caso de alteração do quando clínico, durante a espera para o atendimento médico.

Pacientes classificados como **VERDE**, também aguardam atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos após os classificados como vermelho/laranja/amarelo. Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico.

Pacientes classificados como **AZUL**, poderão ser encaminhados, por meio de documento escrito, para o acolhimento na unidade básica de referência (modelo de ficha em anexo) ou terão seus casos resolvidos pela equipe de saúde.

A seguir, serão apresentados os Protocolos Clínicos do Acolhimento com Classificação de Risco e, após será demonstrado a ACCR em Obstetrícia e os Protocolos a serem adotados.

PROTOCOLOS CLÍNICOS DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Prioridade I

Atendimento médico IMEDIATO		
SINTOMA QUEIXA EVENTO	**QUALIFICADORES**	**SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES**
PCR	▪ Parada cardiorrespiratória; ▪ Iminência de parada.	
Trauma Maior	▪ Lesão grave de único ou múltiplos sistemas; ▪ Trauma craniano Glasgow 3 a 8; ▪ Grande queimado > 25% da SCQ ou acometimento das vias aéreas; ▪ Trauma torácico, abdominal ou craniano com perfuração, alteração mental, hipotensão, taquicardia, dor intensa, sintomas respiratórios.	
Choque	▪ Hipotensão PA sist. < 80mmHg, taquicardia > 140bpm, bradicardia < 45bpm, ou alteração do sensório; ▪ Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino, síncope postural; ▪ Ventilação ou oxigenação ineficaz; ▪ Febre, toxemia; ▪ Pré-parada. Ex.: choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, estados hiperdinâmicos	**Atendimento médico IMEDIATO com sinal sonoro**
Insuficiência Respiratória	▪ Incapacidade de falar (frases de uma palavra); ▪ Cianose; letargia – confusão mental; ▪ Taquicardia – bradicardia; ▪ PA > 180/110 ou PA sist < 80mmHg FR < 10; ▪ Dispneia extrema ou fadiga muscular; ▪ Saturação O^2 < 90%; obstrução de via aérea. Ex.: eventos intracranianos graves, pneumotórax, asma grave, DPOC exacerbado, edema agudo de pulmão, anafilaxia, insuficiência renal, cetoacidose	

Prioridade II

Atendimento médico < 15 min. e reavaliação a cada 15 min.		
SINTOMA QUEIXA EVENTO	**QUALIFICADORES**	**SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES**
Alteração do Estado Mental	▪ Déficit cognitivo – agitação – letargia – confusão – convulsão – paralisia – sonolência – coma Glasgow 9 e 13; ▪ PA > 180/110; ▪ Febre. **Ex.:** doenças infecciosas, isquêmicas, inflamatórias, trauma, intoxicação exógena, drogas, distúrbios metabólicos, desidratação	Realizar Glicemia Capilar
Trauma Craniano	▪ Coma Glasgow 9 e 13; ▪ Perfuração; ▪ Cefaleia intensa; ▪ Perda da consciência, confusão mental; ▪ Convulsão; ▪ Dor cervical; ▪ Náusea – vômito.	**ATENÇÃO** Ejeção, passageiro sem cinto de segurança e choque no para-brisa, atropelamento, queda > 5 degraus, agressão com objeto rombo: avaliar tempo do impacto, mecanismo, início, gravidade da lesão, evolução dos sintomas, e reavaliar a cada 5 minutos
Trauma Grave	▪ Dados vitais normais, estado mental normal; ▪ Dor moderada – grave; ▪ Sintomas graves em um sistema – sinais e sintomas menos graves em múltiplos sistemas; ▪ Ferimento extenso com sangramento ativo; ▪ Amputação; ▪ Fratura com deformidade ou sangramento, fratura de bacia.	**ATENÇÃO** Impacto > 40Km/h sem frear, ou > 60Km/h freando, ejeção, capotamento, motocicleta e carro > 30Km/h, atropelamento > 10Km/h, desaceleração (queda > 6m, explosão), perda da consciência, fraturas 1ª e 2ª costelas ou 9ª, 10ª e 11ª ou mais de 3 costelas, broncoaspiração, contusão pulmonar, a ocorrência de óbitos já no local
Comprometimento Hemodinâmico	▪ Perfusão limítrofe; ▪ Palidez; ▪ História de sudorese; ▪ Taquicardia inexplicada; ▪ Hipotensão postural; ▪ PA < do esperado.	

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Queimaduras	▪ 2º, 3º em SCQ entre 10 e 25% ou áreas críticas (face, períneo); ▪ Circunferênciais; ▪ Queimaduras elétricas (fios alta tensão, raios etc.).	
Dor Torácica	▪ Avaliar a respiração; ▪ Alteração dos sinais vitais; ▪ Se espontânea (não ligada ao trauma); ▪ Visceral; ▪ Intensidade, duração, característica, localização, irradiação, atividade física no início da dor; ▪ Fatores que melhoram ou pioram.	**ATENÇÃO** Para IAM, angina de peito e embolia pulmonar prévios, diabéticos e idosos
ATENÇÃO **Para IAM, angina de peito e embolia pulmonar prévios, diabéticos e idosos**	▪ Contínua, de 30 seg. a 30 min. (angina) ou > 30 min. (infarto); ▪ Em peso, opressão, queimação ou como desconforto; ▪ Sintomas associados: sudorese, náusea, dispneia; ▪ Irradiações: pescoço, ombros, mandíbula, braços, mãos, dorso.	**Doença Coronariana provável**
Dor Torácica Súbita, em fincada	**Exemplos:** ▪ Problemas de parede torácica; ▪ Embolia pulmonar; ▪ Dissecção de Aorta; ▪ Pneumotórax; ▪ Pneumonia.	
Intoxicação Exógena	▪ Intoxicação Exógena Tipo e quantidade de droga; ▪ Imprevisíveis; ▪ Necessários exames toxicológicos, monitoramento, prevenção de absorção, aumento de eliminação e administração de antídotos; ▪ Associação ao Choque e agitação psicomotora intensa (Hipóxia).	

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Dor Abdominal	• Dados vitais alterados: hipotensão, hipertensão, taquicardia, febre; • Associações: náuseas, vômitos, sudorese; • Irradiações, tipo pulsátil, sangramento vaginal e possível gravidez; • Dor intensa (8-10/10).	**ATENÇÃO** Para os eventos desastrosos, tais como dissecção da aorta, gravidez ectópica rota, infarto enteromesentérico
Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe	• Hematêmese volumosa; • Melena com instabilidade hemodinâmica (Pa <100 mmHg ou FC > 120 bpm); • Hemoptise franca; • Epistaxe com PA > 180/110.	
Hemiparesia aguda	• Grande déficit neurológico; • Sintomas < 4 h; • Objetivo: proteção da via aérea, evitar broncoaspiração, Tomografia de Crânio para decisão da neurocirurgia; • Suporte respiratório, reavaliação a cada 15 min.	
Dispnéia, asma prévia	• Dados vitais alterados; • Risco em vias aéreas: estridor, sialorréia; • Angústia respiratória intensa, esforço muscular; • Passado de Asma Grave; • Fala entrecortada SAT O2 <92%; • Diagnóstico diferencial com asma, DPOC, edema agudo de pulmão, pneumotórax, embolia pulmonar, pneumonia.	**Lembrar-se da característica típica do EAP**

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Anafilaxia	• Sintomas respiratórios; • Edema de glote; • Outros dados: alteração mental até convulsão e coma, taquicardia, choque, sibilância, cianose, tosse, vômito, dor abdominal; • Passado de evento semelhante; • Vermelhidão, Hiperemia disseminada, placas pelo corpo, hipotermia, choque.	
Inecções graves, sepse	• Alteração mental; • Dados vitais intáveis; • Toxemia; • Avaliar SAT O2; • Febre >38,5ºC, calafrios; • Eritema purpúrico, petéquias (meningite); • Vasculite, cianose periférica, hipotermia, choque.	
Dor intensa	• Aguda, central (cabeça, tórax, abdomem); • Aguda periférica em extremidades com isquemia, cianose, comprometimento da sensibilidade e movimento; • Luxação (ortopedia); • Lombalgia traumática ou não incapacitante com diminuição da função dos membros inferiores.	

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Doença Psiquiátrica ou Comportamental	▪ Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência perigosa ou agressão; ▪ Risco imediato para si ou para outrem; ▪ Agitação extrema; ▪ Necessidade de contenção; ▪ Paciente desmaiado; ▪ Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação exógena ou medicamentosa, impregnação; ▪ Avaliar passado de doença psiquiátrica para uso rápido de anti-psicóticos. **Atenção:** hipóxia pode levar a quadro de agitação e alteração comportamental.	
História de Diabetes	▪ Sudorese (hipoglicemia); ▪ Alteração mental (hipo-hiperglicemia); ▪ Febre; ▪ Vômito; ▪ Visão borrada; ▪ Pulso anormal; ▪ Dispneia (rápida e profunda); ▪ Observar o hálito.	**Avaliar glicemia**
Cefaleia	▪ Intensa, súbita ou rapidamente progressiva; ▪ Rigidez de nuca; ▪ Náusea – vômito; ▪ Alteração do estado mental ou de humor; ▪ Sinais neurológicos focais, como paresia, afasia, convulsões focais etc.; ▪ Atenção: hemorragia subaracnóide, hematoma epidural, subdural, meningite, encefalite etc. Prestar atenção aos sinais clínicos de **hipertensão intracraniana.**	

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Abstinência grave de Álcool e Drogas	• Convulsão; • Coma; • Alucinações; • Confusão mental; • Agitação; • Excesso de catecolaminas (taquicardia, hipertensão, febre); • Dor abdominal/torácica; • Vômito, diarreia; • Desidratação; • Cuidado com a encefalopatia hepática do cirrótico e da Síndrome de Abstinência Fetal (SAF).	
Dados vitais alterados com sintomas	• FC < 50 ou > 140bpm; • PA sist. < 90 ou > 220mmHg; • PA diast. > 130mmHg; • Tax < 35 ou > 40°C; • Febre em imunocomprometido ou paciente não parecer estar bem; • FR < 10 ou > 32 ipm; **Atenção:** palidez, sudorese pegajosa, fria, má perfusão, lívido reticular.	
Imunossupressão	• Febre > 38,5°C e outros sintomas; • Quimioterapia; • Aids; • Leucocitose; • Uso de corticóides; • Transplante. **Atenção:** alto índice de complicações e rápida progressão para o êxito letal.	
Gravidez ≥ 20 semanas	• Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos); • Ausência de movimentos fetais; • Hipertensão com ou sem cefaleia, edema, dor abdominal; • Pós-parto imediato (mãe e criança).	

Prioridade III

URGÊNCIA: avaliação médica em 30 min. e reavaliação a cada 30 min.		
SINTOMA QUEIXA EVENTO	**QUALIFICADORES**	**SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES**
Trauma Craniano	• Sem perda da consciência; • Alerta Glasgow 14 e 15; • Cefaleia moderada 4-7/10; • Sem dor cervical; • Náusea ou vômito.	**ATENÇÃO** Avaliar piora do quadro
Trauma moderado	• Dados vitais normais; • Fraturas alinhadas, luxações, distensões, dor moderada 4-7/10; • Tatuagem traumática; • Ferimento menor, com sangramento compressível; • Mordedura extensa; • Trauma torácico com dor leve a moderada e sem dispneia; • Atenção para o cão vacinado ou não e para os acidentes ofídicos.	
Queimaduras	• Queimaduras de 2° 3° Graus em áreas não críticas, SCQ < 10%; • 1° Grau > 10% SCQ, áreas não críticas; • 1° Grau, face e períneo; • Mãos e pés.	
Disoneia leve/moderada	• Asma com dispneia ao exercício; • Tosse frequente; • Incapacidade de dormir; • Consegue falar frases mais longas; • Asma e SAT O^2 entre 92-94%.	**ATENÇÃO** Para as internações frequentes, intubação, UTI, diagnóstico diferencial com DPOC, pneumonia, infecção de vias aéreas superiores, estridor laríngeo etc.
Dor Torácica	• Dados vitais normais; • Localizada, em fincada; • Piora com a respiração profunda; • Tosse, dispneia, palpitação. **Ex.:** dor parede torácica, pleurite, pericardite.	**ATENÇÃO** Com idosos, diabéticos, IAM e angina prévios.

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Dor Abdominal	• Dados vitais normais; • Aguda, moderada 4-7/10; • Distensão abdominal; • Retenção urinária; • Prostração; • Febre; • > 65 anos.	
História de Diabetes	• Desidratação acentuada; • Glicemia > 320 ou < 50mg/dl.	
Hemorragia Digestiva	• Dados vitais normais; • Sangramento não atual.	**ATENÇÃO** Reavaliar.
Convulsão	• Dados vitais normais; • Epilepsia prévia, crise nas últimas 24 horas; • Primeiro episódio, mas curto (< 5 minutos); • Pós-comicial, mas alerta; • Respiração normal.	**ATENÇÃO** para a presença de febre e vômitos.
Doença Psiquiátrica ou Comportamental	• Agitação menos intensa, mas consciente; • Risco para si ou para outrem; • Estados de pânico; • Potencialmente agressivo; • Alucinação, desorientação.	**ATENÇÃO** para a **história clínica** e **relato familiar.**
Dor	• Dados vitais normais; • Intensa 8-10/10, central e crônica; • Intensa, aguda, periférica (pele, partes moles); • Aguda moderada 4-7/10, central; • Enxaqueca; • Cólica renal; • Dor abdominal com vômitos, febre, disúria ou gravidez; • Lombalgia que impede deambulação ou irradia para os membros inferiores; • Intensa, aguda, em membros inferiores, sem trauma ou isquemia.	**ATENÇÃO** **para o estado emocional:** quem grita nem sempre tem tanta dor quanto quem somente chora.

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Diarreia e vômitos com desidratação	▪ Persistentes; ▪ Letargia; ▪ Mucosas ressecadas; ▪ Turgor pastoso.	**CUIDADO** Pode se tornar vermelho.
Articulações, partes moles	▪ Processo inflamatório (dor, calor, rubor e edema) em membros ou articulações.	**ATENÇÃO** para os quadros alérgicos.
Situações especiais	▪ Vítimas de Abusos sexuais; ▪ Pacientes escoltados; ▪ Acamados; ▪ Acidente perfurocortante com material biológico; ▪ Pacientes que fazem diálise.	**ATENÇÃO** para a profilaxia para HIV/hepatite e gravidez nos casos de estupro.
Dados vitais alterados sem sintomas	▪ FC < 50 ou > 140bpm; ▪ PA sist. 90 ou > 220mmHg; ▪ PA diast. > 130mmHg; ▪ Febre > 38,5°C; ▪ FR > 32ipm.	

Prioridade IV

MENOR URGÊNCIA: avaliação médica < 1 hora e reavaliação a cada 1 hora		
SINTOMA QUEIXA EVENTO	**QUALIFICADORES**	**SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES**
Trauma menor	▪ Dados vitais normais; ▪ Trauma torácico sem dor nas costelas e sem dispneia; ▪ Distensões, contusões, torções; ▪ Fratura possível; ▪ Lacerações que requerem investigação; ▪ Mordedura não extensa; ▪ Dor moderada 4-7/10; ▪ >6 horas do evento, < 10 dias.	
Dados vitais alterados	▪ Assintomático; ▪ PA sist. entre 200-220 mmHg; ▪ PA diast. entre 110-130 mmHg; ▪ Febre < 38,5°C.	
Queimaduras e Feridas	▪ Queimaduras de 1° grau, < 10% área não crítica; ▪ Feridas com Febre; ▪ Miíase com infestação intensa.	
Dor Abdominal	▪ Dados vitais normais; ▪ Aguda, moderada 4-7/10; ▪ Ausência de prostração, toxemia, gravidade clínica.	
Cefaleia	▪ Não súbita; ▪ Não intensa <7/10; ▪ Não enxaqueca; ▪ Rinorreia purulenta; ▪ Sem fator de risco; ▪ Dados vitais normais.	
Dor Torácica	▪ Dados vitais normais; ▪ Não – Aguda; ▪ Moderada 4-7/10; ▪ Sem dispnéia; ▪ Sem cardiopatia prévia; ▪ Tipo pleurítica (dói quando respira profundamente ou tosse).	

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Doença Psiquiátrica ou Comportamental	▪ Dados vitais normais; ▪ Pensamentos suicidas; ▪ Gesticulando, mas não agitado; ▪ Sem risco imediato para si ou para outrem com acompanhante.	**ATENÇÃO** Caso esteja **solitário,** deixe o paciente em lugar tranquilo e seguro
Dor	▪ Intensa 8-10/10 crônica, periférica; ▪ Moderada 4-7/10 aguda, central; ▪ Cefaleia aguda ou subaguda, não súbita; ▪ Moderada, aguda e periférica; ▪ Lombalgia mais intensa; ▪ Artralgia com limitações sem sinais flogose em membros inferiores, etc.	**ATENÇÃO** Excluir placas amigdalianas, mononucleose, abscesso periamigdaliano, pneumonia, dengue e cuidado com crianças e idosos
Sintomas gripais	▪ Dor de garganta intensa; ▪ Dor de ouvido; ▪ Tosse produtiva; ▪ Rinorreia purulenta; ▪ Febre < 38,5ºC; ▪ Mialgia.	
Vômitos e diarreia sem desidratação	▪ Vômitos e diarreia sem desidratação; ▪ Dados vitais normais; ▪ Mucosas úmidas; ▪ Diurese normal; ▪ Turgor da pele normal; ▪ <5 – 10 evacuações/dia; ▪ <5 – 10 vômitos/dia.	
Situações especiais	▪ Idade > 65 anos e < 12; ▪ Deficientes físicos; ▪ Grávidas; ▪ Impossibilidade de deambulação; ▪ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora dos sintomas; ▪ Troca de Sonda nasoenteral ou de sonda vesical de demora; ▪ Portadores de doenças crônicas e raras, falcêmicos, de lupus etc.	
ATENÇÃO	**O verde aguardará o atendimento, mas será informado que seu tempo de espera será maior e que os pacientes mais graves serão atendidos antes.**	

Prioridade V

NÃO URGENTE: avaliação médica no mesmo dia ou no dia seguinte		
SINTOMA QUEIXA EVENTO	**QUALIFICADORES**	**SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES**
Trauma menor	• Dor leve; • Contusões; • Escoriações; • Ferimentos que não requerem fechamento; • Mialgia; • Distensões.	**ATENÇÃO** para os casos que envolvem agressão e lesão corporal.
Feridas	• Limpa, sem sinais sistêmicos de infecção; • Infecção local, com necrose; • Controle de úlceras crônicas; • Retirada de pontos; • Escaras sem repercussão sistêmica; • Queimaduras de 1° grau, pequenas e em áreas não críticas.	**ATENÇÃO** para os casos de necrose em feridas – podem gerar dúvidas.
Sintomas gripais	• Coriza; • Dor de garganta; • Queixas leves; • Sem sintomas respiratórios; • Dados vitais normais.	
Dor Abdominal	• Dados vitais normais; • Dor aguda, leve < 4/10; • Constipação intestinal; • Crônica ou recorrente;	**ATENÇÃO** para os casos de idosos e crianças com possibilidade de sub-oclusão, fecaloma e intussuscepção.
Dor leve a moderada	• Crônica, central ou periférica; • Dor torácica superficial, crônica, pior à compressão; • Lombalgia crônica, não traumática; • Em membros inferiores ou articulações, crônica, sem sinais inflamatórios; • Disúria.	

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Vômito ou diarreia	• Sem desidratação; • Estado físico e mental normal; • Dados vitais normais.	
Doença Psiquiátrica ou Comportamental	• Depressão crônica ou recorrente; • Problemas com a polícia; • Crise social; • Impulsividade; • Insônia; • Estado mental aparentemente normal; • Dados vitais normais.	
Outras situações	• Curativos; • Trocas ou requisições de receitas; • Avaliações de exames; • Imunizações; • Solicitação de atestados médicos; • Pedidos de exames.	
ATENÇÃO	**AZUL: pacientes que deverão ser orientados a procurar o centro de saúde de sua referência, com encaminhamento por escrito ou contato telefônico prévio, com a garantia do atendimento, que poderá ser no dia seguinte ou agendado oportunamente, dependendo de cada caso.**	

- **Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia**

Considerando que o **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** é porta de entrada para o atendimento de Urgência e Emergência em Obstetrícia, e que o mesmo assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico, será implantando o ACCR em Obstetrícia conforme normativas da Rede Cegonha.

O acolhimento terá como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém-nascidos, durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais.

Atribuições dos profissionais envolvidos no ACCR em obstetrícia:

Enfermeiros Obstetras:

- Realizar atendimento que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário;
- Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher;
- Realizar passagem de plantão regularmente – não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- Realizar proteinúria nas mulheres com edema, hipertensão (em qualquer semana de gestação).

Médicos Obstetras:

- Atender as usuárias que a eles competem, de forma acolhedora;
- Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da paciente;
- Preencher as fichas das mulheres vítimas de violência e proceder ao tratamento segundo protocolo específico;

- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária;
- Realizar passagem de plantão regularmente – não podendo abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

CHAVES DE DECISÃO DOS FLUXOGRAMAS:

1. Alteração do nível de consciência/estado mental

2. Análise primária:

- Vias aéreas e respiração
- Avaliação da circulação

3. Avaliação da dor (escalas)

4. Classificação de risco – passos

- Sinais e sintomas gerais (por especialidade ou específicos)
- Fatores de risco (agravantes presentes)

1. **Avaliação sumária do nível de consciência**: pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estes pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar.

2. **Análise primária**: o risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos: ν Vias Aéreas: incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco;

Respiração: a paciente não consegue manter uma oxigenação adequada por apneia, gasping ou qualquer padrão respiratório ineficaz. Podem haver sinais de esforço respiratório, como retração intercostal, batimento de asa de nariz;

Circulação: a ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência;

Hemorragia: na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida. A hemorragia exanguinante seria aquela cujo sangramento se mantém sustentado com perda abrupta de mais de 1500ml;

Sangramento intenso: perda brusca ≥ 150ml ou mais de 2 absorventes noturnos em 20 minutos;

Sangramento moderado: 60 a 150ml em 20 minutos (1 absorvente noturno);

Sangramento leve: ≥ 60ml em 6 horas = 1 absorvente normal.

Tabela 1 – Parâmetros de avaliação dos sinais vitais em gestantes e puérperas

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA	FREQUÊNCIA CARDÍACA
Inaudível ou abaixo de 80	**********	> 140 ou < 59 bpm Em paciente sintomática
≥ 160mmHg	> 110mmHg	> 140 ou < 50 Em paciente assintomática
≥ 140mmHg a 159mmHg com sintomas	≥ 90mmHg a 109mmHg	91 a 139bpm
Abaixo de 139mmHg	Abaixo de 89mmHg	60 a 90bpm

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Hipertensão em situações especiais)

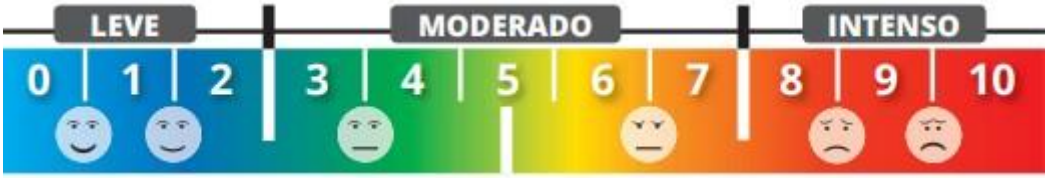
Tabela 2 – Parâmetros de avaliação da glicemia

GLICEMIA	VALORES
Hiperglicemia	Glicemia > 300mg/dl
Hiperglicemia com cetose	Glicemia > 200mg/dl com cetona urinária ou sinais de acidose (respiração profunda)
Hipoglicemia	Glicemia < 50mg/dl

Fonte: Consensos Sociedade Brasileira de Diabetes – 2012

3. Avaliação da dor (EVA)

A Escala Visual Analógica (EVA) consiste num instrumento de avaliação subjetiva da intensidade da dor da mulher.



A EVA pode ser utilizada durante todo o atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o enfermeiro deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pela mulher ou 10 o nível máximo de dor imaginado pela paciente.

Fluxogramas de CR:

1. Desmaio / mal estar geral;
2. Dor abdominal / lombar / contrações uterinas;
3. Dor de cabeça, tontura, vertigem;
4. Falta de ar;
5. Febre / sinais de infecção;
6. Náuseas e vômitos;
7. Perda de líquido vaginal / secreções;
8. Perda de sangue via vaginal;
9. Queixas urinárias;
10. Parada / redução de movimentos fetais;
11. Relato de convulsão;
12. Outras queixas / pacientes encaminhadas de outras unidades sem referenciamento.

Classificação de Risco – Passos

1. Avaliar nível de consciência / estado mental;
2. Verificar ventilação e circulação / dados vitais;
3. Avaliar a dor;
4. Avaliar sinais e sintomas;
5. Considere os fatores de risco.

Prioridade I

Atendimento médico IMEDIATO		
SINTOMA QUEIXA EVENTO	**QUALIFICADORES**	**SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES**
Não responsiva às solicitações	• Convulsão em atividade; • Hipotensão (PAS ≤ 80 mmHg) ; • Taquicardia (≥120 bpm) ; • Bradicardia (≤ 45 bpm); • Pele Fria, palidez acentuada; • Perfusão limítrofe, sudorese, pulso fino e síncope postural.	
Insuiciência respiratória	• A Saturação de O^2 < = 89% em ar ambiente; • Incapacidade de falar / Fala entrecortada; • Cianose; • Apnéia, FR ≤ 10 irpm e FR ≥ 32 irpm; • Respiração agônica / dispnéia extrema / fadiga muscular; • Uso de musculatura acessória.	
Alteração do estado mental	• Não-responsiva/deficit cognitivo/confusão mental; • Letargia/agitação/paralisia; • Relato de convulsão em período pós-comicial; • Intoxicação exógena; • Hipoglicemia (fazer glicemia capilar) com sudorese e/ou alteração do nível de consciência e/ou visão turva e/ou pulso anormal e/ou dispnéia; • Alteração grave de comportamento com risco imediato de violência ou agressão contra si ou contra outrem.	
Trabalho de parto	• Período expulsivo; • Prolapso de cordão; • Exteriorização de partes fetais pelos genitais; • Parto imediato (mãe e criança) – Parto no trajeto domiciliar; • Hemorragia genital e/ou dor aguda (≥ 8/10).	

Prioridade II

Atendimento médico < 15 min. e reavaliação a cada 15 min.		
SINTOMA QUEIXA EVENTO	**QUALIFICADORES**	**SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES**
Gestante ou puérpera com:	• Sinais de meningismo: rigidez de nuca, fotofobia, dor de cabeça; • Gasping, dispnéia, intenso esforço respiratório, retração intercostal, frases entrecortadas, batimento de asa de nariz ou qualquer padrão associado a cianose; • Saturação de O^2 > = 90% e < = 94% em ar ambiente; • Hipertensão com PA ≥ 160 x 110 mmHg (com ou sem sinais de eminência de eclâmpsia). Hipertensão com PA ≥ 140 x 90 mmHg com: Cefaléia/epigastralgia/alterações visuais; • Febre /TAX ≥ 40°C Toxemia/alteração mental. Doença psiquiátrica com rigidez de membros . História de diabetes com glicemia < = 50mg/dl. Doença falciforme. Portadora de HIV em qualquer fase do trabalho de parto.	
Gravidez > 20 semanas	• Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos); • Hipertonia uterina; • Perda de líquido amniótico espesso esverdeado confirmada.	
Não Gestante com dor abdominal	• Dor aguda de forte intensidade (8-10/10) associada à náusea e/ou vômito e/ou sudorese e/ou sangramento genital com suspeita de gravidez ou com gestação.	

Prioridade III

URGÊNCIA: avaliação médica em 30 min. e reavaliação a cada 30 min.

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Paciente com ou sem confirmação de gravidez ou puérpera	▪ Saturação de O^2 > = 95% em ar ambiente; ▪ Febre (TAX ≥ 38°C e < 40°C); ▪ Edema unilateral de MIS ou dor na panturrilha; ▪ Dispneia moderada, dor torácica moderada; ▪ Início agudo de sintomas respiratórios após trauma; ▪ Retenção urinaria.	**ATENÇÃO** Avaliar piora do quadro.
Hipertensão de gestante e puérpera	▪ PA ≥ 140 x 90 mmHg e < 160 x 110 mmHg .	
Gestante com:	▪ Imunodepressão/HIV; ▪ Queixa de ausência de movimentos fetais por mais de 12h em gestações com mais de 26 semanas; ▪ Perda de líquido amniótico em grande quantidade; ▪ Sangramento genital e / ou dor Dor (≥ 4 / 10) e (≤ 8 / 10); ▪ Sem repercussões hemodinâmicas; ▪ Emese ou hiperemese com sinais de desidratação como: letargia/mucosas secas/ turgor pastoso.	
Queixa ligada à amamentação e à ferida operatória	▪ Hiperemia, dor e febre; ▪ Sinais de abscesso.	
Dor Torácica	▪ Referenciadas de outras unidades de atendimento, já avaliadas por outro médico com diagnóstico de urgência; ▪ Vítima de violência.	**ATENÇÃO** Com idosos, diabéticos, IAM e angina prévios.
Paciente não gestante	▪ Apresentando corrimento genital associado à dor e febre.	

Prioridade IV

MENOR URGÊNCIA: avaliação médica < 1 hora e reavaliação a cada 1 hora		
SINTOMA QUEIXA EVENTO	**QUALIFICADORES**	**SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES**
Gestantes com:	▪ TAX <38°C; ▪ PA <140x90 mmHg; ▪ Queixa de perda de líquido em pequena quantidade; ▪ Queixa de ausência de movimentos fetais por mais de 12h em gestações com mais de 22 semanas e menos de 26 semanas; ▪ Idade gestacional acima de 41 semanas.	
Emese ou Iperemese	▪ Sem sinais de desidratação.	
Dor abdominal aguda	▪ De moderada a leve intensidade (< 4 / 10); ▪ Sem contrações – avaliar dinâmica uterina.	
Queixas urinárias	▪ Oligúria/disúria/febre.	
Sintomas gripais	▪ Sem dispneia; ▪ Tosse produtiva persistente; ▪ Obstrução nasal com secreção amarelada.	
Avaliação de ferida operatória	▪ Com suspeita de infecção superficial.	
Sintomas de Bartholinite	▪ Lesões genitais agudas e lesões vulvares externas.	
Gestantes do pré-natal com alto risco	▪ Sem queixas que demandem atendimento de urgência.	
Queixas ligadas à amamentação	▪ Ingurgitamento mamário; ▪ Qualquer dificuldade ligada amamentação.	
Risco social	▪ Encaminhar ao Serviço Social (exceto casos de vítima de violência).	
Gestantes de risco habitual	▪ Queixas não sanadas no Centro de Saúde (demanda espontânea); ▪ Encaminhamentos do Centro de Saúde, não enquadradas nas situações de Urgência (ex.: cerclagem, exame para avaliação de vitalidade fetal, aborto retido, indicações de interrupção eletiva da gravidez entre outras); ▪ Gestantes escoltadas.	

Prioridade V

NÃO URGENTE: avaliação médica no mesmo dia ou no dia seguinte		
SINTOMA QUEIXA EVENTO	**QUALIFICADORES**	**SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES**
Consultas de baixa complexidade	▪ Consulta pré-natal sem procura própria ao Centro de Saúde; ▪ Trocas ou requisição de receitas; ▪ Curativos de feridas sem complicações; ▪ Dor pélvica crônica ou recorrente; ▪ Retirada de pontos; ▪ Retirada de DIU; ▪ Avaliação cirúrgica (pré-operatório); ▪ Avaliações de exames solicitados em caráter eletivo; ▪ Exame preventivo; ▪ Solicitação de atestado médico e licença maternidade.	
Questões sociais sem acometimento clínico	▪ Agendamento de exames e de procedimentos como cesarianas.	
Irregularidades menstruais	▪ Problemas com contracepção oral/injetável; ▪ Atraso menstrual sem dor abdominal e/ ou sangramento genital (para diagnóstico de gravidez); ▪ Hipermenorréia/menorragia sem alterações de dados vitais, ou seja, sangramento genital que não configure urgência.	
Dor leve/ moderada	▪ Crônica, central ou periférica; ▪ Dor torácica superficial, crônica, pior à compressão; ▪ Lombalgia crônica, não traumática; ▪ Em membros inferiores ou articulações, crônica, sem sinais inflamatórios; ▪ Disúria.	

Traumato–Ortopedia (Linhas de Cuidados)

VERMELHO
- Fraturas expostas; - Fratura fechada com lesão neurológica; - Fratura fechada com lesão vascular; - Fraturas agudas que não foram atendidas em outras unidades; - Feridas agudas nas extremidades com lesão músculo tendinosa.
LARANJA
- Aparelhos gessados nos membros com grande edema distal das extremidades e dores; - Intensas à mobilização passiva.
AMARELO
- Traumatismos do membro superior com até uma semana de evolução; - Traumatismos do membro inferior com até uma semana de evolução; - Compressão por aparelho gessado.
VERDE
- Doenças infecciosas dos membros superiores e inferiores com até 3 semanas de evolução relacionado a pós-operatório de ortopedia (mesmo se já foi atendido em outra unidade).
AZUL
- Cervicalgia; dorsalgia; lombalgia; tendinites; - Retirada de aparelho gessado; curativos; dor crônica.

**Os pacientes classificados como azul deverão ser encaminhados responsavelmente para o CER e/ou Unidades básicas de saúde.

Oftalmologia

VERMELHO

Acidente com substâncias corrosivas ácidas ou alcalinas (ácido de bateria, água sanitária, cal, gasolina, querosene etc.);
Dor ocular aguda, intensa, com náuseas, vômitos – idoso – glaucoma agudo;
Lacrimejamento intenso, dificuldade de abrir um ou os dois olhos, sensação de corpo estranho ocular (ceratiteactínicas, corpo estranho corneano).

LARANJA

Edema palpebral dificultando a abertura de um ou dos dois olhos, dor ocular, rubor palpebral, dificuldade para movimentar o olho acometido (celulite orbitária).

AMARELO

Ceratite, uveíte;
Abcesso em pálpebras;
Hiperemia ocular intensa com embaçamento visual, fobia e dor moderada (uveítes);
Trauma contuso ocular com dor/ou diminuição da acuidade visual;
Perda súbita de visão (até 72 horas);
Oclusão da artéria central da retina ou deslocamento da retina;
Feridas oculares;
Dor ocular em pacientes recém-operados neste hospital (até 30 dias) – pacientes operados em outro hospital deverão retornar ao hospital de origem.

VERDE

Visão dupla (Diplopia);
Avaliação pela oftalmologia (referenciar consulta neurológica).

AZUL

Pequeno abcesso palpebral (Hordéolo, Cisto calázio); avaliação de resultados de exames; atestados médicos; curativos;
Queixas crônicas sem alterações agudas; requisição ou troca de receitas médicas;
Exame de refração (receita de óculos); hiperemia ocular; conjuntivite viral, bacteriana e alérgica.

Cirurgia Vascular

VERMELHO

- Sangramento ativo em qualquer área, principalmente em trajeto de vaso;
- Sincope + dor abdominal + palidez cutâneo mucosa: pode ser aneurisma roto;
- Paciente com relato de trombose venosa profunda e dispneia: Embolia Pulmonar.

LARANJA

- Extremidade fria unilateral;
- Paciente com relato de aneurisma abdominal com dor abdominal intensa e/ou relato de desmaio.

AMARELO

- Pé diabético, sinais flogísticos, necrose. Se descompensado –> Clinica Médica;
- Edema unilateral: pode ser trombose;
- Pós-operatório de cirurgia vascular (de qualquer unidade hospitalar) com relato de edema, febre ou diminuição de temperatura do membro com saída de secreção da ferida operatória;
- 'Caroço' em trajeto de safena interna: pode ser tromboflebite de safena interna;
- Paciente em tratamento de trombose em uso de anticoagulante oral e apresentando sangramento pela gengiva ou pela urina ou com muitos hematomas.

VERDE

- Erisipela: paciente com febre, calafrio, bolhas + vermelhidão na perna e no braço;
- Pode ser encaminhado para a clínica médica;
- Dor na perna e no braço com temperatura das extremidades normal e sem edemas e feridas;
- Úlcera de perna crônica sem febre e/ou secreção nesta ferida.

AZUL

- Cirurgia eletiva de varizes; escleroterapia de veias;
- Tratamento de linfedema; pesquisa de trombofilia;
- Confecção de fístula arteriovenosa eletiva; biópsia de úlcera.

Otorrinolaringologia

VERMELHO

- Sangramento nasal abundante (risco alto);
- Asfixia com Corpo Estranho (CE), dispneia e cianose (risco alto);
- Engasgo com CE (risco alto).

LARANJA

- Corpo estranho na laringe.

AMARELO

- CE orgânicos (vivos, objetos) no canal auditivo, com sinais de incômodo intenso (risco médio);
- Sangramento nasal com evidência de sangramento discreto (risco médio);
- Trauma nasal (risco médio).

VERDE

- CE orgânicos (vivos, objetos) sem sinais de incômodo intenso;
- Sangramento auricular, sem CE;
- Dor de ouvido de início recente (24 h) com limitações;
- Dor de cabeça periorbitário/celulite;
- Sangramento nasal, hoje, sem evidências de sangramento ativo;
- CE nasal,canal, auditivo, faringe ou laringe;
- Dor de garganta com limitações de fala e abertura de boca.

AZUL

- Dor de ouvido de início (+ de 24h) sem agravamento (sem risco);
- Não estou ouvindo (sem risco);
- Cera no ouvido (sem risco);
- Zumbidos (sem risco);
- Tontura rotatória incapacitante;
- Tontura rotatória não incapacitante;
- Obstrução nasal (sem risco);
- Sangramento nasal (sem risco);
- Sangramento nasal há mais de 24h;
- Dor de garganta sem limitações.

Urologia

VERMELHO

- Critério de gravidade: queda do estado geral e febre associada à dor lombar;
- Trauma urogenital: encaminhar diretamente ao serviço de urologia;
- Gangrena de Fournier;
- Sepse urinária.

LARANJA

- Queda do estado geral e febre associado a dor lombar.

AMARELO

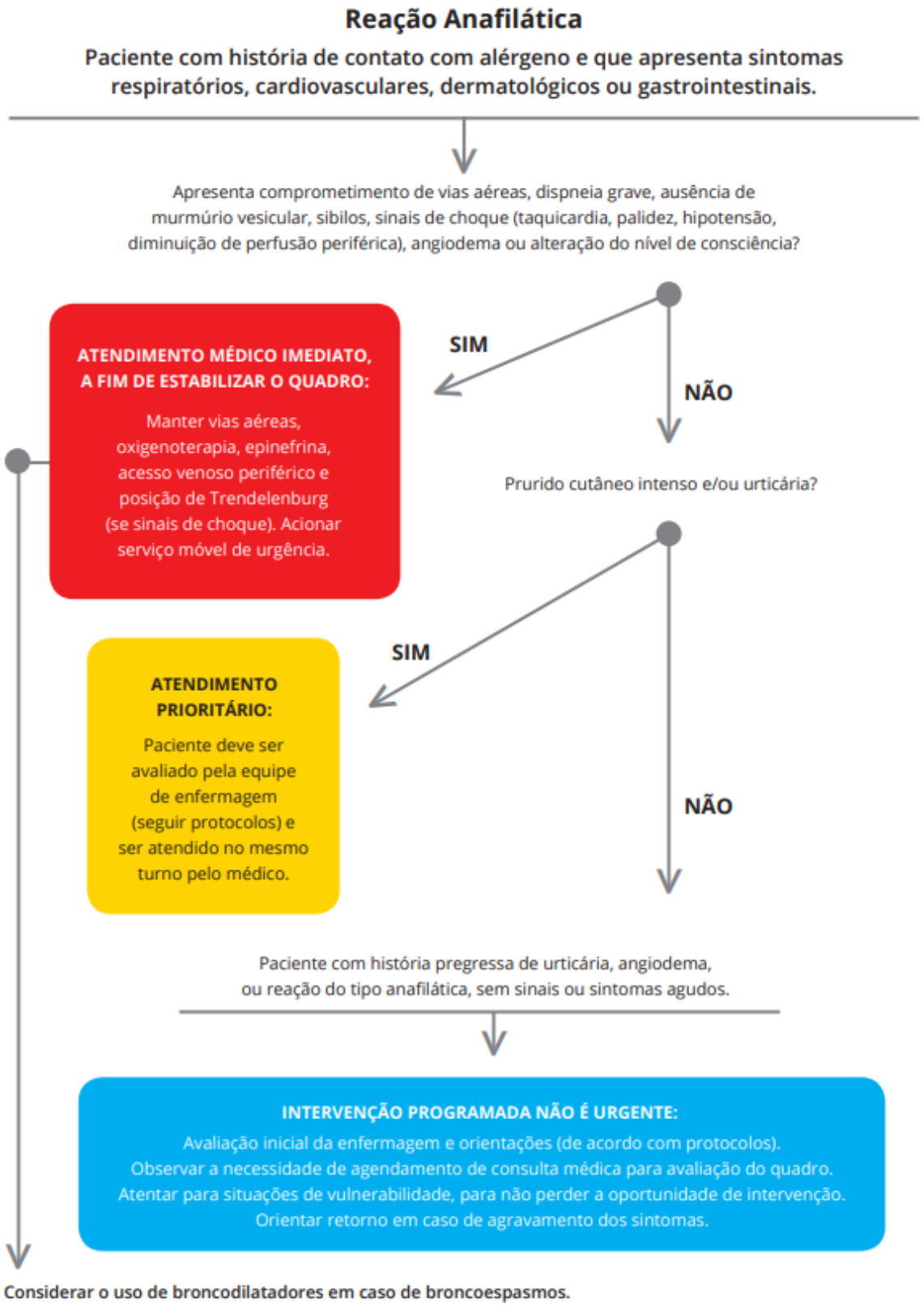
- Hematúria;
- Dor lombar (sugestiva de cólica nefrética);
- Orquialgia: dor testicular com menos de 15 dias (aguda).

VERDE

- Retenção urinária aguda;
- Infecção do trato urinário: baixo;
(disúria, desconforto miccional, sem febre).

AZUL

- DST – encaminhar à UBS;
- Orquialgia (dor testicular) há mais de 15 dias (crônico);
- Check-up de próstata;
- Exames específicos;
- Biópsia de próstata.


Reação Anafilática
Paciente com história de contato com alérgeno e que apresenta sintomas respiratórios, cardiovasculares, dermatológicos ou gastrointestinais.
Apresenta comprometimento de vias aéreas, dispneia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), angiodema ou alteração do nível de consciência?
SIM
NÃO
ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO, A FIM DE ESTABILIZAR O QUADRO:
Manter vias aéreas, oxigenoterapia, epinefrina, acesso venoso periférico e posição de Trendelenburg (se sinais de choque). Acionar serviço móvel de urgência.
Prurido cutâneo intenso e/ou urticária?
SIM
NÃO
ATENDIMENTO PRIORITÁRIO:
Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos) e ser atendido no mesmo turno pelo médico.
Paciente com história pregressa de urticária, angiodema, ou reação do tipo anafilática, sem sinais ou sintomas agudos.
INTERVENÇÃO PROGRAMADA NÃO É URGENTE:
Avaliação inicial da enfermagem e orientações (de acordo com protocolos).
Observar a necessidade de agendamento de consulta médica para avaliação do quadro.
Atentar para situações de vulnerabilidade, para não perder a oportunidade de intervenção.
Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.
Considerar o uso de broncodilatadores em caso de broncoespasmos.

Cefaleia

Paciente com queixa de cefaleia

Apresenta comprometimento de vias aéreas, dispneia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), angiodema ou alteração do nível de consciência?

SIM ←

NÃO ↓

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO, A FIM DE ESTABILIZAR O QUADRO:

Manter vias aéreas, oxigenoterapia, epinefrina, acesso venoso periférico e posição de Trendelenburg (se sinais de choque). Acionar serviço móvel de urgência.

Alteração do nível de consciência? Ver escala de Glasgow. Dor muito forte/moderada? Febre alta? Alteração da visão? Alterações de pele? Sinal de meningismo? Sinal neurológico focal?

SIM ←

NÃO ↓

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO:

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos) e ser atendido no mesmo turno pelo médico.

Alterada? Dor leve? História de febre?

SIM ←

NÃO ↓

Vômito? Algum outro problema agudo no momento?

ATENDIMENTO NO DIA:

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos), seguido de orientação e, se necessário, atendimento médico.

SIM ←

NÃO ↓

INTERVENÇÃO PROGRAMADA NÃO É URGENTE:

Avaliação inicial da enfermagem e orientações (de acordo com protocolos). Observar a necessidade de agendamento de consulta médica para avaliação do quadro. Atentar para situações de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção. Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

Alterações Glicêmicas

Paciente diabético com queixas relacionadas a alterações glicêmicas

Apresenta comprometimento de vias aéreas, dispneia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), angiodema ou alteração do nível de consciência?

SIM

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO, A FIM DE ESTABILIZAR O QUADRO:

Manter vias aéreas, oxigenoterapia, epinefrina, acesso venoso periférico e posição de Trendelenburg (se sinais de choque). Acionar serviço móvel de urgência.

NÃO

Hipoglicemia associada a vômitos, fraqueza muscular, dor abdominal com defesa, sinais de desidratação, hipotensão, taquipneia, hálito cetônico, fraqueza, sonolência, alteração da consciência? Febre?

SIM

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO:

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos), realizar reidratação oral e orientações gerais. Avaliação médica no mesmo turno, verificar se há necessidade de chamar serviço de urgência. Solicitar retorno breve para reavaliar o quadro.

NÃO

Hiperglicemia sem sinais ou sintomas associados? Vômitos persistentes?

SIM

ATENDIMENTO NO DIA:

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos), seguido de orientação e, se necessário, atendimento médico.

NÃO

Vômito? Algum outro problema agudo no momento?

SIM

NÃO

INTERVENÇÃO PROGRAMADA NÃO É URGENTE:

Avaliação inicial da enfermagem e orientações (de acordo com protocolos). Observar a necessidade de agendamento de consulta médica para avaliação do quadro. Atentar para situações de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção. Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

Diarreia e/ou vômito

Paciente com queixa de diarreia e/ou vômito

Apresenta comprometimento de vias aéreas, dispneia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), angiodema ou alteração do nível de consciência? Dor severa? Hematêmase? Hematoquesia? Melena ou retorragia?

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO, A FIM DE ESTABILIZAR O QUADRO:

Manter vias aéreas, oxigenoterapia, epinefrina, acesso venoso periférico e posição de Trendelenburg (se sinais de choque). Acionar serviço móvel de urgência.

SIM

NÃO

Dor moderada? Diarreia intensa? Sinais de desidratação? História de fezes pretas ou com sangue? História de hematêmase? Vômitos persistentes?

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO:

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos), realizar reidratação oral e orientações gerais. Avaliação médica no mesmo turno, verificar se há necessidade de chamar serviço de urgência. Solicitar retorno breve para reavaliar o quadro.

SIM

NÃO

Dor? Vômito? Diarreia? Outro problema agudo no momento?

ATENDIMENTO NO DIA:

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos), seguido de orientação e, se necessário, atendimento médico.

SIM

NÃO

INTERVENÇÃO PROGRAMADA NÃO É URGENTE:

Avaliação inicial da enfermagem e orientações (de acordo com protocolos). Observar a necessidade de agendamento de consulta médica para avaliação do quadro. Atentar para situações de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção. Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

Dispneia

Paciente com queixa de dispneia

Apresenta comprometimento de vias aéreas, dispneia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), angiodema ou alteração do nível de consciência? Paciente não responsivo (Glasgow 3)? Criança com estridor?

SIM

NÃO

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO, A FIM DE ESTABILIZAR O QUADRO:

Manter vias aéreas, oxigenoterapia, epinefrina, acesso venoso periférico e posição de Trendelenburg (se sinais de choque). Acionar serviço móvel de urgência.

Alteração do nível de consciência? Ver escala de coma de Glasgow. Dor torácica? Taquicardia acentuada (FC: > 120b/m em adultos)? Sinais de dificuldade respiratória: utilização de musculatura acessória, tiragem acentuada; batimento de asa de nariz, incapacidade de articular frases ou alimentar-se, aumento da frequência respiratória em repouso (taquipneia)? Início agudo pós-traumático? PFE < 60%?

SIM

NÃO

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO:

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos), realizar reidratação oral e orientações gerais. Avaliação médica no mesmo turno, verificar se há necessidade de chamar serviço de urgência. Solicitar retorno breve para reavaliar o quadro.

Febre? História de asma (em tratamento ou não)? História de hipertensão, diabetes ou cardiopatia? PFE 80% – 60%?

SIM

NÃO

ATENDIMENTO NO DIA:

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos), seguido de orientação e, se necessário, atendimento médico.

História de febre ou tosse? Algum outro problema recente? Dor? PFE >

INTERVENÇÃO PROGRAMADA NÃO É URGENTE:

Avaliação inicial da enfermagem e orientações (de acordo com protocolos). Observar a necessidade de agendamento de consulta médica para avaliação do quadro. Atentar para situações de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção. Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

Dor Abdominal

Paciente com queixa de dor abdominal

Apresenta comprometimento de vias aéreas, dispneia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), angiodema ou alteração do nível de consciência; angiodema ou púrpura associado à febre?

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO, A FIM DE ESTABILIZAR O QUADRO:

Manter vias aéreas, oxigenoterapia, epinefrina, acesso venoso periférico e posição de Trendelenburg (se sinais de choque). Acionar serviço móvel de urgência.

SIM

NÃO

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO:

Avaliação e tratamento do quadro agudo. Avaliar a necessidade de referenciar a um serviço de urgência. Retorno breve para a reavaliação do quadro.

Dor moderada? Diarreia intensa? Sinais de desidratação? História de fezes pretas ou com sangue? História de hematêmase? Vômitos persistentes?

SIM

NÃO

ATENDIMENTO NO DIA:

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos), seguido de orientação e, se necessário, atendimento médico.

Sintoma recente, dor leve, ou história de febre? Problema recente associado?

SIM

NÃO

INTERVENÇÃO PROGRAMADA NÃO É URGENTE:

Avaliação inicial da enfermagem e orientações (de acordo com protocolos). Observar a necessidade de agendamento de consulta médica para avaliação do quadro. Atentar para situações de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção. Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

Dor de Ouvido

Paciente com queixa de dor ou outro problema no ouvido

Apresenta comprometimento de vias aéreas, dispneia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), angiodema ou alteração do nível de consciência; dor severa? Febre alta? Otorragia grave (grave hemorragia incontrolável no ouvido)

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO, A FIM DE ESTABILIZAR O QUADRO:

Manter vias aéreas, oxigenoterapia, epinefrina, acesso venoso periférico e posição de Trendelenburg (se sinais de choque). Acionar serviço móvel de urgência.

SIM

NÃO

Dor moderada? História de TCE? Hematoma auricular? Otorragia leve? Vertigens? Febre? Perda aguda de audição?

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO:

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos) e atendido pelo médico para iniciar o tratamento de causas específicas no mesmo período. Avaliar a necessidade de referenciar a um serviço de urgência. Retorno breve para a reavaliação do quadro.

SIM

NÃO

Algum outro problema recente? Dor leve? História de febre?

ATENDIMENTO NO DIA:

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos), seguido de orientação e, se necessário, atendimento médico.

SIM

NÃO

INTERVENÇÃO PROGRAMADA NÃO É URGENTE:

Avaliação inicial da enfermagem e orientações (de acordo com protocolos). Observar a necessidade de agendamento de consulta médica para avaliação do quadro. Atentar para situações de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção. Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

Protocolo Analgésico Adulto

DOR	PROTOCOLO ANALGÉSICO EM ENFERMARIA
Intensa	Contactar clínica de tratamento da dor ou serviço de anestesia ou clínico de plantão
Forte	Dipirona ou Paracetamol 1g VO/EV 4/4h – 6/6h e/ou AINH + Cloridrato de Tramadol 100mg VO – SC – EV 6/6h ou Nalbufina 10mg EV 4/4h diluído em 20ml – infundir lentamente + medicações coadjuvantes
Moderada	Dipirona ou Paracetamol 1g VO/EV 4/4h – 6/6h e/ou AINH + Cloridrato de Tramadol 50mg VO – SC – EV ou Codeína + Paracetamol 30mg vo 4/4h + medicações coadjuvantes
Leve	Dipirona ou Paracetamol 500mg – 1g VO /EV 4/4h – 8/8h e/ou AINH + medicações coadjuvantes
Sem dor	Observar

IMPORTANTE: as medicações devem ser aplicadas em intervalos diferentes, visando aumento do tempo analgésico. Nunca usar AINH e Opióide com Opióide.

Anti-inflamatório (AINH)
Cetoprofeno: 50mg VO 12/12h – 100mg EV 12/12h
Ibuprofeno: 300 a 600mg VO 12/12h
Etoritocoxibe: 90mg VO 12/12h
Celecoxibe: 200mg VO 12/12h
Pacientes > 60 anos: somente por 72h / outras faixas etárias: o menor tempo possível

Medicação coadjuvante em dor miofascial
Ciclobenzaprina: 5 a 10mg VO 8/8h
Baclofeno: 10mg VO 8/8h até 80mg/dia

Medicação coadjuvante em dor neuropática
Amipitrilina: 12,5mg a 75mg/dia
Carmabazepina: 100 a 600mg/dia
Gabapentina: 300mg VO8/8h até 2400mg/dia
Pregabalina: 75mg VO 12/12h até 450mg/dia

Profilaxia da hemorragia digestiva alta
Omeprazol: 20mg VO ou EV 24/24h
Ranitidina: 150 a 300mg VO 12/12h
Idosos: uso imediato /adultos e jovens com mais de 2 dias de AIHN

POSOLOGIA DE ANALGÉSICOS E MEDICAMENTOS ADJUVANTES EM ADULTO			
Analgésico / Adjuvantes	**Dose**	**Via de administração**	**Dose máxima Eficácia**
Dipirona	1g VO/EV 4/4h ou 6/6h	IV ou VO	4g/40 gta (4x dia)
Paracetamol	1g VO/EV 4/4h ou 6/6h	VO	4g/40 gta (4x dia)
Amitriptilina	12,5 a 75mg/dia	VO	Pode ser aumentada a cada 2 dias até 75mg
Carmabazepina	100 a 600mg/dia	VO	2000mg
Codeína		VO	240mg
Tramadol	50 a 400mg/dia	IV / SC / VO	400mg
Metadona		VO / IV	
Morfina		VO	Não há
Ibuprofeno	300 a 600mg/dia	VO / GTS	3200mg
Dipirona	30mg/Kg dose 6/6h – 4/4h	IV ou VO ou VR	50mg
Paracetamol	10mg/Kg dose 4/4h	VO	10mg
Amitriptilina	0,2 a 0,5mg/Kg dose 24/24h	VO	Até 45Kg – 0,5mg
Carmabazepina	< 6 anos 5 a 10mg/Kg/dia divididos em 2 doses	VO	2000mg
Codeína	0,5 a 1mg 4/4h	VO	1mg
Tramadol	0,5 a 1mg 6/6h	IV / SC / VO	1mg
Metadona	0,1 a 0,2mg/Kg 6 a 12h	VO	0,2mg
Morfina	0,1mg/Kg 4/4h a 6/6h	VO	0,1mg
Ibuprofeno	10mg/kg	VO / GTS	40gts (200mg)

5.1.2. Instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários

Os pacientes atendidos no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** poderão receber visitas durante o período de internação conforme os seguintes horários de atendimento:

- Unidades de internação: Todos os dias das 16 às 18 horas;
- Unidade de Terapia Intensiva: Todos os dias das 17 às 18 horas;
- Horário de troca de acompanhante:
  - Manhã: das 06h30 - 08h30.
  - Tarde: de 12 às 13 horas e Noite: de 17 às 20 horas.

Os acompanhantes e familiares próximos poderão obter informações do desenvolvimento do processo terapêutico durante o horário de visita, entre 16h e 18h com o médico responsável, que passará de leito em leito. As informações dos pacientes da UTI serão passadas durante o horário de visita na beira do leito. Não serão repassadas informações por telefone.

Acompanhantes

Entende-se por acompanhante, um representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde, sendo assim, todo paciente internado terá direito a um acompanhante maior de idade e responsável para receber todas as informações médicas e de enfermagem, orientações de educação em saúde para acompanhamento e cuidados domiciliares, além tomar decisões em relação ao paciente nos casos em que o mesmo não tenha autonomia ou consciência cognitiva.

Pensando na importância do acompanhante, na sua presença aos cuidados do paciente e na permanência hospitalar mais duradoura em relação ao visitante, será disponibilizado maior conforto (dentro das limitações físicas do Hospital) como cadeiras estofadas, enxovais (quando necessário) e alimentação durante a estadia.

Rotina de Acesso do Acompanhante

- Horário de troca para acompanhante: 06h30 - 08h30 / 12h - 136h /17h - 20h;

- Nos horários de troca deverão entrar pela Recepção Central, munido de documento de identificação pessoal com foto para cadastro no sistema de sua permanência ao Hospital;
- Identificar-se ao controlador de fluxo através do uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- Realizar lavagem das mãos e/ou desinfecção com álcool gel;
- Direcionar-se diretamente ao leito de seu ente sem contato direto ou indireto com outros pacientes, quartos e setores, afim de evitar a disseminação de vírus ou bactérias causadoras de infecções.

Visitantes

Entende-se por visitante a pessoa que se desloca de seu ambiente natural, temporariamente, para encontrar-se com outra pessoa, geralmente por afeição ao próximo, ou seja, pessoas que estão interconectadas por um elo familiar, de amizade, de vizinhança, trabalho, escola (rede social). Nessa concepção, configura-se essencial não só para acompanhar a pessoa internada, mas também para garantir a ligação do paciente ao ambiente externo hospitalar.

Rotina de Acesso do Visitante a Unidade de Observação da Urgência e Emergência e Internação.

- Visita aberta: Todos os dias das 16 às 18 horas;

*2 visitantes, sendo 1 por vez.

- Durante o horário de visita, o visitante deverá entrar pela Recepção Central, munido de documento de identificação pessoal com foto para cadastro no sistema de sua permanência ao Hospital;
- Identificar-se ao controlador de fluxo através do uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- Realizar lavagem das mãos e/ou desinfecção com álcool gel;
- Direcionar-se diretamente ao leito de seu ente sem contato direto ou indireto com outros pacientes, quartos e setores, afim de evitar a disseminação de vírus ou bactérias causadoras de infecções.

Rotina de Acesso a Unidade de Terapia Intensiva:

A Unidade de Terapia Intensiva é frequentada por pacientes que requerem cuidados diferenciados e em sua maioria sofrem com riscos altos de sequelas ao tratamento ou interrupção da vida. Pensando nisso, propomos manter um equilíbrio entre a visita e a minimização dos riscos do paciente.

A visita neste setor pode sofrer alterações levando em consideração que a instabilidade do paciente pode requerer intervenções médicas, nesses casos os visitantes serão informados e a visita será reestabelecida assim que normalizar a situação.

- Horário de Visita: Todos os dias das 17 às 18 horas

*2 visitantes, sendo 1 por vez.

*Este horário também se designará aos boletins médico e de enfermagem.

- Durante o horário de visita, o visitante deverá entrar pela Recepção Central, munido de documento de identificação pessoal com foto para cadastro no sistema de sua permanência ao Hospital;
- Identificar-se ao controlador de fluxo através do uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- Realizar lavagem das mãos e/ou desinfecção com álcool gel;
- Fazer uso de vestimentas adequadas fornecidas pelo hospital;
- Direcionar-se diretamente ao leito de seu ente sem contato direto ou indireto com outros pacientes, quartos e setores, afim de evitar a disseminação de vírus ou bactérias causadoras de infecções.

Rotina de Acesso a Sala de Estabilização do setor de Emergência:

A sala de reanimação/estabilização da Unidade de Emergência compreende o atendimento de pacientes graves com risco eminente de morte e de “portas abertas” para novas emergências advindas da demanda espontânea e outros serviços de saúde como SAMU e Bombeiros, por isso entende-se que nesta sala a visita deverá ser de acordo com o fluxo de pacientes e necessidade de intervenção médica.

A visita neste setor pode sofrer alterações levando em consideração que a instabilidade do paciente pode requerer intervenções médicas, nesses casos os visitantes serão informados e a visita será reestabelecida assim que normalizar a situação.

- **Horário de Visita**: 09h00-10h00, 14h00-15h00 e 19h00-20h00

*1 visitante;

*Este horário também se designará aos boletins médico e de enfermagem;

- Durante o horário de visita, o visitante deverá entrar pela Recepção Central, munido de documento de identificação pessoal com foto para cadastro no sistema de sua permanência ao Hospital;
- Identificar-se ao controlador de fluxo através do uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- Realizar lavagem das mãos e/ou desinfecção com álcool gel;
- Fazer uso de vestimentas adequadas fornecidas pelo hospital;
- Direcionar-se diretamente ao leito de seu ente sem contato direto ou indireto com outros pacientes, quartos e setores, afim de evitar a disseminação de vírus ou bactérias causadoras de infecções.

Termo de Consentimento Informado: é um direito dos pacientes e uma obrigação moral de toda a equipe do Hospital.

O termo permite que o paciente possa tomar decisões sobre os tratamentos e procedimentos propostos a ele, através de um documento assinado pelo paciente ou responsável consentindo ao médico a realização de determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico, após haver recebido as informações pertinentes. Esses procedimentos garantem a autonomia do paciente e delimitam a responsabilidade do médico que realiza os procedimentos.

O seu uso estará indicado nas seguintes situações:

- Nos tratamentos e procedimentos cirúrgicos ou clínicos realizados sob algum tipo de anestesia;
- Nas biópsias e demais incisões (mesmo em regime ambulatorial e com algum tipo de anestesia local);
- Nos procedimentos endoscópicos, angiografias e cateterismo cardíaco;
- Nas diálises;
- Nas transfusões sanguíneas;

- Nos procedimentos radiológicos envolvendo o uso de contraste;
- No uso de medicações ou terapêuticas invasivas com risco de efeitos colaterais severos.

5.2. ATENDIMENTO

5.2.1. Implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, incluindo aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente.

O **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** irá adotar uma cartilha informativa contendo todas as informações e orientações necessárias durante a permanência no Hospital. Além disso, os profissionais envolvidos estarão habilitados para orientar e sanar dúvidas quando necessário.

Durante o atendimento multidisciplinar no momento da admissão do usuário, caberá ao enfermeiro a avaliação da necessidade de acompanhamento dos pacientes e solicitar à família a presença do mesmo durante o período de internação;

O serviço social será acionado em casos de desinteresse da família e/ ou responsáveis legais em fornecer acompanhante, tais como: pacientes sem identificação, portadores de doenças psiquiátricas, bem como outras condições incapacitantes.

A equipe de enfermagem das unidades de internação será comunicada em casos com a necessidade de acompanhamento e a avaliação e liberação será realizada via sistema, garantindo que a mesma informação seja seguida por todos os setores envolvidos, desde a assistência até a portaria da unidade.

O serviço de Portaria irá verificar via sistema para todos os acompanhantes a cada entrada no hospital a autorização de acompanhante;

Todos os visitantes e acompanhantes serão orientados sobre horário de trocas de acompanhante e proibições;

Ficará vedada a entrada de bolsas, malas, bem como armas, cigarros, bebidas e alimentos, bem como a entrada de acompanhantes menores de 18 anos, gestantes, maiores de 60 anos ou incapazes, salvo com autorização formal por parte da equipe de enfermagem responsável pelo paciente. Os pacientes com necessidades especiais serão avaliados pela equipe de enfermagem para proceder à autorização de acompanhante extra. Essa particularidade deverá ser comunicada à portaria via sistema.

Todos os pacientes e acompanhantes deverão ser orientados quanto ao descarte correto de resíduos no momento da geração.

Outras vedações e orientações estão contidas na Cartilha de Informações e Orientações aos Usuários e Acompanhantes.

Sobre o direito à visita e acompanhante

De acordo com a carta dos direitos dos usuários em saúde, as crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e idosos têm direito a acompanhamento durante todo o período de internação. A Lei nº 11.108/2005 dá à mulher o direito de ter, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, um acompanhante de sua escolha, e recomenda que toda maternidade adapte seu espaço físico para receber este acompanhante.

Os demais usuários têm direito a visita diária de no mínimo duas horas durante as internações, com exceção para situações técnicas contra indicadas.

Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó

SUS Secretaria de Estado da Saúde Somos todos GOIÁS GOVERNO DO ESTADO

CARTILHA DE INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES AOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES

Os pacientes atendidos no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** poderão receber visitas durante o período de internação conforme os seguintes horários de atendimento:

- Unidades de internação: Todos os dias das 16 às 18 horas

*2 visitantes, sendo 1 por vez.

- Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Todos os dias das 17 às 18 horas;

*2 visitantes, sendo 1 por vez

- Horário de troca de acompanhante:
  - Manhã: das 06h30 - 08h30.
  - Tarde: de 12 às 13 horas e Noite: de 17 às 20 horas.

NORMAS DE ACESSO E SEGURANÇA

O que não pode fazer no Hospital:

- Entrar trajando roupas inadequadas (sem camisa, roupas transparentes, decote avantajado, bermuda, camiseta sem manga, etc.);
- Entrada de alimentos;
- Cigarros, bebidas alcoólicas ou drogas, bem como armas, bolsas de médio e grande porte, sacolas, cadeira de praia, travesseiros, cobertores, colchão, entre outros;
- Entrada de pessoas apresentando sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas;
- Fumar nas dependências deste hospital;
- Não será permitido o encaminhamento dos pacientes e acompanhantes para as unidades de internação portando pertences de valor, aparelhos eletrônicos (televisão, tablet, rádio, notebook) e/ou medicamentos, exceto os casos com autorização por escrito do supervisor do setor.
- Entrada sem o crachá de identificação;
- Visitar outros leitos e ficar circulando pelos corredores do Hospital;
- Não é permitido fotografar, gravar ou filmar os pacientes internados;
- Lavar ou passar roupa, estendê-las em camas, cadeiras e/ou janelas, deste hospital;
- Permanecer nos corredores do Centro Cirúrgico e da UTI, devendo aguardar na sala de espera;
- Jogar lixo ou qualquer outro objeto pela janela;
- Sentar ou deitar no leito dos pacientes;

- Manipular quaisquer equipamentos, medicamentos ou soros, evitando riscos ao paciente;
- Compartilhar objetos, ou prestar assistência ao paciente ao lado;
- Guardar qualquer tipo de alimentos, bebidas e utensílios da nutrição nos armários das enfermarias.
- A entrada de acompanhantes menores de 18 anos, gestantes, maiores de 60 anos ou incapazes, salvo com autorização formal por parte da equipe de enfermagem responsável pelo paciente
- A entrada de crianças menores de 12 anos mesmo acompanhadas de pais ou responsáveis.

Visando a segurança de pacientes, profissionais e acompanhantes, todas as pessoas que adentrarem o hospital deverão guardar os pertences no guarda-volume.

Obs.: O Hospital não se responsabilizará por qualquer objeto dos pacientes, acompanhantes e visitantes. Sugerimos entregar objetos de valor aos familiares no momento da internação. Deixe apenas objetos de uso pessoal.

ORIENTAÇÕES PARA OS PACIENTES, VISITANTES E ACOMPANHANTES

- Visando a segurança de pacientes, profissionais e acompanhantes, todas as pessoas que adentrarem o hospital deverão guardar os pertences no guarda-volumes.
- O acompanhante e o visitante, preferencialmente, deverão ser maiores de 18 anos.
- Deverá portar o crachá (fornecido pela portaria) à altura do peito em local bem visível.
- Evite barulho, fale em voz baixa e conserve a calma.
- Caso seja necessário fazer algum procedimento médico, de enfermagem ou exames nos horários de visita, todos deverão se retirar do recinto, desde que solicitados.
- Se houver alguma intercorrência na unidade, o horário de visita poderá atrasar ou até mesmo ser cancelado.
- Caso o paciente faça uso de algum medicamento, deve trazê-lo e sinalizar ao médico para que seja prescrito. O farmacêutico fará avaliação física do medicamento e, caso liberado para uso, o paciente assinará termo de responsabilidade sobre a procedência e qualidade desse medicamento.

- No caso de presidiário internado, acompanhado/escoltado por policiais, fica condicionado a uma autorização judicial o paciente receber visita.
- Caso necessite de Declaração de Internação (paciente) ou Declaração de Comparecimento (acompanhante), solicite à equipe assistencial.

Enxoval:

O hospital disponibiliza, aos pacientes, roupas de cama, toalhas, travesseiros e cobertores que são para uso obrigatório e exclusivo durante o período de internação. Portanto, não devem ser levados para casa.

Limpeza dos leitos:

A higienização dos leitos é realizada diariamente, assim como a troca das roupas de cama e banho. É possível que a equipe de limpeza solicite sua assinatura para atestar que a limpeza foi realizada.

Refeições:

A dieta hospitalar tem rigoroso controle, para garantir a segurança alimentar dos pacientes. Para realização de alguns exames ou cirurgias, nenhum alimento poderá ser servido ao paciente. Atenção para a recomendação de jejum.

- **A entrada de alimentos adquiridos fora do Hospital é proibida.**

As refeições são entregues aos pacientes e acompanhantes diretamente nos leitos e devem ser consumidas até 1h depois de servidas, não sendo permitido guardar para consumir depois.

- **Não é permitida a troca de refeição entre pacientes e acompanhantes.**

Lembre-se que as dietas dos pacientes se destinam a atender suas necessidades nutricionais, de acordo com seu estado clínico. Uma troca de dieta pode provocar sérias consequências ao paciente.

HORÁRIOS DAS REFEIÇÕES

REFEIÇÃO	PACIENTE	ACOMPANHANTE	ACOMPANHANTE *ESPECIAL
DESJEJUM	7h30 às 8h30	7h30 às 8h30	7h30 às 8h30
ALMOÇO	11h30 às 12h30	11h30 às 12h30	11h30 às 12h30
LANCHE	14h30 às 15h30	⊗	14h30 às 15h30
JANTAR	17h30 às 18h30	17h30 às 18h30	17h30 às 18h30
CEIA	19h30 às 20h30	⊗	19h30 às 20h30

* Acompanhante especial: apresenta condições para dietas especiais (ex. diabéticos, gestantes, nutrizes).

Aos Visitantes:

- Fica reservado ao Hospital o direito à alteração no atual horário de visitas sem aviso prévio, de acordo com a necessidade do serviço.
- A recepção fornecerá crachás como forma de organizar as visitas e para a própria segurança dos pacientes.
- É permitida a entrada de dois visitantes por vez para cada paciente na internação.
- O repouso é parte integrante do tratamento do paciente. O número excessivo de visitantes prejudica a recuperação.
- Ao saírem do Hospital, favor deixar os crachás na recepção.

Aos Acompanhantes:

O acompanhante deve respeitar as seguintes normas:

- Horários de trocas: 06h30 - 08h30 / 12h - 136h /17h - 20h
- A troca de acompanhante realizada fora desse horário, só será permitida com a autorização do Enfermeiro responsável.
- Os acompanhantes deverão dirigir-se ao balcão da Recepção Central com documento de identificação e retirar a autorização de acompanhante.
- **Centro Obstétrico:** Troca de acompanhante a cada 12h (as 07h e as 19h).
- **Linha materna infantil:** é permitido o pai do bebê ou outra pessoa como acompanhante.
- Na saída a autorização deverá ser devolvida na portaria.
- Pacientes menores de 18 anos e maiores de 60 devem ter acompanhantes.
- Necessidades especiais para acompanhante serão devidamente analisados pelo Enfermeiro da Unidade.

O paciente terá direito ao acompanhante, conforme as seguintes normas:

- O paciente deverá ter menos de 18 anos ou mais de 60 anos, conforme Estatuto da Criança e do Adolescente e Estatuto do Idoso.
- Pessoas com deficiência e paciente muito debilitado e com importante grau de dependência será avaliado e autorizado por escrito pelo Enfermeiro responsável pela unidade.
- O paciente poderá ter somente um acompanhante.

Quem poderá ser acompanhante?

- Pessoas que estejam em bom estado de saúde, não estejam gripadas ou com alguma outra infecção que coloque o paciente em risco (diarreia, furúnculos, feridas abertas e outras).
- Ser do mesmo sexo do paciente. Somente em situações excepcionais é que esta regra será flexibilizada.

Segurança do paciente:

- **A identificação do paciente é fundamental.**

Verifique se o paciente está com pulseira de identificação (que deve conter nome completo, sem abreviatura e data de nascimento). Os profissionais devem conferir a pulseira de identificação antes da administração de medicamentos, dieta e realização de procedimentos, cirurgias e exames. A pulseira de identificação não pode ser retirada durante a internação. Caso seja danificada, comunique à equipe assistencial, para providenciar outra.

- **Confira se o quadro beira leito contém as informações corretas sobre o paciente, isso ajuda a prevenir erros**.
- **Evite quedas -** Mantenha as grades das camas sempre elevadas e as rodas travadas. Caso o paciente precise se locomover ou mudar de posição, faça com a ajuda da enfermagem.
- **Placas de Risco** Observe que ao lado de cada leito existe um quadro com sinalização de riscos. Ajude a preveni-los. Pergunte à enfermagem caso tenha alguma dúvida!

Alta Hospitalar:

Ao receber alta, certifique-se de ter recebido todas as informações para a continuidade do cuidado e restabelecimento da saúde do paciente. Aguarde orientações dos trâmites necessários.

Telefonia:

Na entrada da recepção do Hospital, telefones públicos estão disponíveis e podem ser usados a qualquer momento.

Apoio ao Usuário - Ouvidoria:

Para atendimento presencial, dirija-se à Ouvidoria.
O atendimento é de 8h às 17h, de segunda a sexta-feira. Também é possível enviar e-mail para ouvidoria@..... ou solicitar atendimento da equipe.

Voluntariado:
Nossos voluntários sempre serão identificados pelo crachá. Os pacientes também podem receber a visita de voluntários para atividades lúdicas, como contação de histórias e apresentações musicais, entre outras. E-mail: voluntariado@.....

Visita Religiosa:
Para programações especiais e visitas religiosas, solicite autorização prévia. Envie e-mail para: visitareligiosa@.....

5.2.2. Implantação de Ouvidoria vinculada à SES, com Pesquisa de Satisfação.

Nos serviços de saúde, pode ser percebido entre os profissionais e também entre os usuários que a resolutividade das demandas apresentadas por estes pode estar sendo comprometida pela subjetividade presente em cada caso, uma vez que há indícios de que a relação e a comunicação com eles não têm sido suficientes ou não se processam.

O documento-base do "HumanizaSus" para gestores e trabalhadores do SUS traz em seu bojo que a humanização é "a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores". Esta se fixa nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

A gestão social como inovação em política pública de saúde e o procedimento a ser aprendido constituem-se em uma nova modalidade de gerenciamento das políticas sociais, que exige modelos flexíveis e participativos que envolvam negociação e participação plural de uma variedade de interlocutores nas decisões e ações envolvidas nas diversas políticas. Assim, a gestão social é defendida como "um conjunto de instrumentos e estratégias para o encaminhamento de soluções mais eficazes e eficientes para as políticas sociais".

Nesta política, os sistemas de escuta qualificada funcionam como ferramenta de gestão para facilitar e institucionalizar o trabalho de transformação e a própria PNH, como estratégia de integralidade no tratamento conjunto de áreas de diferentes disciplinas da saúde que interferem no mesmo tipo de problema, ou seja, no modelo de atenção usuário.

Nessa perspectiva, o Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) na área da saúde deverá ser, sobretudo humanizado. O usuário precisa ser tratado de forma única, considerando todas as suas necessidades dentro da rede pública, orientando-o claramente, cordialmente e objetivamente. O tratamento personalizado aumentará sua satisfação em relação ao Hospital e toda a rede.

O SAU do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será um importante instrumento de qualidade que irá garantir diferentes canais de atendimento para os usuários, afim de facilitar a interação com os gestores da unidade, bem como unificar todas as manifestações em um

núcleo, condensando as informações de forma eficiente, trazendo chaves de *performance* e análise de indicadores de desempenho. Serão eles:

Caixas de Opinião: Instaladas nos setores, as Caixas de Opinião servem para coletar informações mais detalhadas dos usuários. Eles podem escrever, além de sugestões, denúncias ou reclamações de forma discursiva. As opiniões serão coletadas semanalmente, digitadas e enviadas por e-mail para as equipes responsáveis.

Central de Atendimento: Constituída por telefone, e-mail e via aplicativo WhatsApp.

a) Os telefonistas poderão receber as demandas do Hospsital, bem como entrar em contato com os pacientes. Com atendimento humanizado, a Central também funciona como canal para colher opinião do usuário.

b) Por meio do e-mail é possível ter informações sobre o trabalho do hospital.

c) Por meio de um número de telefone, via aplicativo WhatsApp, será possível enviar sugestões, criticas, reclamações e sanar dúvidas sobre o atendimento.

Ouvidoria: É o canal de comunicação presencial ou pelo site do Hospital e da SES/GO, entre o cidadão e a Instituição. Tem como atribuições receber e examinar, sugestões, reclamações, elogios e denúncias do cidadão, quando não forem solucionadas pelos setores, departamentos e direções responsáveis. Encaminhar aos setores, departamentos e ou direções, a manifestação do cidadão, acompanhando as providências adotadas e garantir o retorno da mesma. Apoiar tecnicamente e atuar com as áreas internas, visando a solução do problema apontado pelo cidadão.

Pesquisa de Avaliação dos Serviços: verificar a percepção do atendimento pelos usuários, irá medir o grau de satisfação dos clientes e detectar problemas percebidos por eles acerca dos serviços prestados. Nele estará inserido espaço de avaliação dos diversos serviços, com direcionamento para a valoração entre “ótimo”, “bom”, “regular” e “ruim” assim como espaço para críticas, sugestões e elogios. A identificação do usuário deverá ser facultativa.

Implantação da Ouvidoria vinculada à SES

O processo de organização sistêmica das Ouvidorias do SUS, instituídas pelos entes federados, teve início em 2007, com a utilização do Sistema Informatizado OuvidorSUS, regulamentado

pela Portaria nº 8, de 25 de maio de 2007, que atendeu à necessidade de comunicação eficaz entre as Ouvidorias do SUS.

A atuação da Ouvidoria do SUS deverá atender, fundamentalmente, seguintes bases legais:

- Constituição Federal de 1988, Artigo 37, parágrafo 3º, inciso I. Prevê a existência de uma lei que discipline as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta e que regule as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços.
- Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS (Portaria MS/GM nº 3.027, de 26 de novembro de 2007), vislumbra a implantação de ouvidorias como uma das formas de fortalecer a gestão estratégica e participativa no SUS;
- Lei nº13.460, de 26 de junho de 2017 e dentro dos preceitos estabelecidos pela CGU/OGU;
- Decreto nº 9.492, de 05 de setembro de 2018; Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação);
- Decreto Federal nº 9.094, de 17 de julho de 2017 (Simplificação do atendimento público);
- Pesquisa de satisfação do Usuário prevista na Lei nº13.460, de 26 de junho de 2017.

A Ouvidoria do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** estará vinculada às diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde que irá prever os principais aspectos constitutivos da Ouvidoria do SUS.

Assim, em parceria com a SES/GO, a Ouvidoria do Hospital possuirá um regimento interno que irá normatizar o seu funcionamento e possuirá os seguintes objetivos:

- Garantir aos usuários o cumprimento dos direitos legalmente constituídos, o acesso à informação e a qualidade no atendimento;
- Incentivar o exercício da cidadania através de um processo pedagógico junto aos usuários;
- Propiciar ao gestor a possibilidade de análise e reflexão de fatos e condutas ocorridos no cotidiano, dando subsídio para que a instituição reflita e adote as necessárias providências sobre as situações vivenciadas no cotidiano;

- Contribuir para o aprimoramento dos serviços prestados e das políticas públicas da instituição;
- Assimilar críticas e sugestões elaboradas pelos usuários e dar o devido encaminhamento de modo que a instituição possa aprimorar processos, produtos e serviços bem como melhorar seu processo de comunicação;
- Proporcionar maior transparência das ações da instituição;
- Subsidiar o controle social e ampliar a participação dos cidadãos usuários.

O papel do Ouvidor

O papel do ouvidor será, primordialmente, promover a realização dos direitos dos cidadãos. Ou seja, o ouvidor deverá atuar como porta-voz do cidadão, agindo sempre contra a usurpação de direitos ou abuso de poder; contra erros ou omissões; negligências; decisões injustas, tornando a administração pública mais eficiente e transparente, e, seus agentes, mais responsáveis em suas decisões. Dessa forma, o ouvidor não pode se furtar a prestar atendimento e informações ao cidadão.

Ações que não devem ser executadas pela Ouvidoria:

- Apurar denúncias de irregularidades e infrações (disciplina e processo administrativo) ou realizar auditorias;
- Desempenhar ações de assistencialismo e paternalismo;
- Agir com imediatismo (resolução apenas do caso apresentado);
- Atuar como central de atendimento

Estruturação da Ouvidoria (estrutura física, instrumento normativo, recursos humanos, fluxo de trabalho):

- Espaço físico definido;
- Boa localização, de fácil acesso e visibilidade ao cidadão;
- Acessibilidade (rampa e banheiros adaptados);
- Equipamentos e mobiliário adequados para a realização do serviço;
- Disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet;
- Espaço adequado para atendimento presencial, com resguardo de sigilo.

  Portanto, o local a ser escolhido deverá ser adequado para a execução das

> funções de Ouvidoria, tais como acolhimento das manifestações, incluindo espaço específico e adequado para o atendimento presencial, análise e acompanhamentos das manifestações e gestão dos dados da Ouvidoria. Imprescindível a criação de um espaço reservado para garantir acolhimento privativo ao cidadão.

No processo de escolha do local, será importante verificar a acessibilidade dos usuários portadores de necessidades especiais, como rampa de acesso, banheiro com adaptações, entre outros.

Para a adequação do espaço ao trabalho de Ouvidoria, o local deverá possuir mobiliário mínimo, como cadeira, mesa, armário, material de escritório em geral, computador, impressora digitalizadora, aparelho telefônico.

Disponibilidade de linha telefônica: a linha telefônica estará disponível para o atendimento ao cidadão e para interlocução da Ouvidoria com sua rede para encaminhamento e acompanhamento das manifestações.

Acesso à internet e ao endereço eletrônico: atualmente, a internet e os meios de comunicação eletrônicos tornaram-se mecanismos facilitadores do acesso do cidadão. Para que a Ouvidoria possa acompanhar esse processo, será viabilizado um e-mail institucional para o qual o cidadão possa fazer contato com a Ouvidoria.

É importante que a Ouvidoria possua um sistema informatizado que possibilite a inserção das manifestações, sua categorização e gerenciamento dos dados assim gerados. O sistema implantado irá garantir a segurança dos dados inseridos e gerenciados. Além disso, esse sistema facilitará o processo de encaminhamento das manifestações de maneira que a Ouvidoria e sua rede utilizem o mínimo de documentos impressos. Os recursos aqui elencados são os mínimos (ou básicos) para a criação da estrutura da Ouvidoria.

Recursos Humanos

Os profissionais que venham atuar na Ouvidoria deverão ter formação e capacitação compatível com a função, mediante análise de perfis, e dependerá das condições e necessidades locais.

Vale ressaltar que os profissionais das ouvidorias são como agentes do processo de educação para a cidadania e responsáveis pelo acolhimento das demandas que chegam às ouvidorias.

Será recomendável que a Ouvidoria conte com os seguintes recursos humanos discriminados a seguir:

- Responsável pela Ouvidoria;
- Assistente Ouvidoria;
- Suporte administrativo para atividades burocráticas e administrativas.

A capacitação será um fator determinante para que a equipe da Ouvidoria realize um trabalho consciente e qualificado.

Encaminhando a manifestação aos setores

O Profissional responsável na Ouvidoria se organizará para trabalhar as manifestações recebidas de forma ágil e eficiente. Todo encaminhamento deve ser efetuado no menor prazo possível e devidamente registrado. De preferência, os setores devem ser informados sobre o prazo de retorno pretendido, 10 dias corridos. Caberá ao Ouvidor gerenciar esses retornos, cobrando, sempre que necessário, o cumprimento dos prazos. A instituição permitirá a facilitação de análise das informações recebidas bem como a manifestação da parte envolvida (responsável pela unidade e/ou funcionários da unidade/setor) para que o Ouvidor possa encaminhar a devida resposta ao usuário.

A Resposta ao Usuário

A resposta ao usuário não encerra o trabalho da Ouvidoria. Todo atendimento prestado, incluindo o que foi informado ao usuário, constitui informação importante sobre a qual o ouvidor deve trabalhar e utilizar como instrumento para que o gestor da instituição adote medidas que elevem o padrão de qualidade dos serviços, buscando a melhoria contínua.

É importante que haja um retorno ao usuário, quando o foco for de insatisfação pelo serviço devido uma causa a partir do registro na ficha de reclamação de atendimento da ouvidoria. Todas as partes envolvidas da Unidade/Setor serão avaliados através das reclamações bem como poderá ser encaminhada as Comissões de Ética Médica e Enfermagem, quando não for possível uma definição do caso, tendo em vista reclamações de conteúdo que não estão de acordo com Código de Ética Profissional.

Ações da Ouvidoria

- Investir no fortalecimento da imagem da Ouvidoria como canal de comunicação dos usuários/ funcionários, ampliando a divulgação das atividades, através de cartazes e outros recursos audiovisuais.
- Aumentar o número de Avaliações do Atendimento preenchidas, através de:
- Distribuição das Fichas aos usuários pelos próprios funcionários das Unidades/setor, orientando sobre a importância do seu preenchimento;
- Reconhecimento desse instrumento por parte dos profissionais que atuam nas Unidades de Internação e orientação às pacientes da respectiva Unidade, sobre importância do seu preenchimento;
- Aprimorar os instrumentos de produção de dados da Ouvidoria, tendo por base os registros cadastrados oriundos das Fichas de Avaliação do Atendimento e Fichas de Atendimento da Ouvidoria, incluindo as encaminhadas por meio eletrônico;
- Intensificar a análise dos dados gerados pela Ouvidoria, com respectiva divulgação junto às diferentes instâncias de gestão da instituição;
- Avaliar e alterar os itens das Fichas de Avaliação do Atendimento, permitindo sua adequação à prestação dos serviços pelas Unidades (inclusão / exclusão de itens);
- Garantir a digitação das Fichas de Atendimento da Ouvidoria, permitindo a guarda do documento original elaborado pelo usuário e a inclusão de informações que foram verbalizadas pelo usuário no contato com o Ouvidor, mas que não foram registradas no documento inicial;
- Realizar a revisão e aprimoramento do fluxo das Fichas de Atendimento da Ouvidoria, incluindo a análise e providências de setor específico em relação a ocorrências que envolvam apuração de responsabilidade administrativa, civil e criminal.

Competências da ouvidoria

- Atender aos cidadãos que desejem apresentar uma manifestação (reclamação, denúncia, sugestão, solicitação e/ou elogio), fornecendo e orientando sobre o preenchimento da Ficha de Atendimento da Ouvidoria.

- Atender aos cidadãos que desejem apresentar uma manifestação (reclamação, denúncia, sugestão, solicitação e/ou elogio), fornecendo e orientando sobre o preenchimento da Ficha de Atendimento da Ouvidoria;
- Digitar a manifestação quando o usuário declarar limitações para manifestar-se por escrito; Nesse caso, e o usuário estando presente na Ouvidoria, será solicitada sua assinatura na Ficha de Atendimento impressa;
- Orientar que a identificação é facultativa (a identificação pode ficar reservada na Ouvidoria para posterior envio da resposta);
- Atender aos cidadãos que apresentam uma demanda específica e tomar as providências para resolução imediata, quando for o caso, independente de manifestação por escrito posterior;
- Atender e orientar aos cidadãos que apresentam demandas externas e/ou divergentes das normas e fluxos de atendimento do Hospital;
- Recolher as Fichas de Avaliação do Atendimento e Fichas de Atendimento depositadas nas Caixinhas da Ouvidoria instaladas nas unidades/setor:
- Providenciar a junção, no impresso de Ficha de Atendimento da Ouvidoria, das Avaliações de Atendimento que contém manifestação;
- Protocolar as Fichas de Atendimento recebidas através do atendimento pessoal ou recolhidas nas Caixinhas de Ouvidoria. O protocolo é efetuado através do registro em um livro através de uma sequência numérica anual. O número é anotado na respectiva Ficha de Atendimento;
- Efetuar contato telefônico junto aos usuários nos casos em que é necessário complementar / esclarecer a manifestação depositada nas Caixinhas da Ouvidoria.

Pesquisa de Satisfação

A realização de Pesquisas de Satisfação dos Usuários no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá compromisso institucional com os seus usuários, reconhecendo a

pesquisa de satisfação como eficaz instrumento de análise situacional e referência para a implementação de melhorias.

O setor de Ouvidoria deverá assegurar a realização da Pesquisa de Satisfação dos Usuários conforme diretrizes da Instituição, participando das discussões acerca das ações necessárias para a melhoria contínua dos processos de gestão e assistência à saúde e tem como objetivo primordial mensurar a qualidade do serviço prestado, tendo em vista as expectativas dos cidadãos-usuários e a sua percepção acerca do modo como o serviço foi prestado

A implantação da pesquisa de satisfação do usuário será com dados específicos para cada unidade, atendendo ao Ambulatório, Urgência e Emergência, Internação, Centro Cirúrgico, UTI.

Será adotado como instrumento para coleta dos dados questionário estruturado, haja vista as vantagens que apresenta tanto sob o ponto vista de aplicação, por sua simplicidade e baixo custo, quanto na análise, pela possibilidade de padronizar as informações, facilitando o processo.

Alguns critérios foram adotados na elaboração das questões e categorias de resposta:

- objetividade e clareza das perguntas para melhor compreensão dos usuários;
- relevância dos questionamentos para a gestão;
- aplicação de um único questionário a todos os usuários, de forma a obter um certo padrão nas respostas;
- facilidade de aplicação do questionário, podendo ser aplicado através de tablet, smartphone ou formulário físico;
- perguntas com conteúdos semânticos diferentes, de forma a evitar ambiguidades.

O questionário irá avaliar aspectos relacionados à estrutura, atendimento, higiene/limpeza e organização, refeições, tempo de espera, e, por fim, a avaliação geral do hospital. Tais indicadores apontam questões relacionadas a seis dimensões da prestação de serviços passíveis de serem avaliadas pelo público-alvo

Aspectos que serão utilizados e dimensões relacionadas no questionário da Pesquisa de Satisfação do Hospital:

Aspectos tangíveis: dizem respeito à avaliação das instalações e materiais usados para a provisão do serviço (aparência física das instalações, limpeza e conservação dos equipamentos, materiais utilizados, aparência do pessoal, conforto dos móveis, das salas de espe**ra, dos escritórios, e qualidade da refeição etc.).**

Confiabilidade: refere-se à capacidade da instituição de executar seus serviços de forma confiável e precisa, de acordo com o que foi estabelecido ou prometido.

Receptividade: corresponde ao interesse e vontade do atendente em auxiliar e atender os públicos-alvos.

Responsabilidade: é dispor de auxílio aos usuários e fornecer o serviço prontamente, não os deixando esperar por tempo excessivo. Caso ocorra uma falha na prestação do serviço, deve haver uma capacidade de recuperá-la rapidamente e com profissionalismo, minorando eventuais riscos.

Segurança: está relacionada à capacidade de transmitir confiança, confidencialidade, cortesia e conhecimento para o usuário. Em suma, é transmitir que o funcionário está realmente interessado no melhor para o usuário.

Empatia: corresponde ao cuidado e atenção individualizados, incluindo três das características iniciais da prestação de serviços: acesso, comunicação e entendimento.

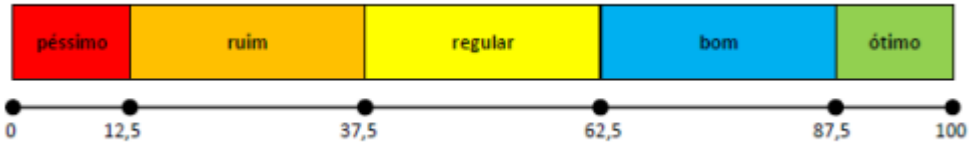
Tais dimensões apresentadas são trazidas pela Escala Servqual, utilizada amplamente por várias organizações públicas, nacionais e internacionais. Questionários em Escala Servqual são mais focados, de baixo custo e por respondente; possibilitam maior neutralidade; oferecem uma boa representatividade dos públicos-alvos, além de que os dados podem ser coletados de diversas formas: e-mail, internet, call-center ou presencial.

Aspectos importantes para a consecução da pesquisa:

- A avaliação permite identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria;
- Os resultados da pesquisa devem ser objeto das ações de aperfeiçoamento por parte da gestão;
- O conhecimento das ações de melhorias implementadas se torna imprescindível para legitimar a importância da pesquisa e da participação dos usuários nos serviços públicos de saúde.

Metodologia de análise

A metodologia prevalente utilizada no questionário está fundamentada na Escala Likert, um tipo de escala de resposta habitualmente usada em questionários, principalmente em pesquisa de satisfação u opinião. Destarte, na maioria das questões haverá uma escala de cinco itens como opções de resposta, caracterizados por serem simétricos, de forma que o número de categorias positivas em relação a uma questão é o mesmo de negativas, além de haver um ponto neutro. Com base nessa premissa, os itens foram construídos da seguinte forma:



A pesquisa de satisfação será tabulada mensalmente com divulgação interna aos setores por meio de gráficos categorizando cada dado.

Os gráficos serão apresentados em formato linha em ordem cronológica podendo avaliar o índice de satisfação, considerando como valor significativo inicial de insatisfação o percentual acima de 25 % (grau I), 40% (grau II), acima de 50% (grau III), do qual será necessário que o responsável pela Unidade/Setor/Profissional, apresente relatório de Ação de Intervenção local, contendo as ações desenvolvidas tanto individuais como coletiva.

A categoria da representação por grau de insatisfação quando projetado visualmente, remete aos profissionais e coordenadores que a unidade/setor se encontra com pontos críticos sendo necessária a verificação do alto índice.

Para tanto, os dados possuem representação em percentual, assim para que haja valores coerentes que possam avaliar a satisfação e insatisfação do atendimento é importante que a pesquisa de satisfação seja realizada pelo menos por 10% dos usuários em atendimento na unidade/setor.

Serão apresentados além de relatórios mensais, relatórios trimestrais, semestrais e anuais, permitindo a leitura dos gráficos em forma de comparação, evidenciando o aumento ou diminuição da satisfação.

Indicadores

São instrumentos gerenciais sem os quais não seria possível realizar uma avaliação rigorosa de produtividade ou qualidade numa instituição de saúde.

Os indicadores utilizados são os seguintes:

Taxa de Pesquisas Respondidas

= Σ representatividade das pesquisas respondidas / pesquisas respondidas - Pacientes internados no período ×100

O resultado será o percentual de pesquisas respondidas sobre os atendimentos prestados.

Grau de Satisfação do Usuário

= *N*º de respostas satisfatórias (ótimo e bom)/ nº de pesquisas respondidas × *N*º de itens da pesquisa ×100

O resultado será o percentual de usuários satisfeitos.

A seguir, demonstraremos o modelo do questionário a ser adotado.

Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó **Pesquisa de Satisfação dos Usuários**
I QUAL O SERVIÇO UTILIZADO? □ ambulatório □ internação
II QUAL SERVIÇO/ESPECIALIDADE DO AMBULATÓRIO (PULAR SE FOR INTERNAÇÃO): □ hospital-dia □ multiprofissionais □ cardiologia □ cirurgia Geral □ ginecologia □ hematologia □ ortopedia □ angiologia
1. QUAL SUA OPINIÃO SOBRE AS REFEIÇÕES SERVIDAS NO HOSPITAL (INTERNAÇÃO)? □ Não se aplica (usuário do ambulatório) □ 1.Péssimo □ 2.Ruim □ 3.Regular □ 4.Bom □ 5.Ótimo
2. QUAL SUA OPINIÃO SOBRE O TEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO? □ 1.Péssimo □ 2.Ruim □ 3.Regular □ 4.Bom □ 5.Ótimo
3. QUAL SUA OPINIÃO SOBRE O ATENDIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE? □ 1.Péssimo □ 2.Ruim □ 3.Regular □ 4.Bom □ 5.Ótimo
4. QUAL SUA OPINIÃO SOBRE O CONFORTO E O ESPAÇO FÍSICO NO HOSPITAL? □ 1.Péssimo □ 2.Ruim □ 3.Regular □ 4.Bom □ 5.Ótimo
5. QUAL SUA OPINIÃO SOBRE A HIGIENE, LIMPEZA E ORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL? □ 1.Péssimo □ 2.Ruim □ 3.Regular □ 4.Bom □ 5.Ótimo
6. COMO O(A) SENHOR(A) SE SENTIU QUANTO AO ATENDIMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL [satisfação geral]? □ 1. Muito insatisfeito □ 2. Insatisfeito □ 3. Indiferente □ 4. Satisfeito □ 5. Muito satisfeito

6. QUALIDADE TÉCNICA

6.1. Experiência anterior em Gestão Hospitalar da Organização ou dos gestores do corpo diretivo

As informações encontram-se no Anexo I.

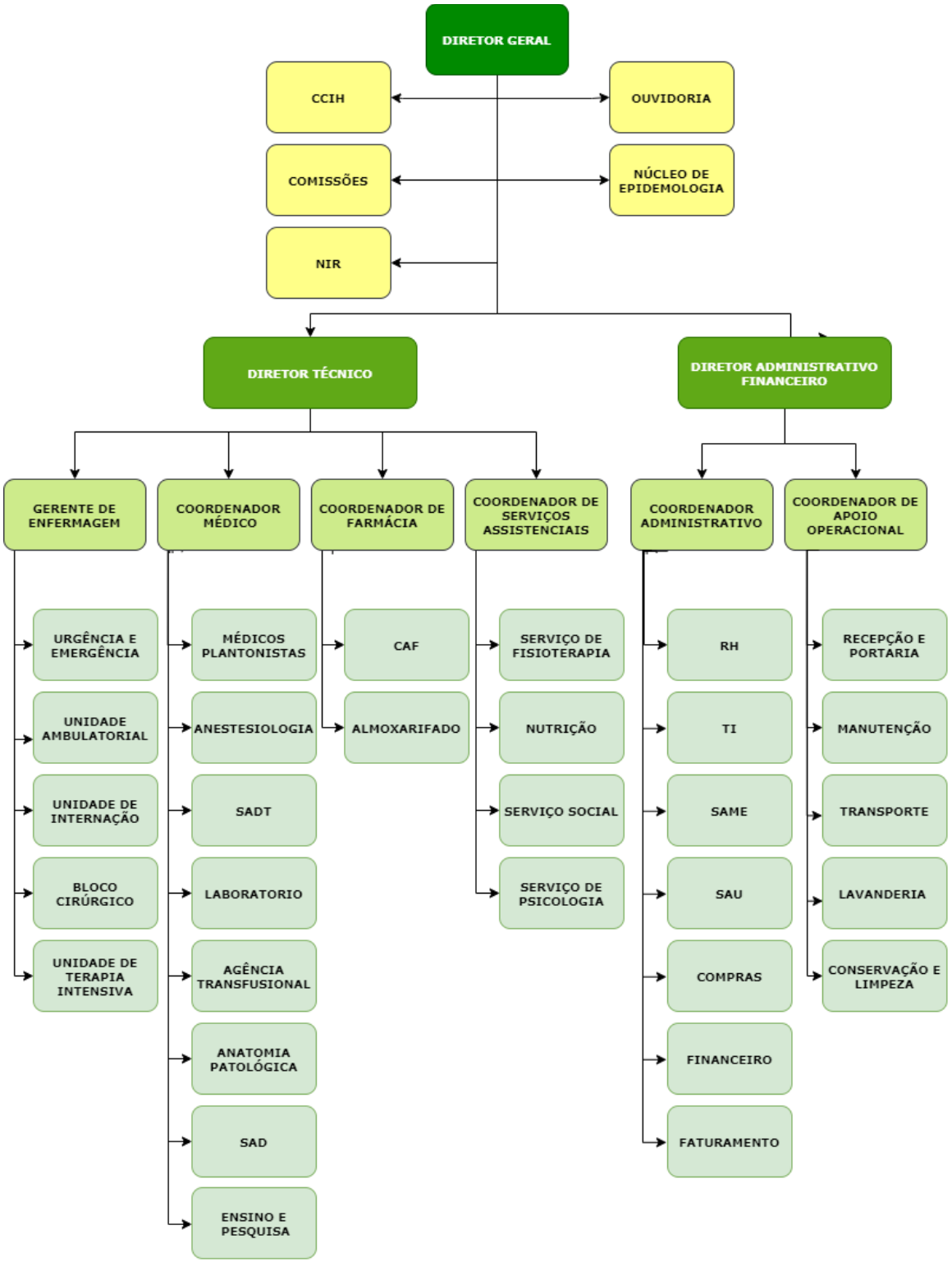
6.2. Estrutura e Experiência da Diretoria

6.2.1. Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo

O **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** está organizado em unidades administrativas, técnicas e assistenciais que se inter-relacionam, compondo a estrutura organizacional.

A representação do organograma institucional é o documento que demonstra e formaliza essa estrutura, bem como a relação hierárquica de subordinação existente entre as diversas unidades.

Organograma do Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó



Competências dos membros do corpo diretivo do Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó

Diretor Geral:

t) Participar da formulação do Plano Diretor para cada exercício, em consonância com a política e diretrizes da SES;

u) Dirigir e administrar o Hospital em consonância com as normas contidas neste Regulamento e as determinadas pelas legislações de esfera federal, estadual e municipal;

v) Coordenar o desenvolvimento dos planos traçados para as atividades médicas, técnicas, administrativas e financeiras do Hospital;

w) Coordenar a elaboração do orçamento anual de despesas, receitas e investimentos no Hospital, bem como controlar a execução do mesmo;

x) Submeter à aprovação superior o plano de ação e a proposta orçamentária do Hospital;

y) Zelar pelo cumprimento das metas pactuadas;

z) Fornecer orientação técnica-administrativa aos subordinados diretos, garantindo um bom nível de desempenho, mantendo gerência participativa sobre o grupo;

aa) Constituir comissões permanentes e transitórias para o estudo dos problemas médicos, técnicos e administrativos;

bb) Prestar contas mensalmente ou quando solicitado de sua gestão à SES;

cc) Instruir e aprovar normas, rotinas, fluxos e procedimentos internos da unidade e solicitar a revisão e atualização dos mesmos anualmente, ou quando se fizer necessário;

dd) Baixar portarias, instruções e ordens de serviço, bem como determinar a instauração de processos administrativos;

ee) Aprovar meios para controle das infecções hospitalares;

ff) Assegurar, no limite de sua autoridade, o cumprimento deste Regimento Interno bem como as normas, rotinas e procedimentos técnicos;

gg) Zelar pela qualidade dos serviços prestados na unidade;

hh) Manter um sistema de cooperação com a demais unidade de saúde;

ii) Realizar reuniões periódicas com as coordenações dos diversos serviços;

jj) Controlar a aquisição de todo material no que se refere a qualidade e custo;

kk) Autorizar ou prestar informações ao Poder Judiciário, dentro dos preceitos estabelecidos pelos Códigos de Ética;

ll) Cobrar o cumprimento do PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade.

Diretor Técnico:

z) Formular, incrementar, controlar e a avaliar, no hospital, as ações e serviços de saúde, observando as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal;

aa) Coordenar a execução das ações assistenciais, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de apoio diagnóstico, de assistência terapêutica integral, incluindo recuperação e reabilitação;

bb) Elaborar o regimento do Corpo Clínico do Hospital;

cc) Baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;

dd) Exercer o poder disciplinar com referência aos integrantes do Corpo Clínico, respeitando-se as normas vigentes para as respectivas categorias funcionais;

ee) Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

ff) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina – CRM quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o médico responsável pelas suas omissões;

gg) Supervisionar e controlar todas as atividades técnicas;

hh) Supervisionar e controlar as atividades de cada clínica existente no Hospital;

ii) Supervisionar e orientar os serviços médicos executados no Hospital;

jj) Supervisionar e orientar os serviços de análises clínicas no Hospital;

kk) Supervisionar e orientar os serviços de diagnósticos por imagem;

ll) Supervisionar e controlar todas da Coordenação de Farmácia;

mm) Supervisionar e controlar todas as atividades técnicas da Coordenação de Serviços Assistenciais;

nn) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais, visando o bem-estar e a saúde da população usuária (Resolução CFM n° 1354);

oo) Participar da formulação da política de equipamentos, imunobiológicos, outros insumos, sangue e seus derivados, adequada ao hospital;

pp) Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para a realização de auditorias permanentes, para o controle de qualidade das ações e serviços de saúde desenvolvidos no hospital;

qq) Promover reuniões periódicas com os profissionais que compõem a estrutura da Diretoria Técnica;

rr) Apresentar ao Diretor Geral, relatório das atividades dos serviços a seu cargo, bem como, dados que lhe forem solicitados;

ss) Analisar e decidir, juntamente com o Diretor Geral, Diretor Administrativo/Financeiro e áreas do hospital a aquisição de materiais técnicos, administrativos e medicamentos;

tt) Substituir o Diretor Geral em seus impedimentos legais Integrar e participar das comissões sob suas diretrizes;

uu) Supervisionar e orientar os serviços da Agência Transfusional;

vv) Analisar as estatísticas do SAME;

ww) Representar a unidade junto às autoridades sanitárias e demais casos previstos por Lei;

xx) Aprovar e cobrar o cumprimento do PGRSS da Unidade.

Diretor Administrativo/Financeiro

s) Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Administrativos e Financeiros, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;

t) Assistir ao Diretor Geral em assuntos administrativos relacionados com os objetivos do Hospital em particular, nos de natureza econômica e/ou de auditoria administrativa; implantar e manter um sistema de informação sintonizado com todas as unidades que compõe a estrutura básica do Hospital, visando à utilização de meios que racionalizem o trabalho e reduzam custos;

u) Aprovar requisições, especificações e pedidos de compra de equipamento, material e serviços, se forem o caso;

v) Baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;

w) Planejar e desenvolver estratégias de RH, incluindo políticas de recrutamento e seleção, disciplina, aconselhamento, pagamentos e contratos, planejamento de treinamento, motivação, cultura, avaliação de desempenho, qualidade e outros itens;

x) Fiscalizar as atividades de informatização dos processos e sistemas do Hospital, visando assegurar a disponibilidade de sistemas computadorizados tecnologicamente atualizados e que atendam às necessidades de todas as áreas;

y) Assumir a responsabilidade da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT);

z) Fiscalizar tudo a que se refere a serviços gerais, bem como as empresas terceirizadas, conservação predial entre outras atividades afins;

aa) Fiscalizar os processos realizados pelo almoxarifado;

bb) Responsabilizar-se pela aplicação dos recursos financeiros consignados na Programação e Orçamentação, estabelecendo mecanismos que permitam rigoroso controle contábil, elaborando as devidas prestações de contas que deverão ser atestadas pelo Diretor Geral do Hospital;

cc) Supervisionar Guias de Atendimento Ambulatorial – GTA e Autorização de Internação Hospitalar – AIH, conferir e, em tempo hábil;

dd) Prever e assegurar o apoio logístico a todos os setores do hospital, zelando pelo seu patrimônio e pela utilização racional dos recursos disponíveis;

ee) Convocar e/ou participar das reuniões técnicas, transmitindo os resultados no que couber aos integrantes de sua equipe;

ff) Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;

gg) Zelar pelo fiel cumprimento da legislação aplicável ao hospital, dentro da esfera de sua competência e elaborar Regimento Interno da Diretoria;

hh) Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

ii) Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;

jj) Realizar outras atividades correlatadas.

Gerente de Enfermagem:

o) Planejar, programar, coordenar e supervisionar todas as atividades e recursos disponíveis para a prestação de assistência de enfermagem aos pacientes da Instituição;
p) Identificar as necessidades das Unidades em relação a equipamentos, instalações, bens permanentes e instrumental, em articulação com a Diretoria Administrativa, promovendo a disponibilização destes itens;
q) Visitar todas as unidades da Instituição, visando a avaliação da assistência prestada pela equipe de enfermagem aos usuários;
r) Zelar pela qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes da Instituição, como também garantir a integridade das atividades médicas e assistenciais;
s) Avaliar a assistência de enfermagem e o desempenho da unidade, com o intuito de obter informações detalhadas para a tomada de decisões que interfiram diretamente no aprimoramento e aperfeiçoamento da assistência de enfermagem;
t) Estudar a implantação de novas técnicas de trabalho, visando a constante atualização da enfermagem da Unidade aos progressos técnico-científicos;
u) Garantir a elaboração de manuais de normas, rotinas e procedimentos, o seu devido cumprimento nas Unidades operacionais e atualização anual dos mesmos;
v) Elaborar e apresentar periodicamente à Diretoria da Instituição, os relatórios sobre o desenvolvimento das execuções das atividades de assistência de enfermagem, como também de suas necessidades;
w) Implantar, desenvolver, acompanhar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;
x) Praticar e disseminar em sua área de atuação todos os princípios e diretrizes gerenciais adotadas pela Instituição;
y) Coordenar, acompanhar e avaliar o serviço de enfermagem e sua equipe técnica em relação à qualidade da assistência prestada através das áreas que compõem a Coordenação de Enfermagem;
z) Interagir com a Diretoria Médica em assuntos médicos ou técnicos, e com as demais coordenações da Instituição para assuntos relacionados a cada área, buscando otimizar os processos operacionais;
aa) Implantar e acompanhar os processos operacionais visando o controle dos custos nas Unidades;

bb) Desenvolver estratégias de acompanhamento e avaliação com vistas a alcançar as metas definidas.

6.2.2. Titulação de especialistas em Administração/gestão Hospitalar dos membros da Diretoria e Coordenações

A titulação de especialistas está apresentada no Anexo II.

6.2.3. Experiência mínima de 1 ano da Diretoria no gerenciamento de Unidade Hospitalar

A experiência da Diretoria está apresentada no Anexo II.

6.3. Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar

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

O dimensionamento da equipe médica foi elaborado de acordo com as informações previstas no **Termo de Referência do Edital,** por área de atuação e em obediência às legislações vigentes**:**

- **Unidade de Urgência e Emergência**: profissionais médicos que irão atender pacientes em consultórios, sala vermelha e sala de observação.
- **Unidades de Internação**: profissionais médicos que atenderão aos 50 leitos entre especialistas cirúrgicos, clínicos, obstétricos e pediátricos.
- **Bloco Cirúrgico**: profissionais médicos especialistas de acordo com o perfil epidemiológico da unidade (cirurgia geral, ginecologia, ortopedia, anestesia, vascular e urologia) que atenderão às 3 salas cirúrgicas + 2 box de RPA.

- **Ambulatório**: profissionais médicos que atenderão nos consultórios entre especialistas de cardiologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, infectologia, ortopedia e traumatologia, cirurgia vascular e pediatria.
- **Unidade de Terapia Intensiva**: profissionais médicos intensivistas que atenderão aos 10 leitos de UTI, de acordo com a RDC nº 07/2010 da ANVISA.
- **SADT**: profissionais médicos que atenderão ao SADT interno e externo.
- **Outras áreas de atuação**: profissional médico com experiência em regulação médica para o NIR, infectologista para o SCIH, médico especialista em gestão hospitalar para o cargo de Diretor Médico, coordenador da UTI especialista em medicina intensiva, coordenador do centro cirúrgico especialista.

UNIDADE	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA					30 DIAS
ESPECIALIDADE	QUANTIDADE POR TURNO	REGIME	PLANTÃO	TIPO	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
CLINICA MÉDICA	3	PRESENCIAL DIRUNO	12H	PJ	1850	R$ 166.500,00
	3	PRESENCIAL NOTURNO	12H	PJ	1850	R$ 166.500,00
CIRURGIA GERAL	1	PRESENCIAL DIURNO	12H	PJ	2100	R$ 63.000,00
	1	SOBREAVISO NOTURNO	12H	PJ	1050	R$ 31.500,00
ORTOPEDIA	1	PRESENCIAL DIRUNO	12H	PJ	2100	R$ 63.000,00
	1	SOBREAVISO NOTURNO	12H	PJ	1050	R$ 31.500,00
GINECOLOGIA / OBSTETRICIA	1	PRESENCIAL DIRUNO	12H	PJ	2100	R$ 63.000,00
	1	SOBREAVISO NOTURNO	12H	PJ	1050	R$ 31.500,00
PEDIATRIA	1	PRESENCIAL DIRUNO	12H	PJ	2100	R$ 63.000,00
	1	SOBREAVISO NOTURNO	12H	PJ	1050	R$ 31.500,00
					TOTAL	R$ 711.000,00

UNIDADE	INTERNAÇÃO - ENFERMARIA					30 DIAS
ALA	QUANTIDADE LEITOS	MÉDICO DIARISTA	PLANTÃO	TIPO	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
CLINICA MÉDICA	12	1	6H	PJ	900	R$ 27.000,00
PEDIATRIA	4					
CLINICA CIRÚRGICA	20					
OBSTETRICIA	4					
					TOTAL	R$ 27.000,00

UNIDADE	CENTRO-CIRURGICO						
3 SALAS + 2 RPA							
MÉDICOS	QUANTIDADE	REGIME	PLANTÃO	TIPO	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL	
ANESTESISTA	2	PRESENCIAL DIURNO	12H	PJ	2100	R$ 126.000,00	30 DIAS
	1	NOTURNO		PJ	2100	R$ 63.000,00	30 DIAS
VIRURGIÃO VASCULAR	1	PRESENCIAL DIURNO	12H	PJ	2100	R$ 25.200,00	12 DIAS
CIRURGIÃO GERAL	1	PRESENCIAL DIURNO	12H	PJ	2100	R$ 25.200,00	12 DIAS
GINECOLOGISTA	1	PRESENCIAL DIURNO	12H	PJ	2100	R$ 25.200,00	12 DIAS
ORTOPEDISTA	1	PRESENCIAL DIURNO	12H	PJ	2100	R$ 25.200,00	12 DIAS
					TOTAL	R$ 289.800,00	

UNIDADE	TERAPIA INTENSIVA					30 DIAS
UTI - LEITOS	MÉDICOS	REGIME	PLANTÃO	TIPO	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
1	VISITADOR	DIURNO	6H	PJ	1000	R$ 30.000,00
1	PLANTONISTA	PRESENCIAL DIURNO	12H	PJ	2000	R$ 60.000,00
1	PLANTONISTA	PRESENCIAL NOTURNO	12H	PJ	2000	R$ 60.000,00

1	COORDENADOR RT	SOBREAVISO	24H	PJ	500	R$ 15.000,00
					TOTAL	R$ 165.000,00

UNIDADE	SADT	RX E US					
MÉDICOS	QUANTIDADE	REGIME	PLANTÃO	TIPO	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL	
RADIOLOGISTA	1	SOBREAVISO	24H	PJ	1800	R$ 54.000,00	30 DIAS

UNIDADE	AMBULATÓRIO						
ESPECIALIDADE	QUANTIDADE	REGIME	PLANTÃO	TIPO	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL	
VASCULAR	1	DIURNO	6H	PJ	1100	R$ 13.200,00	12 DIAS
GINECOLOGIA / OSTETRICIA	1	DIURNO	6H	PJ	1100	R$ 13.200,00	12 DIAS
PEDIATRIA	1	DIURNO	6H	PJ	1100	R$ 13.200,00	12 DIAS
CIRURGIA GERAL	1	DIURNO	6H	PJ	1100	R$ 13.200,00	12 DIAS
ORTOPEDIA	1	DIURNO	6H	PJ	1100	R$ 13.200,00	12 DIAS
CARDIOLOGIA	1	DIURNO	6H	PJ	1100	R$ 13.200,00	12 DIAS
INFECTOLOGIA	1	DIURNO	6H	PJ	1100	R$ 13.200,00	12 DIAS
					TOTAL	R$ 92.400,00	

DIRETORIAS E COORDENAÇÕES MÉDICAS						
ÁREA	LOCAL	DESCRIÇÃO	PROFISSIONAIS	CH SEMANAL	TIPO	SALARIO POR MÊS
DIREÇÃO / COORDENAÇÃO	DIRETORIA	DIRETOR TECNICO	1 MÉDICO	40H	PJ	R$ 18.000,00
	NIR	CORRDENADOR MÉDICO- NIR	1 MÉDICO REGULADOR	20H		R$ 8.000,00
	CCIH	CORRDENADOR MÉDICO -CCIH	1 MÉDICO INFECTOLOGISTA	20H		R$ 8.000,00
	UTI	COORDENADOR MÉDICO – UTI (MEDICINA INTENSIVA)	1 MEDICO INTENSIVISTA	20H		R$ 12.700,00
	CENTRO CIRÚGICO	CORRDENADOR MÉDICO	1 MEDICO	20H		R$ 12.700,00
					TOTAL	R$ 59.400,00

6.3.2. Protocolos de Enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de Ambulatório e Urgência.

Protocolos de Enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas: Ambulatório; Urgência	
POP 01	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO
POP 02	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA NASOGÁSTRICA/ENTERAL
POP 03	APLICAÇÃO DE COMPRESSA FRIA
POP 04	APLICAÇÃO DE COMPRESSA MORNA
POP 05	TROCA DE SOLUÇÃO DO DRENO DE TÓRAX
POP 06	VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)
POP 07	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ENDOTRAQUEAIS SISTEMA FECHADO
POP 08	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ENDOTRAQUEAIS SISTEMA FECHADO – TRAQUEOSTOMIAS PORTEX E RUSH
POP 09	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ORAIS E NASAIS
POP 10	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS
POP 11	ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO
POP 12	BANHO DE ASPERSÃO COM AJUDA
POP 13	BANHO NO LEITO
POP 14	COLETA DE FEZES PARA EXAME PROTOPARASITOLOGICO
POP 15	COLETA DE URINA DE 24 HORAS
POP 16	COLETA DE URINA PARA ANÁLISE BIOQUÍMICA
POP 17	COLETA DE URINA PARA UROCULTURA
POP 18	COLOCAÇÃO E RETIRADA DE BINGO/PAPAGAIO
POP 19	COLOCAÇÃO E RETIRADA DE COMADRE / APARADEIRA
POP 20	CONFERÊNCIA DE CARRINHO DE PARADA
POP 21	CONTROLE DA GLICEMIA
POP 22	CONTROLE DA RESPIRAÇÃO
POP 23	CONTROLE DE PULSO
POP 24	CUIDADO AO PACIENTE COM PEDICULOSE

POP 25	CURATIVO DE CATETERES, INTRODUTORES E FIXADORES EXTERNOS
POP 26	CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA SIMPLES
POP 27	CURATIVO DE INCIÇÃO CIRÚRGICA COM DEISCÊNCIA E/OU SAÍDA DE SECREÇÃO
POP 28	CURATIVO DE INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL
POP 29	ENCAMINHAMENTO DE MATERIAL PARA EXAME (BIOLÓGICO)
POP 30	HIGIENE ORAL
POP 31	HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS
POP 32	LAVAGEM DE CABEÇA
POP 33	LAVAGEM GÁSTRICA
POP 34	LAVAGEM INTESTINAL
POP 35	LAVAGEM VESICAL
POP 36	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE COLCHÕES HOSPITALARES
POP 37	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ESFIGMOMANÔMETRO
POP 38	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ESTETOSCÓPIO
POP 39	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS
POP 40	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA
POP 41	NORMAS BÁSICAS DE MEDICAÇÃO
POP 42	OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL
POP 43	OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI
POP 44	OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA FACIAL
POP 45	PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE
POP 46	PREPARO DO LEITO SEM PACIENTE
POP 47	PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO
POP 48	RETIRADA DE CATÉTER VENOSO CENTRAL
POP 49	SONDAGEM NASOGÁSTRICA
POP 50	SONDAGEM NASOENTERAL
POP 51	SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO
POP 52	SONDAGEM VESICAL DE DEMORA

POP 01 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

1 -FINALIDADE:

Auxiliar no tratamento depatologias.

2 -LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva e Pronto Atendimento.

3 -RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOSCRÍTICOS:

Verificação do medicamento prescrito;

Verificação da via de administração;

Verificação de paciente certo;

Verificação de dose;

Verificação de horário.

5 -MATERIAL:

Gaze; Medicação prescrita; Lenço de papel; Bandeja; Luva de procedimento se necessário.

6 -DESCRIÇÃODATÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Higienizar as mãos;
2. Conferir a prescrição médica, preparo material e levá-lo numa bandeja até o paciente;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Utilizar luvas de procedimento;
5. Administrar medicação na via certa (prescrita);
6. Recolher o material e numa bandeja e encaminhara o expurgo;
7. Higienizar as mãos;
8. Checar o procedimento;
9. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

7- RECOMENDAÇÕES:

Via ocular

Caso tenham sido prescritas gotas e pomada, as gotas devem ser instiladas primeiramente;
Utilizar um novo lenço de papel absorvente para cada olho para evitar contaminação cruzada;
Se apontado conta-gotas ou pomada for contaminada, descarte-os e providencie outro estéril.

Via auricular

Para aplicação de cremes,faz-se um fuso de gaze colocando creme na extremidade;
Deve-se introduzir no ouvido como auxílio e uma pinça;
A medicação deve ser administrada em temperatura ambiente, se estiver guarda da em geladeira, retirar e aguardar o tempo necessário.
Orientar o paciente para permanecer alguns minutos em posição lateral, para evitar refluxo da medicação.
Se o cliente apresentar vertigem, mantenha a grade lateral do leito levantada e ajude-o durante o procedimento, se necessário.

Via nasal

Orientar o paciente a não assuar o nariz imediatamente após a instilação da medicação, apesar do desconforto que ela pode vir a causar.

Via oral

Todo medicamento deve ser checado possua administração e, se não foi dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo no espaço reservado para anotação de enfermagem.
Deve-se observar e anotar qualquer tipo de reação por um paciente após receber determinado medicamento.
Caso o paciente se mostre confuso ou desorientado, é necessário verificar o interior de sua boca para se certificar de que ele engoliu a medicação.
Se o cliente recusar alguma medicação, registre a recusa e notifique o enfermeiro
Caso não haja possibilidadede opaciente deglutir cápsulas, não se deve abrilas e administrar seu conteúdo diluído.
Nesse caso, recomenda-se verificar com o médico a possibilidade de alteração da terapêutica medicamentosa.

Via sublingual

Advirta o cliente a não mastigar o comprimido nem tocá-lo com a língua, para evitar de glutição acidental.
Em medicações com ação anti-hipertensiva, verificara pressão arterial a cada 30 minutos por 2hora sem média.
Em casos de reações adversas, comunicar enfermeiro e médico;
Verificar o nível de consciência do paciente afim de avaliar se a terapia medicamentosa por via

sublingual deve ser revista junto ao médico.

POP 02 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA NASOGÁSTRICA/ENTERAL

1- FINALIDADE:

Administrar medicações por sonda a pacientes com impossibilidades, dificuldades ou contraindicações de deglutição.

2- LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva e Pronto Atendimento.

3 -RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOSCRÍTICOS:

Obstrução da sonda; Má absorção por via gástrica; Má localização da sonda; Refluxo gástrico e Broncoaspiração.

5 -MATERIAL:

Bandeja, triturador de comprimido e medicação prescrita, seringas, luva de procedimento, estetoscópio, copo com água filtrada, cuba-rim, gaze, papel toalha e fita adesiva/etiqueta.

6 -DESCRIÇÃODATÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Conferir a prescrição médica;
2. Fazer etiquetas de identificação com informações do paciente e medicamento;
3. Reunir o material e numa bandeja;
4. Higienizar as mãos;
5. Retirar o medicamento e:

*Se for solução–aspirados e prescrita com uma seringa de 10 ou 20ml;

*Se for comprimido–retirar da embalagem, triturar até tornar pó, diluírem 10ml de água potável e aspirar com seringa de 10 ou 20ml.

6. Identificar a seringa com etiqueta;
7. Levar a bandeja até o quarto e colocá-la na mesa de cabeceira;

8. Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante;
9. Solicitar ao paciente fique sentado ou colocá-lo em posição de “Fowler” ou “semi-Fowler”;
10. Higienizar as mãos se calçar luvas de procedimento;
11. Testar a permeabilidade e o posicionamento da sonda;
12. Adaptar seringa na sonda;
13. Injetar lentamente toda a medicação;
14. Após a última administração, lavar a sonda/gastrostomia sob pressão com água potável;
15. Deixar a sonda fechada e manter o paciente confortável;
16. Reunir o material utilizado;
17. Retiraras luvas e higienizar as mãos;
18. Checar o procedimento;
19. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. Realizar o teste de posicionamento da sonda (ausculta) certificando-se da localização da mesma, ante da administração da medicação;
2. Anotar o total de líquidos infundidos, incluindo a diluição, afim de garantir o controle do balanço hídrico;
3. Medicações oleosas e com revestimento entérico ou comprimidos ou cápsulas deliberação controlada são contraindicadas para administração por SNG. Medicações oleosas aderem à parede da sonda e resistem a mistura com soluções de irrigação e o esmagamento de comprimidos com revestimento entérico ou deliberação controlada, para facilitar o transporte através da sonda, destrói as suas propriedades pretendidas;
4. Após administração da medicação injetar.

Crianças

SNGnº8FR–5ml de água filtrada
SNGnº10FR–7ml de água filtrada
SNEnº6FR–8ml de água filtrada
SNEnº8FR–10ml de água filtrada

Adulto

SNEou SNG–20ml de água filtrada

Observação:

Evite s e m p r e que possível esquemas de medicamentos que frequentemente interrompam a alimentação gastroentérica; Dissolver e administrar cada medicamento separadamente,

lavando a sonda com água potável entre as medicações;

No caso de SNG aberta, o tempo de fechamento da sonda é em torno de 60 minutos, variando conforme o tempo de absorção da medicação.

POP 03 - APLICAÇÃO DE COMPRESSA FRIA

1 -FINALIDADE:

Diminuir hipertermia, diminuir dor e conter edema e hematoma, diminuir a inflamação por meio da redução do fluxo sanguíneo.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 -RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos deenfermagem.

4 -MATERIAL:

Bolsa plástica ou térmica, gelo ou água gelada, compressa ou lençóis.

5 -DESCRIÇÃODATÉCNICA:

Equipe de Enfermagem

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. Preencher o interior da(s) luva(s) com água gelada ou gelo e amarrar a parte do punho ou preencher o interior da bolsa térmica e fechá-la firmemente;
3. Verificar se não há vazamento;
4. Testar a temperatura da luva/bolsa térmica no seu próprio braço;
5. Envolver a luva/bolsa térmica em compressa ou lençol;
6. Aplicar na região indicada;
7. Acompanhar o procedimento;
8. Registrar na evolução de enfermagem / checar na prescrição.

Periodicidade

De acordo com a prescrição médica do paciente.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Para baixar a temperatura corporal, aplicar compressas de gelo preferencialmente nas regiões fronto-temporal, axilar e inguinal bilateral, devido à superficialidade de vasos calibrosos, o que facilita a liberação de calor e promove a redução da temperatura;

2. Providenciar banho morno - o banho morno gera menos desconforto do que o banho frio;
3. Durante o período de calafrios, cobrir o paciente e protegê-lo de correntes de ar;
4. O resfriamento intenso de uma área corporal pode produzir queimaduras;
5. Observar locais de hiperemia principalmente em pacientes comatosos e crianças;
6. Aumentar a ingestão de líquidos, se não houver contraindicação.

POP 4 - APLICAÇÃO DE COMPRESSA MORNA

1 -FINALIDADE:

Favorecer a vasodilatação, proporcionar aquecimento e aliviar a dor e espasmo local, facilitar processos supurativos e dar conforto ao paciente.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 -RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos deenfermagem.

4 -MATERIAL:

Luvas de procedimento, água morna, compressas/ lençóis, bolsa térmica.

5 -DESCRIÇÃODATÉCNICA:

Equipe de Enfermagem

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. Preencher o interior da bolsa térmica e fechar firmemente;
3. Verificar se não há vazamento;
4. Testar a temperatura da bolsa térmica no seu próprio braço;
5. Envolver a bolsa térmica em compressa ou lençol;
6. Aplicar na região a ser aquecida;
7. Acompanhar o procedimento;
8. Retirar a bolsa térmica após o esfriamento;
9. Registrar na evolução de enfermagem/checar na prescrição.

Periodicidade

De acordo com a prescrição médica do paciente.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Solicitar água morna na copa/serviço de nutrição;
2. Verificar a temperatura da água antes de colocá-la na bolsa térmica;
3. Verificar as características da pele antes e após o procedimento.

POP 05 – TROCA DE SOLUÇÃO DO DRENO DE TÓRAX

1- FINALIDADE:

Evitar refluxo de líquido drenado, prevenir infecções e medir volume drenado.

2- LOCAL DE EXECUÇÃO: Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3- RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem

4- MATERIAL:

Luvas de procedimento;
Soro fisiológico ou água estéril 500 ml;
Aparadeira estéril;
Frasco graduado S/N;
Campo estéril.

5- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Abrir o frasco de soro fisiológico ou água estéril;
6. Abrir o pacote de compressa estéril;
7. Clampar o dreno o mais próximo possível do tórax do paciente;
8. Abrir o frasco de drenagem;
9. Proteger a extremidade do dreno e tampa do frasco com compressa estéril e dispô-los em local seguro (troca feita por uma pessoa);
10. Colocar o líquido drenado em cálice graduado, observando o volume e aspecto;
11. Lavar o frasco com SF ou água destilada e desprezar o líquido;

12. Colocar soro fisiológico ou água estéril no frasco, até o nível indicado pelo fabricante;
13. Fechar o frasco;
14. Desclampar o dreno;
15. Assegurar-se do bom funcionamento do sistema de drenagem;
16. Rotular o frasco com: volume, data, hora e assinatura;
17. Retirar a luva e lavar as mãos;
18. Recompor a unidade;
19. Deixar o paciente confortável;
20. Registrar no prontuário aspecto, quantidade, coloração da secreção

Periodicidade

Diariamente.

POP 06 – VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)

1- FINALIDADE:

Verificar a pressão com que o sangue entra no átrio direito, detectar desequilíbrios hemodinâmicos e monitorar o retorno venoso.

2- LOCAL DE EXECUÇÃO: Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3- RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem

4- MATERIAL:

Suporte para soro;
Frasco de soro fisiológico 500 ml;
Equipo próprio para PVC com régua graduada;
Fita adesiva;
Régua própria para PVC com nível de água.

5- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Adaptar o equipo de PVC ao frasco de soro (no posto de enfermagem) encher todo o equipo com soro e fechá-lo;
2. Fixar a fita graduada no suporte de soro deixando o ponto zero na altura do leito;

3. Colocar o paciente em decúbito dorsal;
4. Retirar coxins, travesseiros e baixar a cabeceira até nivelar o leito em linha reta;
5. Alinhar o tórax, os braços e as pernas ao longo do corpo;
6. Colocar uma das extremidades da régua na linha axilar média e a outra extremidade no suporte de soro, onde está fixada a régua de papel;
7. Centralizar a bolha d'água e anotar o ponto zero correspondente (a porção superior da régua);
8. Pendurar o frasco de soro no suporte e fixar o equipo com a fita adesiva no nível do Y e na extremidade do equipo;
9. Abrir as pinças correspondentes ao paciente e a da coluna de água e mantendo a via do soro fechada;
10. Observar a queda da coluna d'água até a oscilação estabilizar;
11. Considerar o limite inferior da oscilação e contar os pontos tendo como referência o ponto zero, previamente marcado;
12. Fechar a via da PVC e abrir a via do soro;
13. Posicionar o paciente de maneira confortável;
14. Anotar o valor obtido no prontuário do paciente

Periodicidade

De acordo com orientação médica.

6– RECOMENDAÇÕES

1. Na mensuração da PVC, os valores acima de zero são positivos (+) e abaixo de zero são negativos (-);
2. Os valores normais da PVC na linha axilar média estão entre 8 – 12 cm de H20;
3. Se o paciente estiver em ventilação mecânica, deve-se desconectar o respirador no momento da mensuração da PVC;
4. Se o volume da água não descer ou o valor obtido for muito alto, verificar se o cateter central não está obstruído;
5. O soro e o equipo de PVC devem ser trocados a cada 24 horas e sempre que necessário;
6. Não se deve verificar PVC com soluções que contenham medicamentos que exijam controle rigoroso. (Ex: Dopamina, Nitroprussiato de sódio, etc) e cujo aumento ou redução da dosagem possa provocar oscilações bruscas da pressão arterial e frequência

respiratória ou cardíaca;

A PVC só poderá ser verificada após confirmação do posicionamento do cateter central através de Raio X.

POP 07 - ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ENDOTRAQUEAIS SISTEMA FECHADO

1 - FINALIDADE:

É conservar a via aérea limpa e pérvia, proporcionando uma ventilação eficaz, através da remoção de secreções.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros, técnicos enfermagem.

4 - MATERIAIS:

Aspirador de secreções, sistema de aspiração fechado (conectado ao paciente), água destilada ou solução fisiológica (seringa de 20 ml), luvas de procedimentos, máscara, óculos para proteção.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Aspirar 20 ml de água estéril ou solução fisiológica em uma seringa;
2. Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível;
3. Lavar as mãos corretamente;
4. Calçar as luvas de procedimentos;
5. Conectar a ponta do sistema de aspiração fechado ao aspirador;
6. Ligar o aspirador;
7. Atentar para o traçado ao monitor cardíaco e a saturação do paciente;
8. Setar no ventilador mecânico o modo de aspiração (FIO2 a 100 % por dois minutos);
9. Desligar o alarme do ventilador mecânico, temporariamente;
10. Girar a trava de segurança do sistema de aspiração fechado;
11. Introduzir a sonda da aspiração por completo no tubo endotraqueal do paciente com o

clampe fechado;

12. Apertar o clampe de aspiração, retirando a sonda lentamente (não ultrapassar 5 segundos);

13. Voltar a fazer o procedimento, quantas vezes forem necessárias;

14. Adaptar a seringa de 20 ml (com água ou solução fisiológica);

15. Lavar a sonda aspirando concomitantemente;

16. Desconectar a seringa (manter protegida a seringa com invólucro estéril);

17. Lavar novamente a válvula de segurança do sistema de aspiração fechado;

18. Desconectar o vácuo do sistema de aspiração fechado;

19. Colocar a tampa protetora do sistema de aspiração fechado;

20. Lavar o intermediário de aspiração;

21. Retirar as luvas e desprezá-las em lixo comum;

22. Lavar as mãos;

23. Anotar no prontuário a hora do procedimento, aspecto, quantidade de secreções e reações do paciente.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Quando o frasco de aspiração estiver com dois terços de sua capacidade, ou antes, do final de cada plantão, o frasco deve ser esvaziado e encaminhado para processamento conforme rotina da unidade. Um frasco limpo deve substituir o mesmo;

2. Intermediários devem ser trocados somente na saída do paciente ou quando o mesmo não necessitar mais do procedimento, ou ainda quando o intermediário apresentar secreções que não saem com facilidade durante a limpeza com água ou solução fisiológica;

3. Intermediários de látex de pacientes colonizados (bactérias multirresistentes) devem ser trocados diariamente – risco de contaminação ambiental;

4. Os intermediários devem ser mantidos com a ponta distal protegida com plástico (pode ser a embalagem da sonda de aspiração utilizada);

5. Não manter conectado o intermediário de aspiração ao sistema de aspiração fechado;

6. Para realizar a aspiração, recomenda-se que o paciente esteja em posição semi-fowler;

7. A aspiração deve ser breve, pois pode acentuar a insuficiência respiratória uma vez que, junto com secreções, o ar é aspirado;

8. A frequência das aspirações é determinada pelo acúmulo de secreções;

9. Não há tempo estabelecido para a troca do sistema fechado, substituir se mal funcionante;

10. Não desconectar o sistema em pacientes com PEEP elevado;

11. É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas

superiores antes de procedimentos como banho, antes de baixar a cabeceira para realizar procedimentos, antes de introduzir alimentos via oral;

12. A ausculta pulmonar é indicada antes e após a realização do procedimento.

POP 08 - ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ENDOTRAQUEAIS SISTEMA FECHADO – TRAQUEOSTOMIAS PORTEX E RUSH

1 - FINALIDADE:

É conservar a via aérea limpa e pérvia, proporcionando uma ventilação eficaz, através da remoção de secreções.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva**.**

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros, técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAIS:

Aspirador de secreções, sistema de aspiração fechado (conectado ao paciente), água destilada ou solução fisiológica (seringa de 20 ml), luvas de procedimentos,
máscara, óculos para proteção.

5 - DESCRIÇÕES DA TÉCNICA

1. Aspirar 20 ml de água estéril ou solução fisiológica em uma seringa;
2. Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível;
3. Lavar as mãos corretamente;
4. Calçar as luvas de procedimentos;
5. Conectar a ponta do sistema de aspiração fechado ao aspirador;
6. Ligar o aspirador;
7. Atentar para o traçado ao monitor cardíaco e a saturação do paciente;
8. Setar no ventilador mecânico o modo de aspiração (FIO2 a 100 % por dois minutos);
9. Desligar o alarme do ventilador mecânico, temporariamente;
10. Girar a trava de segurança do sistema de aspiração fechado;
11. Introduzir a sonda da aspiração na traqueostomia até a metade ou até

estimular a tosse do paciente com o clampe fechado;

12. Apertar o clampe de aspiração, retirando a sonda lentamente (não ultrapassar 5 segundos);
13. Voltar a fazer o procedimento, quantas vezes forem necessárias;
14. Adaptar a seringa de 20 ml (com água ou solução fisiológica);
15. Lavar a sonda aspirando concomitantemente;
16. Desconectar a seringa (manter protegida a seringa com invólucro estéril);
17. Travar novamente a válvula de segurança do sistema de aspiração fechado;
18. Desconectar o vácuo do sistema de aspiração fechado;
19. Colocar a tampa protetora do sistema de aspiração fechado;
20. Lavar o intermediário de aspiração;
21. Retirar as luvas e desprezá-las em lixo comum;
22. Lavar as mãos;
23. Anotar no prontuário a hora do procedimento, aspecto, quantidade de secreções e reações do paciente.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Quando o frasco de aspiração estiver com dois terços de sua capacidade, ou antes, do final de cada plantão, o frasco deve ser esvaziado e encaminhado para processamento conforme rotina da unidade. Um frasco limpo deve substituir o mesmo;
2. Intermediários devem ser trocados somente na saída do paciente ou quando o mesmo não necessitar mais do procedimento, ou ainda quando o intermediário apresentar secreções que não saem com facilidade durante a limpeza com água ou solução fisiológica;
3. Intermediários de látex de pacientes colonizados (bactérias multirresistentes) devem ser trocados diariamente – risco de contaminação ambiental;
4. Os intermediários devem ser mantidos com a ponta distal protegida com plástico (pode ser a embalagem da sonda de aspiração utilizada);
5. Não manter conectado o intermediário de aspiração ao sistema de aspiração fechado;
6. Para realizar a aspiração, recomenda-se que o paciente esteja em posição semi-fowler;
7. A aspiração deve ser breve, pois pode acentuar a insuficiência respiratória uma vez que, junto com secreções, o ar é aspirado;
8. A frequência das aspirações é determinada pelo acúmulo de secreções;
9. Não há tempo estabelecido para a troca do sistema fechado, substituir se mal funcionante;
10. Não desconectar o sistema em pacientes com PEEP elevado;
11. É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores

antes de procedimentos como banho, antes de baixar a cabeceira para realizar procedimentos, antes de introduzir alimentos via oral;

12. A ausculta pulmonar é indicada antes e após a realização do procedimento;

13. Os curativos das traqueostomias devem ser feitos três vezes ao dia, ou sempre que necessário, conforme "protocolo de curativo de traqueostomias" (ainda não elaborado);

Lembrar: em pacientes curarizados, ou muito sedados, ou ainda com estímulo da tosse prejudicado, introduzir apenas a metade da sonda de aspiração ou até encontrar resistência, não ultrapassando-a.

POP 09 - ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ORAIS E NASAIS

1 - FINALIDADE:

É conservar a via aérea limpa e pérvia, proporcionando uma ventilação eficaz, através da remoção de secreções.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva e Pronto Atendimento.

3 - RESPONSABILIDADE

Enfermeiros, técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAIS:

Aspirador de secreções, sondas de aspiração, água destilada ou solução fisiológica, gazes, luvas de procedimento, máscara, óculos para proteção.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Reunir o material e colocar próximo ao paciente;
2. Lavar as mãos corretamente;
3. Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível;
4. Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador (mantendo-a dentro do invólucro;
5. Calçar as luvas de procedimentos;
6. Segurar a extremidade da sonda com uma gaze ou calçar a luva plástica estéril na mão que irá aspirar;
7. Retirar a sonda do pacote com a mão calçada na luva plástica;
8. Ligar o aspirador;

9. Pinçar o látex de aspiração;
10. Introduzir a sonda na cavidade nasal (pinçada) e abrir quando estiver introduzida;
11. Retirar a sonda lentamente, com movimentos circulares;
12. Voltar a fazer o procedimento, quantas vezes forem necessárias;
13. Introduzir a sonda na cavidade oral pinçada;
14. Retirar lentamente com movimentos circulares;
15. Limpar a sonda de aspiração e o intermediário com água estéril (remoção do muco e secreções aderentes);
16. Desprezar a sonda de aspiração em lixo comum;
17. Retirar as luvas;
18. Lavar as mãos;
19. Anotar no prontuário a hora do procedimento, aspecto, quantidade de secreções e reações do paciente.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Quando o frasco de aspiração estiver com dois terços de sua capacidade, ou antes, do final de cada plantão, o frasco deve ser esvaziado e encaminhado para processamento conforme rotina da unidade. Um frasco limpo deve substituir o mesmo;
2. Não é necessária a técnica asséptica, porém são necessárias as precauções padrão;
3. Os intermediários devem ser mantidos com a ponta distal protegida com plástico (pode ser a embalagem da sonda de aspiração utilizada);
4. Para realizar a aspiração, o paciente deve estar em posição sentada ou em semi-fowler;
5. Quando for necessário aspirar as duas cavidades – nasal e oral, faz-se primeiro a aspiração nasal e depois a aspiração da boca e faringe;
6. A aspiração deve ser breve, pois pode acentuar a insuficiência respiratória uma vez que, junto com secreções, o ar é aspirado;
7. A frequência das aspirações é determinada pelo acúmulo de secreções
8. Aspirações sem necessidade aumentam o risco de infecção e lesões;
9. Intermediários devem ser trocados somente na saída do paciente ou quando o mesmo não necessitar mais do procedimento, ou ainda quando o intermediário apresentar secreções que não saem com facilidade durante a limpeza com água ou solução

fisiológica;

10. Intermediários de látex de pacientes colonizados (bactérias multirresistentes) devem ser trocados diariamente – risco de contaminação ambiental;
11. Não conectar nova sonda ao aspirador;
12. Não limpar a sonda entre as aspirações com líquidos em recipiente não estéril (copinhos, frascos);

É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores antes de procedimentos como banho, antes de baixar a cabeceira para realizar procedimentos, antes de introduzir alimentos via oral.

POP 10 - ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS

1- FINALIDADE:

Manter as vias aéreas desobstruídas e melhorar a troca gasosa.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva e Pronto Atendimento.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Hipoxemia; arritmias cardíacas; parada cardíaca; Broncoaspiração; traumatismo da mucosa traqueal; micro atelectasias; alteração da PCO2; hipertensão arterial; aumento da pressão intracraniana; infecções; ansiedade.

5 – MATERIAL:

Bandeja, aspirador, frasco de aspiração, máscara, óculos, gorro, avental, sonda de aspiração, gaze, luvas estéril e de procedimento, SF 0,9% ou água destilada, ressuscitador manual, fonte de oxigênio.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS INFERIORES

1. Reunir o material e levar ao quarto;

2. Explicar o procedimento ao paciente e tranquiliza-lo durante todo o procedimento;
3. Higienizar as mãos;
4. Colocar o cliente em Semi-Fowler ou Fowler, se for tolerável e interromper a dieta;
5. Abrir a embalagem da sonda (somente a parte que conecta na extensão do tubo coletor) utilize o restante da embalagem para protegê-la, mantendo-a estéril, adapte-a a extensão do aspirador;
6. Colocar a máscara descartável, gorro, avental e óculos protetores e luvas estéreis;
7. Regular a pressão do aspirador/vacuômetro com a mão considerada não estéril (não dominante), mantendo a pressão, conforme recomendado;
8. Proporcionar hiperoxigenação do paciente, conectando ao ventilador mecânico por 30 segundos, de três formas:

a. Pressionar o botão de hiperoxigenação no ventilador; ou

b. Aumentar o nível de FiO2 para 100% no ventilador; ou

c. Desconectar o ventilador e conectar o ressuscitador manual para a realização de seis ventilações em 30 segundos.

9. Para o paciente em ventilação espontânea com tubo endotraqueal, a hiperoxigenação e hiperventilação também devem ser realizadas:

a. Aumentar o fluxo de oxigênio e orientar o paciente a realizar inspirações profundas antes do procedimento ou ventilar quatro ou cinco vezes com o ressuscitador manual conectado ao oxigênio;

10. Desconectar o ventilador mecânico com a mão enluvada, não estéril, protegendo a conexão em Y do circuito;
11. Com a mão não dominante segurar a parte da sonda não estéril e com a mão dominante, retirar a sonda de forma a mantê-la estéril;
12. Lubrificar a sonda com água destilada ou soro fisiológico 0,9% (estéril) e manter o frasco com a solução próximo ao leito para a limpeza das extensões após o término do procedimento;
13. Com a mão dominante (estéril), introduzir a sonda no tubo mantendo a extensão clampeada para não aplicar sucção até encontrar resistência e, então, retirar a sonda 1 a 2 cm antes de aplicar sucção;
14. Desclampear a extensão e aspirar retirando a sonda com movimentos circulares. Esta etapa não deve exceder a 10 segundos;
15. Reconectar o tubo do paciente ao ventilador, deixando-o descansar por pelo menos 30s;
16. Se necessário, repetir o procedimento, mas não realizar mais do que três ou quatro

aspirações por sessão;

17. Ao término da aspiração traqueal, promover a limpeza da sonda com água destilada ou SF 0,9 % e realizar aspiração nasal e oral. Após todas as aspirações, lave a extensão do aspirador com solução estéril e despreze a sonda enrolando- a na mão e puxando a luva sobre ela;
18. Deixa o paciente confortável;
19. Recolher o material utilizado e encaminhar o material permanente ao expurgo e desprezar os resíduos em local adequado;
20. Higienizar as mãos e retirar os EPIs;
21. Auscultar os pulmões do paciente e reavaliar suas condições clínicas;
22. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário, anotando o aspecto, volume e coloração da secreção aspirada.

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES: **(Repetir os itens de 01a 04)**

1. Colocar a máscara descartável, luvas de procedimento, gorro, avental e óculos protetores;
2. Adaptar o vacuômetro (parede) ou aspirador (portátil) ao frasco coletor, ligar a aspiração, e regular a pressão conforme recomendações. Ocluir a ponta do tubo de conexão para verificar a pressão de aspiração;
3. Abrir o invólucro da sonda e adapte-a à extensão do aspirador e regule a pressão do aspirador/vacuômetro;
4. Lubrifique a sonda com água destilada ou soro fisiológico 0,9%, introduza a sonda em uma das narinas (+- 13 a 15 cm) clampeada (sem aplicar sucção) e aspire retirando a sonda, em movimento circular, por no máximo 15 s;
5. Retire lentamente a sonda e deixe o paciente descansar por 20 a 30 s;
6. Aspire a cavidade oral utilizando a cânula de Guedel. Se necessário, troque a sonda e insira o cateter na boca do cliente e faça avançá-lo de 7,5-10cm pelo lado da boca do cliente até alcançar o acúmulo de secreções ou até que comece a tossir;
7. Proporcionar 2-3minutos de descanso, enquanto o paciente continua a respirar oxigênio e/ou usar ressuscitador manual ligado ao O2;
8. Lavar a sonda e intermediário no frasco de solução salina sempre que necessário;
9. Após a sessão, lave a extensão do aspirador com solução estéril e despreze a sonda enrolando- a na mão e puxando a luva sobre ela;
10. Fechar o vácuo e desprezar a sonda no saco de lixo;

11. Repetir os itens de 18, 19, 20 e 22.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. O calibre da sonda de aspiração não deve ser superior a metade do diâmetro da cânula endotraqueal ou de traqueostomia;

2. Observar o paciente durante, oxigenando-os nos intervalos e conectando o respirador ao paciente com uso de ventilação mecânica;

3. O funcionário deve utilizar máscara facial e óculos de proteção para proceder à aspiração como proteção pessoal;

4. Para melhor eficácia na aspiração, a cabeça do paciente deve ser tracionada para a direita, para aspirar o brônquio esquerdo e, ao contrário, para aspirar o brônquio direito, com cuidado para não deslocar a cânula endotraqueal;

5. A técnica de aspiração de cânula endotraqueal e da traqueostomia deve ser asséptica e feita conforme prescrição médica e de enfermagem. A aspiração frequente e a higiene oral adequada previnem infecções do trato respiratório que podem ser fatais em pacientes de terapia intensiva;

6. O uso de instilação com soro fisiológico para fluidificar secreções deve ser limitado a casos de rolhas e obstrução que não se reverta somente com aspiração. Neste caso, instila-se 1 ml de SF 0,9% e aspira-se imediatamente. Este procedimento ajuda a fluidificar a secreção, no entanto pode causar hipoxemia, além de infecções;

7. A pressão de aspiração de parede recomendada é de 100 a 140 mmHg em adultos, de 95 a 100 mmHg em crianças e de 50 a 95 mmHg em recém-nascidos. No uso de máquina de aspiração portátil, a pressão de aspiração recomendada é de 10 a 15 mmHg em adultos, de 5 a 10 mmHg em crianças e 2 a 5 mmHg em recém-nascidos;

8. Deve ser utilizada com cuidado em casos de sangramento nasofaríngeo ou de extravasamento de líquido cerebrospinal para a área nasofaríngea, em clientes que sofreram traumatismo, naqueles medicados com terapia anticoagulante, e nos clientes portadores de discrasias sanguíneas, porque aumentam o risco de sangramento;

9. Deve-se interromper a dieta e administração de medicamentos durante o procedimento, devido à possibilidade de ocorrer vômitos e aspiração pulmonar (OLIVEIRA; ARMOND; TEDESCO, 2001, DREYER et al., 2003).

POP 11 - ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AO PACIENTES COM TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO

1 - FINALIDADE:

Otimizar o fluxo de usuários do Hospital, sendo APLICADO a todos os usuários que procuram o serviço

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Pronto atendimento.

3 - RESPONSABILIDAE:

Enfermeiros

3 - DESCRIÇÃO:

Passos:

1. Acolhimento;
2. Identificar o motivo da procura ao serviço;
3. Identificar risco e vulnerabilidade;
4. Classificar as prioridades de acordo com o protocolo estabelecido;
5. Encaminhar para atendimento;

4 - RECOMENDAÇÕES

vermelho *(att imediato pelo plantonista da Emergência, após solicita o neurocirurgião)*

TCE agudo grave - em coma (Glasgow <8)

TRM com déficit neurológico <6 horas

Neurocirurgia Recente com rebaixamento de consciência

laranja *(att em 10 minutos pelo plantonista da Emergência, após solicita o neurocirurgião)*

TCE agudo moderado – Glasgow 9-13

TRM com déficit neurológico <24hs

amarelo *(att em até 60 minutos pelo plantonista da Emergência, após solicita o neurocirurgião)*

TCE agudo leve – Glasgow 14-15

TRM com déficit neurológico >24hs

Neurocirurgia Recente com piora dos sintomas ou aparecimento de novos sintomas neurológicos sem rebaixamento de consciência

verde (*att em até 120 minutos pelo plantonista da Emergência, após solicita o neurocirurgião)*

TCE leve recente (até 3 meses) com pior dos sintomas ou com sinais neurológicos como cefaleia intensa, vômitos, déficit motor

Neurocirurgia Recente sem piora dos sintomas mas com sinais de complicações de ferida operatória

azul *(att em até 240 minutos)*

Pacientes encaminhados de outras unidades de saúde que não se enquadrem acima, como parecer da Neurocirurgia de pacientes no CAIS ou no interior.

Pacientes que não se enquadrem no perfil de urgências deste hospital devem ser encaminhados ao ambulatório de neurocirurgia em unidade básica de saúde ou ao Centros de saúde mais próximo

POP 12 - BANHO DE ASPERSÃO COM AJUDA

1 - FINALIDADE:

Proporcionar higiene e conforto ao paciente**.**

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias.

3 - RESPONSABILIDADE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

Queimadura por temperatura inapropriada da água;

Queda da própria altura ou da cadeira.

5 - MATERIAL:

Água e sabão, cadeira higiênica, luvas de procedimentos, sabonete e bucha para banho, toalhas de rosto e de banho, roupa íntima, pijama ou camisola, desodorante, pente, água e sabão, compressa e álcool a 70%, lençol, fronha, lençol liso e forro se necessário, compressa e álcool a 70%, água e sabão.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Reunir o material necessário;
2. Orientar o paciente/acompanhante informando como será realizado o procedimento e solicitar sua colaboração;
3. Fechar porta e janela do quarto, se possível;
4. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
5. Higienizar a cadeira de banho passando compressa embebida em álcool 70% e travar a mesma;
6. Retire as vestes do paciente;
7. Colocar o paciente cuidadosamente na cadeira, se necessário, cobrindo-o com toalha ou lençol e encaminhá-lo ao chuveiro;
8. Testar a temperatura da água na face interna de seu braço;
9. Garantir integridade dos equipamentos usados pelo usuário;
10. Oferecer material de higiene ou ajudar o paciente a fazê-lo, iniciando pela face; e, por último, a região íntima;
11. Remover a espuma com a ducha;
12. Ajudar se necessário o paciente a se enxugar com uma toalha;
13. Ajudar o paciente a se vestir e se pentear se necessário;
14. Acompanhar o paciente até o quarto e sentá-lo em cadeira;
15. Orientar possíveis alterações, dores, frio, tremores e comunicar à enfermagem;
16. Trocar as luvas de procedimento;
17. Retirar roupa de cama anterior e descartar em hamper;
18. Realizar desinfecção com álcool a 70% em colchão e travesseiro;
19. Colocar nova roupa de cama e arrumar o leito;
20. Auxiliar o paciente a ir para o leito e deixá-lo confortável;
21. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
22. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. Quando for possível, o paciente deve ser incentivado a tomar o banho sozinho, mas sentado e sob observação;
2. É muito importante verificar a temperatura da água do chuveiro para não provocar acidentes a pacientes que estejam impossibilitados de se locomover;

3. Quando houver curativos, estes devem ser feitos logo após o término do banho;
4. Os cabelos devem ser lavados, as unhas devem ser aparadas e limpas, sempre que necessário;
5. Se for homem verificar a necessidade de tricotomia facial.

Deve-se estimular o auto cuidado.

POP 13 - BANHO NO LEITO

1 - FINALIDADE:

Proporcionar higiene e conforto ao paciente acamado e manter a integridade cutânea.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

1. Em caso de pós operatório e/ou TRM, imobilizações e cirurgia ortopédica deve-se mobilizar o paciente em bloco;
2. Tendência a hipotermia;
3. Erosões e irritação por secagem ou hidratação insuficiente;
4. Queimadura por temperatura inapropriada da água;
5. Queda do leito;
6. Infecções cruzadas por prática deficiente do procedimento, relacionado ao profissional;
7. Infecções por falta de higiene.

5 - MATERIAL:

Água e sabão, biombo, hamper, cadeira, roupa de cama, comadre ou papagaio, luvas de procedimentos, compressa, bacia, jarro com água morna e sabonete, cotonete, creme ou solução hidratante, comadre, roupa íntima, pijama ou camisola, desodorante, roupa de cama, pente, álcool a 70%.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Higienizar as mãos;
2. Orientar o paciente/acompanhante informando como será realizado o procedimento e

solicitar sua colaboração;

3. Desocupar a mesa de cabeceira, isolar o ambiente com o biombo, aproximar o hamper e colocar a cadeira ao pé do leito;
4. Dobrar a roupa de cama limpa e posicioná-la sobre a cadeira na ordem de uso;
5. Reunir todo o material no carrinho de banho (ou mesa de cabeceira);
6. Fechar janelas e portas para evitar corrente de ar;
7. Oferecer comadre ou papagaio ao paciente;
8. Soltar a roupa de cama e deixar o paciente coberto somente com o lençol;
9. Retirar lençóis, cobertores, travesseiros em excesso;
10. Fechar o clamp do equipo de dieta enteral, se houver;
11. Fazer a higiene oral com creme dental ou antisséptico bucal;
12. Abaixar a cabeceira da cama, se não houver contraindicação;
13. Colocar luvas e umedecer com água para iniciar o banho;
14. Higienizar e enxugar o rosto, orelhas e pescoço;
15. Enxugar com toalha de rosto;
16. Retirar as vestes do paciente;
17. Colocar a toalha de banho no tórax do paciente deixando os braços sobre a toalha de banho;
18. Ensaboar, lavar, enxaguar da mão até a axila com movimentos longos e firmes. Iniciar do distal para o proximal;
19. Abaixar a toalha até o abdome e lavar o tórax com movimentos circulares;
20. Subir a toalha até o tórax e ensaboar, lavar, enxaguar e enxugar até o abdome;
21. Limpar a cicatriz umbilical com cotonete umedecido;
22. Cobrir o tórax e abdome com lençol;
23. Higienizar e enxugar os membros inferiores, do tornozelo até a raiz da coxa;
24. Repetir o procedimento no outro membro inferior;
25. Aproximar dos pés do paciente a bacia de água;
26. Higienizar e enxugar ambos os pés e retirar a bacia de água, desprezar a água utilizada;
27. Higienizar e enxugar as costas e nádegas do paciente;
28. Realizar desinfecção da cama com álcool a 70% e forrar com lençol limpo, colocando forro se necessário;
29. Massagear com creme hidratante / TCM;
30. Posicionar o paciente em decúbito dorsal e colocar a comadre e a toalha sob as nádegas;
31. Dar o material para o paciente fazer sua higiene íntima;
32. Caso não seja possível, proceder à higiene;

33. Virar o paciente em decúbito lateral e esticar o outro lado do lençol, procedendo como do outro lado. Voltar o paciente em decúbito dorsal;
34. Vestir o paciente;
35. Explicar a importância da higiene pessoal com base no controle de infecção;
36. Descartar a roupa de cama no hamper;
37. Realizar desinfecção da cabeceira e criado mudo;
38. Fazer a arrumação da cama;
39. Pentear os cabelos do paciente;
40. Recolher o material do quarto, deixando-o em ordem e o paciente confortável;
41. Orientar possíveis alterações como dores, frio, tremores e comunicar à enfermagem;
42. Encaminhar o material ao expurgo;
43. Lavar com água e sabão e encaminhar ao CME e os demais materiais realizarem a desinfecção com álcool a 70% e encaminhar ao destino;
44. Higienizar as mãos;
45. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7 - RECOMENDAÇÕES:

Sempre que possível, o banho no leito deve ser feito por duas pessoas. Durante o procedimento devem ser observadas as condições da pele e das (proeminências) ósseas, para a prevenção de úlcera de pressão. Manter os lençóis sujos sempre longe do seu uniforme.

POP 14 - COLETA DE FEZES PARA EXAME PROTOPARASITOLÓGICO

1- FINALIDADE:

Coleta de fezes para análise da existência de parasitas.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias.

3- RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Orientação inadequada ao paciente;

Paciente urinar nas fezes a serem coletadas.

5- MATERIAL:

Bandeja, recipiente com tampa, etiquetas, comadre, papel higiênico, luvas de procedimento, espátula.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Reunir o material necessário;
2. Identificar o recipiente com dados do paciente;
3. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
4. Levar o material ao quarto do paciente;
5. Explicar o procedimento ao paciente;
6. Solicitar para o paciente evacuar na comadre;
7. Colher uma pequena quantidade da porção média ou final das fezes com uma espátula e colocar no recipiente identificado;
8. Desprezar o resto das fezes no vaso sanitário, descartar a espátula e encaminhar o material ao CME;
9. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
10. Anotar em caderno de protocolo do setor o nome, leito e material coletado a ser entregue no laboratório;
11. Entregar o material no laboratório o mais rápido possível;
12. Realizar anotação de enfermagem no prontuário do Paciente.

7- RECOMENDAÇÕES:

1. Anotar a hora da coleta da amostra, além de: cor, odor, consistência das fezes, características incomuns e se houve dificuldade de eliminação fecal;
2. Não colocar a amostra em geladeira que contenha alimentos ou medicamentos, prevenindo contaminação destes;
3. Orientar o paciente a não urinar no recipiente em que serão coletadas as fezes porque a urina inibe o crescimento das bactérias fecais.

POP 15 - COLETA DE URINA DE 24 HORAS

1 - FINALIDADE:

Coletar toda urina do paciente em 24 horas para realização de exames laboratoriais e medição do volume de urina eliminado nas 24hs.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

1. Orientação inadequada ao paciente;
2. Desprezar inadvertidamente o débito urinário coletado;
3. Perda de amostra por atuação deficiente ou desconhecimento do procedimento.

5 - MATERIAL:

Frasco apropriado para o exame, etiqueta, luvas de procedimento, comadre ou papagaio, cálice graduado.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Reunir o material necessário;
2. Higienizar as mãos;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Desprezar a primeira micção do dia e anotar o horário no frasco;
5. Colher todas as micções do dia e da noite, inclusive a primeira micção do dia seguinte;
6. Tampar o frasco e encaminhar para o laboratório com horário do término da coleta;
7. Higienizar as mãos;
8. Checar na prescrição médica e anotar o volume total no relatório de enfermagem;
9. Protocolar no caderno de exame do setor;
10. Encaminhar o material ao laboratório após completar 24h;
11. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

7- RECOMENDAÇÕES:

Caso a coleta seja realizada pelo paciente:

- Enfatizar que a não coleta, mesmo que seja de apenas uma amostra, durante o período programado, invalidará o exame, implicando no recomeço do procedimento;
- Instruir o cliente a depositar no recipiente toda a urina durante o período de coleta;
- Alertá-lo para não contaminar a urina com fezes ou papel higiênico.

POP 16 - COLETA DE URINA PARA ANÁLISE

BIOQUÍMICA 1- FINALIDADE:

Auxiliar no diagnóstico e no controle da terapêutica da infecção urinária.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias e pronto atendimento.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Contaminação da urina coletada por falha na realização da técnica.

Se for utilizado bolsa coletora com adesivo, pode causar escoriação na pele.

5- MATERIAL:

Sabão/álcool gel, frasco, etiqueta, luva de procedimento, algodão, álcool 70%, agulha 30x8, seringa 20 ml.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Reunir o material necessário em uma bandeja;
2. Identificar o frasco de acordo com a rotina;
3. Higienizar as mãos;
4. Levar o material junto ao paciente;
5. Explicar o procedimento ao paciente;
6. Colocar biombo e/ou fechar a porta do quarto;
7. Realizar a higiene íntima do paciente com sabão neutro, secando a pele e as mucosas com gaze ou toalha, da frente para trás, se necessário. Caso contrário, orientar o paciente a fazê-lo;

8. Na mulher, afastar os grandes lábios, lavar a genitália de frente para trás e não usar duas vezes a mesma gaze. No homem, expor a glande;
9. Enxaguar com bastante água ou gaze umedecida e enxugar com toalha limpa ou gaze;
10. Coletar urina do jato médio (cerca de 10 ml) diretamente em frasco apropriado ou saco coletor;
11. Recolher o material utilizado;
12. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
13. Encaminhar o frasco, ao laboratório, no máximo em 30 minutos;
14. Protocolar no caderno de exames e entregar o material no laboratório com horário da coleta, o mais rápido possível;
15. Encaminhar todo material ao expurgo e desprezar em local apropriado;
16. Checar o procedimento;
17. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário

7- RECOMENDAÇÕES:

1. Nos exames de rotina, o ideal é coletar a primeira urina da manhã, desprezando o primeiro jato.
2. Para a coleta de urina para análise bioquímica, o frasco do laboratório não precisa ser estéril.
3. Em crianças ou lactentes recomenda-se o uso de saco coletor após higienização da genitália pelo tempo máximo de 30 minutos, caso a criança não urine, repetir a higienização e colocar novo saco coletor.

POP 17 - COLETA DE URINA PARA UROCULTURA

1 - FINALIDADE:

Coletar urina com técnica asséptica para analisar presença de micro-organismos.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias e Unidade de Tratamento Intensivo.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Contaminação da urina coletada por falha na realização da técnica asséptica.

5 - MATERIAL:

Bandeja, frasco esterilizado de boca larga com tampa de rosca, etiqueta para identificação, luvas de procedimento, gaze estéril, compressa, água, sabão neutro. Outros materiais: comadre, saco coletor, seringa, agulha de 30 mm x 7 mm, algodão e álcool a 70%, se necessários.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Reunir o material necessário em uma bandeja;
2. Identificar o frasco estéril com o nome do paciente, o leito e o registro hospitalar;
3. Higienizar as mãos;
4. Levar o material até o paciente;
5. Colocar biombo e/ou fechar a porta do quarto;
6. Explicar o procedimento ao paciente;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Realizar a higiene íntima do paciente com sabão neutro, secando a pele e as mucosas com gaze estéril, da frente para trás, se necessário. Caso contrário, orientar o paciente a fazê-lo;
9. Na mulher, afastar os grandes lábios, lavar a genitália de frente para trás e não usar duas vezes a mesma gaze.
10. No homem, expor a glande;
11. Enxaguar com bastante água ou gaze umedecida e enxugar com toalha limpa ou gaze;
12. Coletar urina do jato médio (cerca de 10 ml) diretamente em frasco estéril de boca larga;
13. Tampar o frasco;
14. Recolher o material utilizado;
15. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
16. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário;
17. Encaminhar o frasco, ao laboratório, imediatamente ou refrigerá-la (4ºC) até 4 horas;

PACIENTE COM SONDA VESICAL DE FOLEY:

18. Repetir as ações de 01 a 07;
19. Clampear a extensão da bolsa coletora pouco abaixo do local apropriado para punção até 30 min;
20. Realizar a desinfecção no local apropriado para coleta de urina, com algodão e álcool a 70%;
21. Introduzir a agulha de 30 mm x 7 mm, aspirar com seringa, injetar no frasco estéril e tampá-lo;
22. Repetir as ações de 14 a 16.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. A coleta de urina deve seguir técnica rigorosa, evitando importante contaminação da urina com microbiota da genitália.
2. O ideal é a coleta da primeira urina da manhã e, se isto não for possível, realize a coleta no mínimo 2 a 3 h após a última micção.

Não utilizar solução antisséptica para a higienização da região íntima do paciente.

POP 18 - COLOCAÇÃO E RETIRADA DE BINGO/PAPAGAIO

1 - FINALIDADE:

Colocar o papagaio/bingo a fim de que o paciente possa satisfazer suas necessidades fisiológicas, quando impossibilitado de levantar-se.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem

4 - MATERIAL:

Bingo, luvas de procedimento; máscara descartável.

5- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Equipe de Enfermagem

1. Entregar o "papagaio" para que o paciente coloque, caso tenha condições, ou colocá-lo em

paciente que não possa segurá-lo, apoiando de maneira que não molhe a cama;

2. Deixar o paciente confortável, coberto, retirando-se para que fique a vontade;

3. Estar atento para retirar o " papagaio" quando acabar de urinar;

4. Ao desprezar a diurese, verificar o conteúdo quanto a sua característica e volume.

Periodicidade

Sempre que se fizer necessário para pacientes com impossibilidade de levantar-se.

6 - RECOMENDAÇÕES:

Caso o paciente esteja com controle de diurese ou Balanço Hídrico, deve-se anotar em impresso próprio o volume e características da urina.

POP 19 – COLOCAÇÃO E RETIRADA DE COMADRE / APARADEIRA

1 - FINALIDADE:

Colocar a comadre a fim de que o paciente possa satisfazer suas necessidades fisiológicas, quando impossibilitado de levantar-se.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem

4 - MATERIAL:

Bandeja, papel higiênico, papel toalha, recipiente com água morna, sabão líquido.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

Com Auxílio do Paciente:

1. Cobrir a comadre com papel toalha ou papel higiênico;

2. Solicitar ao paciente para ficar em decúbito dorsal, com os joelhos fletidos e os pés sobre a cama, "empurrando" a cama com os pés o paciente levanta as nádegas, deslocando-o do leito;

3. Colocar um dos braços sob a região lombar ajudando-o a levantar as nádegas e com a outra mão coloque a comadre sob ele;

4. Se o paciente não tiver condições de fazer a sua higiene limpar e/ou secar após qualquer

eliminação. Fazer higiene com água morna e sabão líquido;

5. Ao desprezar as eliminações, verificar o conteúdo quanto à sua característica.

Sem Auxílio do Paciente:

1. Cobrir a comadre com papel toalha ou papel higiênico;

2. Virar o paciente de lado, ajustar a comadre nas nádegas, virando-o sobre a mesma;

3. Limpar e/ou secar após qualquer eliminação. Após evacuação, fazer higiene com água morna e sabão líquido;

4. Ao retirar a comadre proceder da mesma maneira: virar para o lado, retirar a comadre e colocar novamente o paciente na posição desejada.

Periodicidade

De acordo com a necessidade de higienização do paciente com possibilidade de levantar-se sozinho.

6 - RECOMENDAÇÕES

Tratando-se de paciente subnutrido ou caquético, deve-se acolchoar bem a comadre para evitar lesões de pele (sacral).

POP 20 – CONFERÊNCIA DE CARRINHO DE PARADA

1- FINALIDADE:

Garantir o correto abastecimento dos materiais/ medicamentos nos carros de emergência da instituição, visando o pronto atendimento adequado aos pacientes em situações de emergência.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO: Emergência, enfermaria, centro cirúrgico e UTI.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem

4- MATERIAL:

Check list.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

Conferência Mensal:

Mensalmente, todos os carros de emergência da instituição são conferidos pelo setor de farmácia e enfermagem (até o dia 10 de cada mês), com o intuito de conferir quantidade, data de validade*, lote (visando a rastreabilidade do produto) e lacres (controle de abertura dos

carros).

* A data de validade dos itens pertencentes aos carros de emergência deve ser maior ou igual a 6 meses, a contar da data da conferência. Todos os itens presentes no carro com data de validade inferior a 6 meses deverão ser substituídos/repostos. Caso haja necessidade de reposição de determinado item cujo farmácia/ almoxarifado não o tenha com data de validade superior a preconizada, o mesmo deverá ser reposto com a maior data de validade encontrada e substituído na próxima conferência ou assim que disponibilizado o item com validade superior a preconizada.

Conferência Após Abertura:

Após a abertura e utilização de determinado item pertencente ao carro de emergência, o enfermeiro responsável pelo posto/setor deverá solicitar a reposição dos itens utilizados à Farmácia Central, em requisição manual (Requisição ao almoxarifado – Modelo 28). O auxiliar de farmácia deverá separar os itens solicitados (com validade superior a preconizada e unitarizada conforme protocolo FARMPO01 – CENTRALDE FRACIONAMENTO), pegar dois lacres (um na cor VERMELHA e outro na cor AZUL) e se dirigir ao posto/ setor solicitante. No posto/ setor, o auxiliar de farmácia deverá entregar o lacre vermelho ao enfermeiro e realizar a conferência dos medicamentos (gaveta 1), após esta, fechar com lacre azul e informar o enfermeiro o término.

* Plantão noturno: o auxiliar de farmácia deverá separar os medicamentos e materiais requisitados e entregar para a enfermagem ainda na porta da farmácia, juntamente com o lacre azul. No dia seguinte, o auxiliar de farmácia do plantão diurno fará a conferência correta deste carro

Periodicidade

Mensal e após abertura do carrinho.

6 – RECOMENDAÇÕES:

Equipe de Enfermagem: Anotar corretamente os itens e quantidades utilizadas, para correta requisição de reposição dos mesmos à Farmácia Central;

Enfermeiro: Requisitar, em impresso correto, a reposição de todos os itens pertencentes ao carro de emergência; após o abastecimento do mesmo, realizar a conferência e fechamento.

Auxiliar de farmácia: Efetuar o correto atendimento das requisições de reposição, atentando-se para a data de validade de cada item; realizar o abastecimento e conferência da gaveta 01 de medicamentos; efetuar o fechamento do carro com o lacre provisório (azul), sinalizar o enfermeiro após a conferência da farmácia.

POP 21 - CONTROLE DA GLICEMIA

1 - FINALIDADE:

Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO: Internação/Enfermarias, unidade de terapia intensiva e pronto atendimento

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Punção desnecessária no paciente;

Quantidade insuficiente de material;

Hematoma, equimose e dor.

5 - MATERIAL:

Frasco com fitas reagentes, glicosímetro, luva de procedimento, lanceta, algodão, álcool 70%.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Conferir a prescrição e reunir o material;
2. Higienizar as mãos;
3. Orientar paciente/acompanhante como será realizado o procedimento e solicitar sua colaboração;
4. Conectar a tira reagente no glicosímetro (ou após contato com sangue a depender do aparelho);
5. Calçar as luvas de procedimento;
6. Lavar as mãos do paciente com água e sabão. Enxaguar bem e secar completamente ou fazer antissepsia local com algodão embebido em álcool 70%, deixar secar completamente antes de iniciar o teste.
7. Puncionar a face lateral da polpa digital, com a lanceta,sem ordenhar o local da punção;
8. Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la a tira reagente até a sucção;
9. Realizar leve compressão no local puncionado com bola de algodão seca;
10. Aguardar resultado pelo glicosímetro;
11. Recolher todo o material e deixar o quarto em ordem, desprezar a fita e agulha em local

apropriado;

12. Retirar luvas e higienizar as mãos;
13. Registrar o valor obtido na folha de controle do paciente;
14. Checar o procedimento;
15. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7- RECOMENDAÇÕES:

1. Os resultados com as fitas reagentes são lidos em mg/dl .
2. Caso obtenha resultados duvidosos:
3. Confirmar se o produto está dentro do prazo de validade impresso no rótulo e se não está em uso a mais de quatro meses desde que se abriu a primeira vez o frasco;
4. Verificar se o número do "chip" é idêntico ao número do lote da fita utilizada;
5. Avisar o resultado ao médico, caso esteja alterado;
6. Anotar no rótulo das fitas a data do primeiro dia de abertura do frasco e utilizar as tiras dentro dos quatro meses seguintes. Após o vencimento, descarte-as e utilize as tiras de um novo frasco;
7. Cumprir rodízio dos locais de punção.

Amostras de sangue escorridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas.

POP 22 - CONTROLE DA RESPIRAÇÃO

1 – FINALIDADE:

Verificar as características dos movimentos respiratórios.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e técnicos de enfermagem;

Equipe Médica.

4 - MATERIAL:

Relógio com ponteiro de segundos, caneta; registro de Enfermagem.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem / Equipe Médica

1. Posicionar o braço do paciente sobre a parte inferior do tórax;

2. Colocar os dedos sobre a artéria radial, como se fosse verificar o pulso;
3. Tendo em vista que os movimentos respiratórios estão parcialmente sujeitos a controle voluntário, o paciente não deve perceber que os mesmos estão sendo contados;
4. Observar os movimentos respiratórios e contá-los durante um minuto;
5. Observar demais características da respiração e estado geral do paciente.

Periodicidade

Sempre que se fizer necessário para verificação de condições clínicas de pacientes.

6 - RECOMENDAÇÕES:

Parâmetros:

1. Recém-nascido: 40 a 45 resp /min
2. Pré-escolar: 20 a 25 resp /min
3. Lactente: 25 a 35 resp /min
4. Escolar: 18 a 20 resp /min
5. Adulto: 16 a 18 resp /min

Termos Técnicos:

1. Bradipneia: diminuição da frequência respiratória;
2. Taquipineia: aumento da frequência respiratória;
3. Normal: Eupneia;
4. Cheyne-Stokes: caracteriza-se por uma fase de apneia de duração variável, seguida de uma série de respirações que vão progressivamente aumentando de amplitude e frequência para logo voltar a decrescer até nova fase apnéica e assim periódica e sucessivamente;
5. Kussmaul: consiste em uma inspiração profunda e ruidosa, seguida de uma pausa com os pulmões cheios e de uma expiração ruidosa e rápida, seguida de uma pausa, reiniciando então o ciclo;
6. Biot: consiste em pausas apnéicas alternadas com respirações normais;
7. Apneia: ausência de respiração;
8. Dispneia: dificuldade de respirar;
9. Ortopneia: respiração facilitada na posição sentada;
10. Taquidispneia: frequência acima do normal com dificuldade respiratória.

POP 23 - CONTROLE DE PULSO

1 - FINALIDADE:

Avaliar as condições clínicas do paciente através do ritmo dos batimentos cardíacos.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE

Enfermeiro e técnicos de enfermagem;

Equipe Médica.

4 - MATERIAL:

Relógio com ponteiro de segundos, estetoscópio para pulsação apical / radial,
registro de Enfermagem e caneta.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem / Equipe Médica

1. Sentar ou deitar o paciente confortavelmente com o braço fletido e apoiado sobre a região diafragmática ou ao longo do corpo. Explicar o procedimento e solicitar que não converse durante o mesmo.
2. Aplicar leve pressão com as pontas dos dedos indicador, mediano e anular na artéria alvo, até sentir a onda de pulso.
3. Olhar para o relógio e contar por um minuto o número de pulsações sentidas e demais características do pulso.
4. Proceder à anotação e comunicar as intercorrências.

Periodicidade

Sempre que se fizer necessário para verificação de condições clínicas de pacientes.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Verificar as características do ritmo, frequência e volume;
2. Identificar anormalidades;
3. Frequência cardíaca ou pulso normal:

- Bebês de menos de 1 ano: 100 a 160 batimentos/min.
- Crianças de 1 a 10 anos: 70 a 120 batimentos/min.
- Criança de mais de 10 anos e adultos: 60 a 100 batimentos/min.
- Atletas bem treinados: 40 a 60 batimentos/mim.

4. Alterações da frequência do pulso:

- Bradicardia: batimentos cardíacos abaixo do normal;
- Taquicardia: batimentos cardíacos acima do normal.

5. Quanto ao volume, o pulso pode ser: cheio, fraco, filiforme.

6. O pulso pode ser rítmico quando os batimentos são uniformes e separados por intervalos iguais. É arrítmico quando os batimentos são separados por intervalos desiguais.

7. Fatores que aumentam o índice de pulsação: esforço físico e distúrbios emocionais – ansiedade, nervosismo e emoção.

8. Outros locais para verificação do pulso nas artérias: temporal, carótida, femural, pediosa, braquial e poplítea.

POP 24 - CUIDADO AO PACIENTE COM PEDICULOSE

1 – FINALIDADE:

São os cuidados da afecção do couro cabeludo e outras áreas pilosas pelo piolho.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Luva de procedimento; toalha, cuba rim, gaze; touca descartável; roupa de cama, medicamento prescrito; bacia; bolas de algodão.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Reunir o material e levá-lo a unidade do paciente;
2. Explicar o paciente o que será feito;
3. Colocar a touca;
4. Calçar as luvas;
5. Proteger os ouvidos do paciente com bolas de algodão;
6. Diluir a medicação na cuba rim;
7. Dividir o cabelo em mechas e aplicar a solução friccionando o couro cabeludo com gaze;
8. Deixar o medicamento agir conforme prescrição médica;

9. Após o tempo necessário, lavar o cabelo do paciente;
10. Enxugar o cabelo;
11. Trocar a roupa de cama;
12. Recolher o material e deixar a unidade em ordem.

Periodicidade

Sempre que houver necessidade desse tipo de cuidado para pacientes com pediculose.

POP 25 - CURATIVO DE CATETERES, INTRODUTORES E FIXADORES EXTERNOS

1 - FINALIDADE:

Consiste na limpeza e aplicação de cobertura estéril em uma ferida, promovendo proteção, rápida cicatrização e prevenindo contaminação exógena.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem

4 - MATERIAL:

01 Pacote de curativo estéril, gazes estéreis, esparadrapo comum ou antialérgico, saco plástico para resíduos infectantes, soro fisiológico, luvas de procedimento, luva estéril, biombo.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Lavar as mãos com solução antisséptica;
2. Reunir o material e levá-lo próximo ao leito do paciente;
3. Explicar ao paciente o que será feito;
4. Proteger o paciente com biombo, se necessário;
5. Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
6. Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
7. Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo;

8. Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
9. Umedecer o curativo anterior com SF 0,9% para facilitar a retirada;
10. Remover o curativo anterior com a pinça dente de rato, desprezando-o no saco plástico branco para resíduos infectantes e a pinça na borda do campo;
11. Montar a pinça "Kelly" com gaze, auxiliada pela pinça anatômica e umedecê-la com SF 0,9%;
12. Limpar o local de inserção do cateter, utilizando movimentos semicirculares e as duas faces da gaze;
13. Limpar a região ao redor do ponto de inserção com SF 0,9%;
14. Secar a região do ponto de inserção e a seguir ao redor do mesmo, utilizando uma gaze para cada local;
15. Aplicar a solução antisséptica no ponto de inserção em direção ao cateter e posteriormente na região ao redor do ponto de inserção.
16. Colocar uma gaze ao redor do local de inserção do cateter e fixá-la com esparadrapo / micropore ou ocluir com curativo transparente semi-permeável;
17. Colocar o nome, data e horário sobre o curativo;
18. Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
19. Lavar as mãos;
20. Registrar na evolução de enfermagem.

Periodicidade

De acordo com a prescrição médica para o paciente.

6 – RECOMENDAÇÕES:

1. Proceder à desinfecção da bandeja ou mesa auxiliar após a execução de cada curativo, utilizando água e sabão e após, álcool a 70%;
2. Proteger os cateteres durante o banho;
3. Trocar o curativo com gaze a cada 48 horas ou quando estiver úmido, sujo ou solto;
4. Trocar os curativos transparentes semi-permeáveis de acordo com a orientação do fabricante ou sempre que necessário;
5. Registrar as características do local de inserção do cateter.

POP 26 - CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA SIMPLES

1 - FINALIDADE:

Manter integridade da pele livre de contaminação, proporcionando cicatrização eficaz.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

1. Alergia a fita adesiva escolhida (micropore ou esparadrapo);
2. 2. Prurido ao redor da ferida;
3. Rompimento de pontos (sutura);
4. Contaminação na execução do procedimento.

5 - MATERIAL:

Saco plástico, pacote de curativo, gaze estéril, fita adesiva, soro fisiológico 0,9%, luvas de procedimento, máscara descartável.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1ª etapa: Remoção do curativo anterior:

1. Reunir todo material e levar para o quarto;
2. Colocar máscara e higienizar as mãos;
3. Explicar procedimento ao paciente;
4. Colocar o paciente em posição adequada;
5. Abrir o pacote de curativo em cima do carrinho de curativo ou mesa auxiliar;
6. Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo;
7. Abrir as gazes no campo estéril do pacote de curativos;
8. Calçar luvas de procedimento;
9. Remover a fita adesiva ou adesivo com auxílio da pinça dente de rato ao longo do eixo longitudinal da incisão, apoiando com a outra mão para manter afastada a pele da fita;
10. Desprezar o curativo no saco plástico;
11. Observar a incisão quanto às características das bordas, presença de hiperemia, edema, calor ou dor local, saída de secreção, integridade dos pontos e também observar o aspecto da pele ao redor da incisão;

12. Separar a pinça dente de rato.

2ª etapa: Limpeza da incisão cirúrgica:

13. Dobrar a gaze com auxílio das pinças Kelly e anatômica;
14. Umedecer a gaze com SF 0,9%;
15. Realizar com auxílio da pinça Kelly a limpeza da incisão cirúrgica em sentido único, utilizando as duas faces da gaze(sem movimentos de vaivém), trocando as gazes sempre que necessário;
16. Limpar as regiões laterais da incisão cirúrgica, retirando as marcas do antigo adesivo;
17. Secar a incisão com gaze em sentido único;
18. Desprezar as gazes utilizadas em saco plástico;

3ª etapa: Proteção da incisão cirúrgica:

19. Ocluir a incisão com gazes dobradas ao meio e fixar com fita adesiva;
20. Retirar as luvas de procedimento;
21. Posicionar o paciente confortavelmente; 22- Higienizar as mãos;
22. Checar o procedimento;
23. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

7 – RECOMENDAÇÕES:

1. Restringir a área de cobertura da incisão (gaze e fita adesiva)a menor possível.
2. Proceder a desinfecção da bandeja ou da mesa auxiliar, com solução de álcool 70%;
3. Após cada curativo, encaminhar o material utilizado ao expurgo da unidade;
4. Se a incisão estiver seca no período de 24 a 48 horas, não há necessidade de oclusão, pois já se formou a rede de fibrina protetora impossibilitando a entrada de micro-organismos, e esta pode ser lavada com água corrente e espuma de sabão durante o banho;
5. Realizar o curativo sempre após a higiene corporal;

A cobertura da incisão pode ser realizada de forma convencional (gaze e fita adesiva hipoalergênica), película transparente ou película pós-operatório.

POP 27 - CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA COM DEISCÊNCIA E/OU SAÍDA DE SECREÇÃO

1- FINALIDADE:

Recuperar integridade local, diminuindo secreções infectantes e proporcionar conforto ao

paciente.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

1. Alergia a fita adesiva escolhida (micropore ou esparadrapo);
2. Prurido ao redor da ferida;
3. Rompimento de pontos (sutura);
4. Contaminação na execução do procedimento.

5 - MATERIAL:

Gaze, máscara, luvas de procedimento, pacote de curativo, SF 0,9%, fita adesiva ou adesivo impermeável, saco plástico para lixo, seringa 20ml, agulha 40x12.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1ª etapa: Remoção do curativo anterior:

1. Colocar máscara e higienizar as mãos;
2. Reunir todo material e levar até o paciente;
3. Explicar procedimento ao paciente;
4. Colocar o paciente em posição adequada;
5. Abrir o pacote de curativo em cima do carrinho de curativo ou mesa auxiliar;
6. Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo;
7. Abrir as gazes no campo estéril do pacote de curativos;
8. Calçar luvas de procedimento;
9. Remover a fita adesiva ou adesivo com auxílio da pinça dente de rato;
10. Desprezar o curativo no saco plástico;
11. Observar a incisão quanto as características das bordas, presença de hiperemia, edema, calor ou dor local, saída de secreção, integridade dos pontos e também observar o aspecto da pele ao redor da incisão;

12. Separar a pinça dente de rato;

2ª etapa: Limpeza da incisão cirúrgica:

13. Fazer expressão do local até cessar ou diminuir a saída de exudato;

14. Realizar irrigação com solução fisiológica 0,9%, utilizando seringa de 20ml e agulha 40X12 ou frasco de SF 0,9% perfurado com agulha 40X12. Se necessário, remover exsudatos e/ou fibrina e/ou restos celulares da lesão;

15. Secar a região peri-lesional.

3ª etapa: Proteção da incisão cirúrgica:

16. Aplicar no leito da ferida a cobertura indicada;

17. Colocar a cobertura secundária e fixar com fita adesiva, se necessário;

18. Posicionar o paciente confortavelmente;

19. Fechar o saco plástico utilizado para desprezar o material sujo;

20. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;

21. Checar o procedimento;

22. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7– RECOMENDAÇÕES:

1. As feridas com drenos devem ficar ocluídas e, sempre que ficarem úmidas, o curativo precisa ser trocado;

2. Os drenos de Penrose são bastante utilizados com o objetivo de drenar secreções contidas e auxiliar no processo de cicatrização. A exteriorização ou retirada deste dreno deverá ser orientada pelo cirurgião. O curativo do dreno de Penrose deve ser isolado do curativo da incisão, sempre que possível, e trocado todas as vezes que apresentar umidade;

3. O material retirado não pode ser jogado no lixo do quarto, mesmo que seja considerado limpo;

4. Para fazer curativos, pode-se utilizar o carro de curativo, mas ele precisa ser limpo com álcool 70% após cada curativo. O saco de lixo deve ser trocado a cada procedimento, e o carro só deve conter o material para um curativo por vez;

5. A utilização de luvas de procedimento é indicada para proteger o profissional no manuseio do curativo;

Ao final do curativo, na fita adesiva, a data da troca do curativo.

POP 28 - CURATIVO DE INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL

1- FINALIDADE:

Prevenção de infecções e saída acidental.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias e Unidade de Tratamento Intensivo

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Tração acidental do cateter;

Contaminação na execução do procedimento;

Perda da permeabilidade do cateter por dobra.

5 - MATERIAL:

Bandeja, pacote de curativo, gazes, clorexidina alcoólica 0,5%, álcool 70% ou PVPI tópico, luva de procedimento, máscara, película transparente, adesivo hipoalergênico e luvas estéreis(se necessário).

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Conferir a prescrição e reunir o material necessário;
2. Orientar o paciente e a família sobre o procedimento;
3. Colocar máscara;
4. Posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal com o rosto voltado para o lado oposto ao que está o cateter;
5. Higienização das mãos e colocar luvas de procedimento;
6. Abrir o pacote de curativo;
7. Retirar curativo anterior, com pinça dente de rato ou com as mãos enluvadas, de forma cautelosa, fazer expressão na inserção;
8. Umedecer a gaze com solução antisséptica e, com o auxílio de pinça aplicá-la na área mais próxima do cateter em movimentos circulares no sentido de dentro para fora (repetir o procedimento pelo menos três vezes);
9. Proteger a inserção do cateter com gaze estéril;
10. Com auxílio de uma pinça, umedecer gaze em solução antisséptica e aplicar na pele ao

redor do cateter a partir da periferia da área anteriormente tratada. Executar movimentos circulares cada vez mais amplos, sem nunca retornar com a mesma gaze ao local já aplicado.

11. Limpar uma área de aproximadamente 10 cm de diâmetro. Repetir o procedimento pelo menos três vezes;

12. Com uma gaze embebida de solução antisséptica, limpar toda a extensão do cateter, com movimentos da proximal para distal, repetindo o movimento se necessário;

13. Depois que a solução secou, cubra o local com um curativo de gaze ou semipermeável transparente. Anote data e hora do curativo;

14. Retirar o material e levar ao expurgo;

15. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;

16. Checar o procedimento;

17. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7- RECOMENDAÇÕES:

1. Utilizar SF 0,9% para limpeza local, quando houver lesão de pele;

2. A inspeção e expressão da inserção do cateter devem ser feita diariamente, atentando-se para o aspecto da pele ao redor, pois algumas vezes pode apresentar-se alterada (hiperemia ou lesão) devido a processos alérgicos ou trocas frequentes de curativos;

3. Nas primeiras 24 horas, o curativo deverá ser realizado com gaze e adesivo;

4. Não utilizar película se houver exudato no ponto de inserção, neste caso, realizar curativo com gaze e adesivo;

5. A retirada do curativo anterior deve ocorrer de maneira cautelosa, a fim de não lesar a pele e não exteriorizar o cateter;

6. O cateter deve estar afixado com pontos e coberto com um pequeno curativo, sem muito micropore ou esparadrapo, para evitar contaminação;

O curativo deve ser trocado sempre que houver sinais de umidade ou presença de sujidade.

POP 29 - ENCAMINHAMENTO DE MATERIAL PARA EXAME (BIOLÓGICO)

1 - FINALIDADE:

Encaminhar amostra de fezes, urina, escarro, ponta de cateter, entre outros para exames diagnósticos.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Livro de protocolo, bandeja, luvas de procedimento, solicitação de exame, frasco coletor.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Verificar o pedido de exame;
2. Verificar se a coleta foi realizada;
3. Calçar luvas;
4. Verificar o rótulo de identificação do frasco;
5. Encaminhar o (s) exame (s) ao laboratório em bandeja;
6. Protocolar e recolher a assinatura de quem recebeu a amostra;
7. Retornar para a unidade;
8. Retirar as luvas e lavar as mãos;
9. Anotar dados da coleta do exame no registro de enfermagem.

Periodicidade:

Sempre que houver prescrição pelo Médico para a realização de exames laboratoriais.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Deve constar no rótulo de identificação do frasco: nome completo do paciente, número do leito, clínica, número da amostra (Ex: 1, 2 ou 3 amostras), data e horário;
2. Registrar as características do material coletado (Ex: presença de pus, sangue, entre outros);
3. Utilizar frasco estéril para coleta de culturas como: (Ponta de cateter, urocultura, coprocultura e escarro);
4. Para os demais exames utilizar frasco descartável não estéril;
5. Nunca deixe os frascos com amostras de exames nas bancadas dos postos de enfermagem;
6. Encaminhar as amostras no máximo até as 09:30h, exceto em casos específicos.

POP 30 - HIGIENE ORAL

1- FINALIDADE:

Consiste no auxílio à limpeza da cavidade oral, dentes e língua do paciente.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Escova de dentes, creme dental, ou antisséptico oral, copo plástico descartável, espátula, gaze simples não estéril, toalha.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. PACIENTES INDEPENDENTES

1.1. Orientar e estimular a higiene oral.

2. PACIENTES PARCIALMENTE DEPENDENTES

2.1. Elevar a cabeceira da cama e colocar a tolha sobre o tórax do paciente;

2.2. Solicitar que o paciente proceda à higiene, oferecer solução antisséptica oral e auxiliá-lo sempre que necessário.

3. PACIENTES DEPENDENTES

3.1. Elevar a cabeceira da cama e colocar a tolha sobre o tórax do paciente;

3.2. Montar espátulas com gaze umedecê-las, na solução antisséptica e proceder a limpeza dos dentes, língua e bochechas.

4. CUIDADOS COM A PRÓTESE DENTÁRIA

4.1. Paciente inconsciente: retirar a prótese e guardá-la após a limpeza e/ou entregá-la aos familiares;

4.2. Paciente consciente: orientar e estimular a higiene da prótese;

4.3. Paciente impossibilitado de realizar a limpeza da prótese: retirar a prótese com o auxílio de uma gaze e lavá-la com escova, creme dental e água corrente. Proceder à higiene oral e observando as condições da gengiva.

Periodicidade:

Diariamente

6 - RECOMENDAÇÕES:

Em casos de pacientes inconscientes, ao realizar a higiene oral, ter em mãos o aspirador para remover o excesso de líquidos na cavidade oral.

POP 31 - HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

1 - FINALIDADE:

Prevenção e redução da transmissão de micro-organismos entre profissionais e pacientes.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, pronto atendimento e unidade de terapia intensiva e demais setores.

3 - RESPONSABILIDADE:

Todos os profissionais de saúde.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Descamação, ressecamento, alergia e fissuras na pele das mãos.

5 - MATERIAL:

Sabão líquido /clorohexidina e papel toalha.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Retirar anéis, pulseiras e relógio;
2. Arregaçar as mangas até altura do cotovelo;
3. Abrir a torneira sem encostar-se a pia;
4. Olhar as mãos a partir dos pulsos na direção dos dedos;
5. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos;
6. Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos:
    - palma contra palma;
    - palma direita sobre dorso esquerdo entrelaçando os dedos;
    - palma esquerda sobre dorso direito, entrelaçando os dedos;
    - palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais;
    - parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai-vem;
    - rotação dos polegares direito e esquerdo;
    - friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;
    - esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;
7. Enxaguar as mãos sem encostá-las na pia/torneira, no sentido dos dedos para os punhos
8. Enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
9. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. As mãos devem ser lavadas: antes de iniciar qualquer procedimento com o paciente e após o mesmo; quando for manusear medicamento e alimentos; após assuar o nariz; após o contato com materiais ou superfícies contaminadas; antes e após uso do banheiro e sempre que terminar o trabalho;

2. Em áreas críticas, seguir a recomendação da CCIH com relação ao uso de sabão ou antiséptico e uso de álcool glicerinado ou álcool gel após a lavagem das mãos;
3. Retirar sempre anéis e pulseiras antes de cuidar dos pacientes;
4. Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais;

Evite espirrar água em si própria ou no assoalho, pois, os micro-organismos disseminam-se com maior facilidade em superfícies úmidas, e assoalhos escorregadios são perigosos.

POP 32 - LAVAGEM DE CABEÇA

1 - FINALIDADE:

É a limpeza do cabelo e couro cabeludo, proporcionando conforto ao paciente e estimulando a circulação do couro cabeludo.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Sabão líquido ou shampoo, condicionador, jarra com água morna, bacia, toalha impermeável, pente, algodão.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Reunir o material e levá-lo a unidade do paciente;
2. Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
3. Colocar o impermeável para proteger a roupa de cama e /ou travesseiro;
4. Proteger os ouvidos com bolas de algodão;
5. Colocar a bacia sob a cabeça do paciente;
6. Umedecer os cabelos com a água morna da jarra ensaboá-los, e massageá-los com as pontas dos dedos;

7. Enxaguar os cabelos até retirar toda a espuma;
8. Enxugar os cabelos com o auxílio da toalha e pentear;
9. Retirar a bacia, desprezar a água e recompor a unidade;
10. Retirar as bolas de algodão dos ouvidos e desprezá-las;
11. Registrar o procedimento no prontuário.

Periodicidade

Lavar o couro cabeludo do paciente pelo menos 02 vezes por semana.

POP 33 - LAVAGEM GÁSTRICA

1 - FINALIDADE:

A retirada urgente de substância ingerida a fim de reduzir a absorção sistêmica;
Administrar medicamentos, como carvão ativado, em alguns casos de intoxicação exógena, e a solução salina gelada, como método de resfriamento em situações de hipertermia maligna. Tratar uma obstrução ou um local de sangramento. Obter conteúdos gástricos para análise laboratorial.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, pronto atendimento e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro.

4- - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

1. Pneumonia aspirativa;
2. Laringoespasmo e lesões traumáticas da orofaringe, esôfago e/ou estômago;
3. Desequilíbrio hídrico (intoxicação hídrica e hiponatremia) e desequilíbrio eletrolítico (hipernatremia).

5 - MATERIAL:

Sonda nasogástrica Levine de grosso calibre, gel hidrossolúvel, luvas de procedimento, seringa de 20ml com bico estetoscópio, micropore e sistema de drenagem gástrica.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Higienizar as mãos e colocar máscara;
2. Conferir prescrição médica e reunir o material;
3. Orientar paciente e família sobre o procedimento;
4. Isolar a cama com um biombo;
5. Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com cabeça fletida;
6. Calçar luvas de procedimento;
7. Inspecionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de próteses dentárias;
8. Colocar toalha ou papel-toalha sobre tórax do paciente;
9. Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;
10. Medir a sonda a partir da narina, estendendo até o lóbulo da orelha e descendo em diagonal até o apêndice xifoide, acrescentando a medida de dois dedos;
11. Realizar a marcação do posicionamento ideal na sonda com micropore;
12. Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;
13. Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;
14. Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;
15. Continuar introduzindo a sonda acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;
16. Realizar a fixação da sonda com micropore na narina do Paciente;
17. Injetar ar com uma seringa de 20ml e auscultar concomitantemente o epigástrico do paciente;
18. Aspirar o conteúdo gástrico;
19. Administrar volumes fracionados de SF 0,9% conforme prescrição médica, permitindo retorno, até que o líquido instilado retorne claro e não se observe resíduos;
20. Drenar o volume infundido em sistema de drenagem;
21. Aspirar o volume e/ou ordenhar a sonda, se necessário;
22. Retirar a sonda e recolher material;
23. Higienizar as mãos;
24. Deixar o paciente confortável;
25. Realizar anotações de enfermagem pertinente à passagem da sonda, volume e aspecto do líquido drenado em prontuário.

7- RECOMENDAÇÕES:

1. Em crianças, utiliza-se SF 0,9% aquecido a 38°C para evitar hipotermia;
2. Durante a lavagem, observar o volume de retorno, que deverá ser o mesmo do infundido;
3. Checar a necessidade de coleta de material para análise laboratorial, que deve anteceder a lavagem gástrica;

Observar continuamente qualquer alteração de nível de consciência e monitorar frequentemente os sinais vitais, pois a resposta vagal natural à intubação pode deprimir a frequência cardíaca do paciente.

POP 34 - LAVAGEM INTESTINAL

1 - FINALIDADE:

É a introdução de uma sonda retal, a fim de auxiliar na remoção de conteúdo fecal da ampola retal e cólon descendente.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, pronto atendimento e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Risco para perfuração anal e diarreia.

5 - MATERIAL:

Bandeja, sonda retal, enema glicerinado, luva de procedimento, cuba-rim, gases, gel hidrossolúvel, papel higiênico, impermeável, comadre, biombo, toalha de banho, suporte de soro, máscara.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Conferir prescrição médica;
2. Higienizar as mãos;
3. Separar a bolsa de enema com a solução e o cateter retal apropriado;
4. Adaptar o equipo de soro ao frasco da solução a ser utilizada;
5. Preencher a câmara de gotejamento e retirar o ar da extensão do equipo;

6. Calçar as luvas de procedimento e colocar máscara;
7. Explicar o procedimento ao paciente;
8. Isolar o leito com biombo;
9. Forrar o leito com o impermeável;
10. Colocar o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo com MIE estendido e o MID fletido), cama baixa sem travesseiro;
11. Cobrir o paciente com a toalha de banho, expondo apenas a área retal, visualizando claramente o ânus;
12. Administrar o enema:

A. *Bolsa/frasco de enema:*

- Pendurar o frasco da solução no suporte de soro;
- Conectar o equipo da solução à sonda retal preenchendo-a com a solução e pinçar o equipo;
- Lubrificar a sonda retal;
- Gentilmente separar as nádegas e localizar o ânus. Instruir o paciente a relaxar respirando vagarosamente pela boca;
- Introduzir suavemente a sonda retal, apontando a extremidade na direção do umbigo;
- Instilar gradualmente a solução;
- Interromper a administração por um breve período, caso ocorra espasmo;
- Pinçar o equipo depois que toda solução for instilada.

B. *Bisnaga de fleet enema:*

- Remover a tampa plástica da extremidade que introduz no reto e lubrificá-la;
- Gentilmente separe as nádegas e localize o reto. Instruir o paciente a relaxar expirando o ar pela boca;
- Inserir a extremidade do frasco delicadamente no reto (ver recomendações).
- Comprimir o conteúdo da bisnaga e solicitar ao paciente que respire profundamente quando tiver desejo de evacuar.
- Retirar a sonda retal ao término da infusão do liquido.
- Pedir ao paciente que retenha o líquido o máximo possível;
- Ajudar o paciente a ir ao banheiro ou oferecer a comadre, elevando a cabeceira do leito;
- Ajudar o paciente na higiene, se necessário, e deixá-lo confortável;
- Deixar o ambiente em ordem e limpo;
- Encaminhar todo o material permanente ao expurgo;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;

- Checar o procedimento;
- Realizar as anotações de enfermagem, anotando aspecto das eliminações.

7- RECOMENDAÇÕES:

1. Se houver resistência ao introduzir a sonda, avisar a enfermeira ou ao médico de plantão;
2. Observar e anotar o aspecto do retorno intestinal, devendo estar atento a presença de sangue;
3. Os números de sonda retais habitualmente utilizados são 20 ou 22;
4. Alertá-lo sob o desconforto momentâneo durante a introdução do líquido e a importância deste permanecer pelo menos 10 minutos na cavidade para que seu desempenho seja efetivo;
5. Orientar ao paciente que, se utilizar o vaso sanitário, o mesmo não dê descarga até a vistoria do profissional de enfermagem (cor, aspecto, consistência, odor);
6. O comprimento de inserção da sonda no reto é variável:

- *Adulto: 7,5 a 10cm Criança*:5 a 7,5cm
- *Lactentes*:2,5 a 3,75cm

Recomenda-se a utilização de solução morna ou a temperatura ambiente.

POP 35 - LAVAGEM VESICAL

1 – FINALIDADE:

É a lavagem da sonda vesical quando a mesma está obstruída por sangue, pus, secreção ou grumos.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e técnicos de enfermagem;

4 - MATERIAL:

Seringa 50 ml urológica estéril, frasco de água destilada 250ml, luvas estéreis, cuba rim estéril, gazes estéreis, cuba rim não estéril, álcool a 70%.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Lavar as mãos e reunir o material;
2. Levar o material até a unidade do paciente;

3. Explicar ao paciente o que será feito;

4. Fazer a desinfecção da ponta terminal da sonda e da ponta inicial do sistema coletor de diurese, com álcool a 70%;

5. Abrir o campo de seringa urológica;

6. Colocar água destilada na cuba rim estéril;

7. Calçar luva estéril;

8. Aspirar a água destilada da cuba rim com a seringa urológica e retirar o ar;

9. Desconectar a sonda do sistema coletor coma ajuda de uma segunda pessoa, que ficará segurando o sistema com cuidado para não contaminar;

10. Introduzir a seringa na sonda e injetar a água destilada;

11. Aspirar ao conteúdo injetado;

12. Desprezar o conteúdo na outra cuba rim (não estéril);

13. Repetir a operação quantas vezes forem necessárias até desobstruir a sonda;

14. Conectar a sonda ao sistema de drenagem;

15. Retirar as luvas;

16. Colocar a unidade em ordem;

17. Encaminhar o material utilizado para o expurgo;

18. Lavar as mãos;

19. Anotar no prontuário do paciente o resultado da lavagem.

Periodicidade

De acordo com a orientação médica;

6 - RECOMENDAÇÕES:

Comunicar o procedimento à equipe médica.

POP 36 - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE COLCHÕES HOSPITALARES

1 - FINALIDADE:

Realizar a limpeza e desinfecção de colchões hospitalares.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Executor de Serviços Básicos.

4 - MATERIAL:

Água, sabão líquido, compressas, luvas de procedimento, álcool a 70%.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
2. Proceder a retirada de lençóis;
3. Iniciar a limpeza com água e sabão;
4. Secar o colchão;
5. Friccionar a superfície com álcool a 70% por 30 segundos.

Periodicidade

Semanalmente.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Após a alta ou na presença de matéria orgânica removê-la com papel toalha, e desprezá-la no recipiente de lixo hospitalar. Em seguida lavar com água e sabão, secar e friccionar álcool a 70% durante 30 segundos;
2. Para limpeza e desinfecção adequadas utilizar somente colchões que tenham revestimento impermeável;
3. Proceder à limpeza dos colchões de maca e de ar (plásticos) da mesma maneira que nos colchões hospitalares.

POP 37 - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ESFIGMOMANÔMETRO

1 - FINALIDADE:

Realizar a limpeza e desinfecção de Esfigmomanômetro.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Enfermarias.

3 - RESPONSABILIDADE:

Executor de Serviços Básicos.

4 - MATERIAL

Álcool a 70%, compressa, luvas de procedimento.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem / Executor de Serviços Básicos.

1. De pano: o manguito deverá ser submetido à lavagem térmica, o que equivale à desinfecção de baixo nível. As demais peças devem ser limpas com fricção de álcool a 70% por 30 segundos;
2. De nylon: fricção de álcool a 70% por 30 segundos em todo o aparelho. Caso haja matéria orgânica, realizar a limpeza prévia com água e sabão.

Periodicidade

- Limpar sempre que apresentar sujeira visível;
- Desinfecção após contaminação com matéria orgânica e após o uso em pacientes em isolamento.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Atentar para a retirada de todas as peças do aparelho antes de encaminhar a braçadeira para a lavanderia;
2. Manter o aparelho identificado, em local seguro e na unidade;
3. Verificar se o aparelho está calibrado (caso não esteja, solicitar manutenção).

POP 38 - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ESTETOSCÓPIO

1 – FINALIDADE:

Realizar a limpeza e desinfecção de Estetoscópio.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Enfermarias / Consultórios.

3 - RESPONSABILIDADE:

Executor de Serviços Básicos.

4 - MATERIAL:

Álcool a 70%, bolas de algodão, luvas de procedimento.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem /Executor de Serviços Básicos

1. Umedecer as bolas de algodão em álcool a 70%;
2. Proceder à limpeza realizando fricção nas olivas e extensão do Estetoscópio;
3. Armazenar em local apropriado conforme rotina da unidade.

Periodicidade

- Limpar sempre que apresentar sujeira visível;
- Desinfecção após contaminação com matéria orgânica e após o uso em pacientes em isolamento, recém-nascidos, pacientes imunodeprimidos ou com lesão de pele.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Em caso de contaminação com matéria orgânica, lavar e desinfetar;
2. Após o uso em recém-nascidos, pacientes em isolamento, imunodeprimidos ou com lesão de pele, deve ser desinfectado;
3. Ter cuidado com o equipamento ao realizar a limpeza ou desinfecção do aparelho.

POP 39 - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

1 - FINALIDADE:

Fazer a aferição dos indicadores que visam estimar a massa corporal total com finalidade diagnóstica e terapêutica. Os mais utilizados são: peso, altura, perímetro cefálico, torácico e abdominal.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos os setores que realizam assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Balança, papel toalha, fita métrica.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Encaminhar o paciente até a balança;
2. Aferir a balança e forrá-la com papel toalha no local onde o paciente permanecerá;

3. Solicitar ou auxiliar o paciente a retirar os sapatos e o excesso de roupa;
4. Posicionar o paciente no centro da balança, de modo ereto e imóvel, com as costas para a haste graduada em centímetros;
5. Iniciar a verificação movimentando o peso maiôs que corresponde a medida em quilos e o peso menor que corresponde a medida em gramas;
6. Elevar a haste graduada em centímetros, com cuidado e colocá-la perpendicularmente sobre a cabeça do paciente, fazendo a leitura da altura em centímetro;
7. Solicitar ou auxiliar o paciente a descer da balança e a calçar os sapatos e colocar as roupas.

Periodicidade
De acordo com orientação médica.

6 - RECOMENDAÇÕES:
1. Faça as medidas em uma sala termicamente confortável.
- Resultados Esperados:
- Medir peso corporal;
- Medir a altura do paciente.

POP 40 - MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

1 - FINALIDADE:
Avaliar, registrar e monitorizar a condução elétrica do coração, fornecendo dados para a conduta terapêutica.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:
Pronto atendimento e unidade de terapia intensiva e demais setores.

3 - RESPONSABILIDADE:
Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.
4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:
Reação alérgica no local do eletrodo.
Erros de leitura que podem ser causados por mal posicionamento ou contato entre os eletrodos e a pele.

5 - MATERIAL:

Aparelho de tricotomia (se necessário), gaze, pano seco, eletrodos, álcool a 70%, monitor cardíaco, cabo e fios de derivação.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Conectar o monitor na tomada e ligar;
2. Inserir o cabo de modo adequado ao monitor;
3. Fazer a conexão das derivações ao aparelho. Pode-se usar um sistema de 3 ou 5 derivações;
4. Higienizar as mãos;
5. Explicar o procedimento ao paciente e expor o tórax;
6. Em caso de necessidade, fazer tricotomia de uma área de cerca de 10 cm de diâmetro em torno do local de cada eletrodo;
7. Fazer higiene da área com compressa ou gaze com álcool a 70%;
8. Promover abrasão da área seca friccionando-a rapidamente até avermelhar;
9. Remover a cobertura do eletrodo com gel, certificando-se de que o gel está úmido e colocar os eletrodos no paciente, pressionando firmemente seguindo as recomendações de cor ou abreviatura grifadas nos mesmos;
10. Conectar os eletrodos ao cabo do monitor;
11. Verificar se todas as funções estão corretas;
12. Acionar a tecla correspondente à derivação desejada;
13. Deixar acionada a tecla de alarme do monitor, estabelecendo parâmetros máximos e mínimos;
14. Observar o traçado e o ritmo da frequência cardíaca do paciente;
15. Deixar o paciente confortável no leito;
16. Higienizar as mãos;
17. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. Ao posicionar os eletrodos, evitar áreas com presença de curativos ou lesões, saliências ósseas, locais peludos, áreas de aplicação das placas do desfibrilador ou áreas para compressão torácicas;
2. Deve-se observar e ficar atendo às mudanças do traçado. Neste caso, verificar se os eletrodos estão bem posicionados.
3. Inspecione o gel dos eletrodos, verificando se está com umidade adequada. Se estiver seco,

descarte o eletrodo e substitua-o;

4. Avalie a integridade da pele e reposicione os eletrodos de 24 em 24 horas ou conforme a necessidade;

5. Ao trocar os eletrodos, fazer limpeza da pele com água e sabão, removendo toda a pasta eletrolítica;

6. Quando soar o alarme do monitor, o enfermeiro deve avaliar o estado clínico do paciente, para verificar se o problema é uma arritmia verdadeira ou uma disfunção do sistema de monitorização.

Certifique-se de que todos os equipamentos elétricos e todas as tomadas estejam aterrados, para evitar choques elétricos e interferências. Do mesmo modo, assegure-se de que o cliente esteja limpo e seco, para evitar choques elétricos.

POP 41 - NORMAS BÁSICAS DE MEDICAÇÃO

1 - FINALIDADE:

É o conjunto de ações utilizadas para o preparo e administração de medicamentos ao paciente. Normatizar a administração de medicamentos pelas diversas vias de aplicação.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem

4 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Considerações Gerais:

1. As drogas devem ser absolutamente estéreis e isentas de substâncias pirogênicas, porque o conteúdo sanguíneo é um meio excelente para o crescimento dos mais variados tipos de bactérias e vírus existentes. As partículas pirogênicas desencadeiam reações e rápidas e as vezes irreversíveis de caráter alérgico e febril;

2. As drogas devem apresentar pH dentro dos limites fisiológicos; a diferença acentuada de concentração pode causar nas células sanguíneas reações de destruição das mesmas através de hemólise e plasmólise, sendo que a diferença de viscosidade ocasiona acidentes de formação de trombose de paralisação circulatória. O diluente para qualquer medicação parenteral deve

ser estéril e isotônico em relação ao sangue. Água destilada e soro fisiológico são os mais usados. O material autoclavado utilizado deve estar absolutamente seco; meios úmidos contaminam-se em pouco tempo após a esterilização;

3. A antissepsia do local de inserção da agulha é de fundamental importância e deve ser realizada com manobras firmes, em sentido único; é eficaz após deixar secar a substância utilizada;

4. Infecções locais ou gerais é também resultado da contaminação sistêmica pela introdução do conteúdo de focos infecciosos superficiais não removidos;

5. Retirar a seringa do invólucro e adaptar a agulha, certificando-se do funcionamento de ambos.

6. Agitar a ampola, com o objetivo de retirar o líquido da cabeça da mesma, limpar o gargalo com algodão embebido em álcool 70% ou seco quando indicado pelo fabricante e quebrá-lo.

7. Manter a ampola entre os dedos indicadores e médios, com a abertura voltada para a palma da mão, em posição vertical. Com os demais dedos da mão na qual está a ampola, segurar o corpo da seringa de modo a deixar a outra mão livre para segurar a cabeça do êmbolo. A medida que se aspira o conteúdo, lenta e cuidadosamente, move-se a mão e o material, até que, terminada a aspiração, a seringa e a ampola estejam em posição horizontal;

8. Manter a haste da agulha dentro da ampola ou colocá-la dentro do protetor próprio;

9. Medicamentos em frascos deve-se retirar a tampa e limpar a borracha com algodão embebido em álcool. Introduzir o líquido da ampola no frasco, agitando-o com movimentos circulares e evitando a formação de espuma;

10. Aspirar ar com a seringa na mesma proporção do diluente e introduzi-lo no frasco, para facilitar a aspiração do conteúdo;

11. Usar uma agulha para aspirar ao medicamento e outra para administrar s/n;

12. Verificar as normas básicas para aplicação de medicamentos (verificar prescrição médica, observar medicamento: aspecto/ validade, lavagem das mãos);

13. Não administrar drogas via endovenosa, que contenham precipitados ou oleosos;

14. Somente administrar medicamentos prescritos;

15. Mudar o local de aplicação, evitando inflamação, infecção, dor, edema e hematoma;

16. Verificar as condições do material a ser utilizado (limpeza, esterilidade, condições do bisel da agulha) etc;

17. Retirar totalmente as bolhas de ar, elevar a seringa na vertical e retirá-las;

18. Para retirar o ar do equipo, preencha lentamente o suspiro do equipo, eleve a ponta distal e abra a pinça rolete lentamente até preencher toda a extensão.

II. Preparo da Droga:

1. O posto de enfermagem deve ser um local tranquilo, com um mínimo de distrações;
2. Tenha sempre a mão a prescrição médica, contendo nome do paciente, data, droga, dose, via de administração, frequência e duração da droga, nome do médico e número de CRM ou carimbo.

III. Cinco Regras de Administração de Medicamentos

1. Paciente Certo:

- Cada paciente hospitalizado usa uma forma de identificação (número de registro, número do leito, número de atendimento);
- Conferir a prescrição médica com o nome do paciente e número do leito.

2. Medicamento Certo:

- Conferir o rótulo do medicamento com a prescrição médica.

3. Dose Certa:

- Verificar a dose prescrita, levando em conta a idade e o peso corporal do paciente. Caso a dose não lhe parecer adequada, procure esclarecimentos com o médico que prescreveu.

4. Via de administração Certa:

- Muitos medicamentos podem ser administrados de várias formas: via oral (VO), via intramuscular (IM), via endovenosa (EV), via subcutânea (SC), via intradérmica (ID), aplicação tópica ou via retal (VR), entre outras;
- O médico que prescreve deve determinar a via de administração.

5. Horário Certo:

- Os medicamentos são prescritos em horários específicos. Erros no horário de administração podem prejudicar o paciente;
- Em geral, se aceita que a medicação seja dada 30 minutos antes ou depois da hora marcada.

5 - RECOMENDAÇÕES:

Dúvidas quanto à prescrição, caligrafia, doses, horários e erros de administração devem ser imediatamente comunicados a equipe médica.

POP 42 - OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL

1 - FINALIDADE:

Fornecer a quantidade adequada de oxigênio através de um cateter nasal.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, pronto atendimento e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Ressecamento da mucosa nasal;

Lesão por pressão no lóbulo da orelha.

5 - MATERIAIS:

Cateter nasal, umidificador, extensão de látex, fluxômetro, água destilada, luva de procedimento, fonte de oxigênio.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Conferir a prescrição;
2. Higienizar as mãos;
3. Reunir todo o material e levar junto ao paciente;
4. Orientar o paciente e família sobre o procedimento;
5. Preencher o umidificador com água destilada até o nível máximo;
6. Conectar o umidificador à rede de oxigênio através do Fluxômetro;
7. Conectar a extensão de silicone do catéter no umidificador de oxigênio;
8. Calçar as luvas de procedimento;
9. Colocar o cateter nasal nas narinas do paciente, ajustar a faixa elástica/cordão em torno da cabeça para prender o catéter firmemente, mas de maneira confortável;
10. Abrir o fluxômetro que regula a quantidade de oxigênio em litros por minuto, de acordo com a prescrição médica;
11. Checar o procedimento;
12. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. O uso de oxigênio por períodos prolongados, seja por cateter, ou por máscara facial, deve ser feito com prescrição médica;
2. A equipe de enfermagem deve observar os seguintes sinais em paciente que estão recebendo oxigênio: perfusão periférica, frequência respiratória e cardíaca, alterações de pressão sanguínea, e rebaixamento do nível de consciência;

3. O oxigênio deve ser administrado sempre umidificado para prevenir o ressecamento das vias aéreas e das secreções;
4. Os umidificadores deverão ser trocados a cada 24 horas obrigatoriamente.

A água destilada, utilizada para umidificação, deverá ser trocada na sua totalidade e não apenas ser completada.

POP 43 - OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI

1 - FINALIDADE:

Melhorar a oxigenação através do fornecimento de concentrações de oxigênio (24 a 50%) precisas, seguras e controladas.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, pronto atendimento e unidade de terapia intensiva.

4 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

3 -RISCO/PONTOS CRITICOS:

Intoxicação por concentração elevada de O2;

Ressecamento de córnea, mucosa oral;

Sensação de sufocamento;

Desconforto.

4 - MATERIAIS:

Bandeja, máscara, prolongamento de O2, traqueia, fonte de oxigênio, fluxômetro, umidificador, água destilada, diluidores coloridos para diferentes concentrações (24%, 28%, 31%, 35%, 40% e 50%) e adaptador para nebulização.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Higienizar as mãos;
2. Conferir prescrição, reunir todo o material e levar junto ao paciente;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento;
4. Colocar o paciente em posição de “Fowler”;
5. Adaptar a máscara à traqueia e esta ao diluidor colorido, de acordo com a prescrição médica;
6. Ajustar o adaptador de nebulização ao diluidor colorido escolhido, mesmo que a nebulização

não tenha sido prescrita;

7. Preencher o umidificador com água destilada estéril até o nível máximo;
8. Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;
9. Adaptar o sistema venturi ao umidificador e ajustar o fluxômetro de acordo com a prescrição médica;
10. Colocar a máscara de venturi sobre o nariz, a boca e o queixo do paciente delicadamente, ajustando o elástico na parte posterior da cabeça;
11. Deixar o paciente em confortável;
12. Recolher o material;
13. Higienizar as mãos;
14. Checar o procedimento
15. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. As máscaras de Venturi permitem que o fluxo de oxigênio penetre na máscara facial através de um orifício, misturando-o com o ar ambiente para fornecer uma concentração desejada. Estas Máscaras precisam estar bem ajustadas à face, para se obter o resultado desejado;
2. Em caso de insuficiência respiratória, deve-se preparar material para intubação endotraqueal. Em algumas situações, a oxigenoterapia pode ser usada intermitentemente, como em pacientes que estão recuperando-se de anestesia ou em pacientes com traqueostomia recente, com o objetivo de fornecer aporte de oxigênio;

A água destilada, utilizada para umidificação, deverá ser trocada na sua totalidade e não apenas ser completada.

POP 44 - OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA FACIAL

1 - FINALIDADE:

Melhorar a oxigenação, a perfusão tecidual e corrigir a acidose respiratória.

2- LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, pronto atendimento e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Intoxicação por concentrações altas de oxigênio, ressecamento da córnea e mucosa oral, sensação de sufocamento, úlceras de pressão em face e orelhas, ressecamento de secreções devido a umidificação inadequada.

5 - MATERIAIS:

Traqueia ou extensão de látex, máscara, fluxômetro, água destilada, cadarço, fonte de oxigênio, umidificador.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Conferir a prescrição médica;
2. Higienizar as mãos;
3. Reunir todo o material e levar junto ao paciente;
4. Explicar o procedimento ao paciente/familiar;
5. Colocar o paciente em posição de Fowler;
6. Preencher o umidificador com água destilada estéril até o nível máximo;
7. Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;
8. Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;
9. Abrir o fluxômetro que regula a quantidade de oxigênio em litros por minuto, de acordo com a prescrição médica, certificando-se de sua permeabilidade;
10. Colocar a máscara sobre o nariz, a boca e o queixo do paciente delicadamente, se necessário colocar gaze entre a máscara e a face para garantir boa vedação;
11. Ajuste a faixa elástica em torno da cabeça para prender a máscara firmemente, mas de maneira confortável;
12. Observar o paciente por alguns minutos e verificar a pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória;
13. Manter o ambiente em ordem;
14. Higienizar as mãos;
15. Checar o procedimento;
16. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. Em casos de insuficiência respiratória, deve-se deixar preparado o material para intubação

endotraqueal.

2. Em algumas situações, a oxigenoterapia pode ser usada intermitentemente, como em pacientes que estão se recuperando de anestesia ou em paciente com traqueostomia recente;

3. As máscaras, traqueias e frascos de nebulização devem ser lavadas e colocadas em solução desinfetante. O sistema de nebulização deve ser trocado a cada 24 horas;

4. O oxigênio deve ser tratado como uma medicação, pois tem efeitos colaterais perigosos, como atelectasia ou toxicidade (Thompson,2002);

5. O enfermeiro deverá checar rotineiramente as prescrições médicas e verificar se o paciente está recebendo a concentração de oxigênio prescrita;

6. Avisos de "inflamável" deverão ser colocados nas unidades, pois, o oxigênio é um gás altamente combustível. Embora não queime ou cause espontaneamente uma explosão, pode facilmente iniciar um incêndio se entrar em contato com uma faísca de chama aberta ou de equipamento elétrico;

As máscaras podem dar sensação de sufocação, e o paciente necessita de frequente atenção e tranquilização.

POP 45 - PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE

1- FINALIDADE:

Adequar e posicionar o corpo antes que ocorra a rigidez cadavérica.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Luvas de procedimento, algodão, kit de curativo (pinças), ataduras, lençol, compressas, jarra com água.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Lavar as mãos;

2. Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;

3. Explicar o procedimento a família do paciente;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Retirar sondas, soros, cateteres, drenos e demais dispositivos;
6. Iniciar o tamponamento do corpo (com o auxílio das pinças, introduzir bolas de algodão nos orifícios nasais, ouvido, boca e ânus). Exceto para os corpos que vão para o IML;
7. Realizar curativos S/N;
8. Limpar o corpo com compressas embebidas em água e secar;
9. Recolocar próteses dentárias se houver;
10. Usar atadura de crepe para fixação de mandíbula, unir e prender mãos e pés;
11. Colocar etiqueta de identificação no corpo; (nome completo, número do leito, clínica, data e horário)
12. Cobrir o corpo com lençol e transferi-lo para maca sem colchão;
13. Encaminhar o corpo ao necrotério;
14. Remover o corpo da maca para o balcão;
15. Retornar à unidade e realizar a desinfecção da maca;
16. Recompor a unidade e registrar o óbito na evolução de enfermagem.

Periodicidade

A cada ocorrência de óbito.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Solicitar aos familiares e demais pacientes para ausentarem-se da enfermaria durante a realização do procedimento;
2. O preparo do corpo somente poderá ser iniciado após o médico ter constatado o óbito;
3. O enfermeiro deve providenciar a declaração de óbito (DO) para que o médico possa preenchê-la;
4. O preenchimento da DO é de responsabilidade do Médico que deverá obedecer a RESOLUÇÃO DO CFM nº 1601/2000;
5. Após preenchida a DO o enfermeiro deve registrar em formulário específico o n.º da DO e nome completo do paciente;
6. Na ausência do Assistente social o enfermeiro deve entregar a via amarela da DO para um familiar ou responsável pelo paciente (Registro Civil), a via branca fica na pasta verde (Controle de atestados de Óbito – Chefia de Internamento) e a via rosa fica no prontuário (Unidade de Saúde);

7. Comunicar o óbito as áreas de apoio;
8. Não é permitido deixar macas no necrotério;
9. Os pertences do paciente deverão ser encaminhados ao serviço social e/ ou familiares.

POP 46 - PREPARO DO LEITO SEM PACIENTE

1 - FINALIDADE:

Preparar o leito para o recebimento do paciente.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

5 - MATERIAL:

Luvas de procedimento, 2 lençóis, 1 forro móvel (s/n), 1 cobertor, colcha e 1 fronha, suporte de hamper com saco de hamper trocado.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Higienizar as mãos;
2. Calçar as luvas;
3. Reunir as roupas de cama limpas, levar para o quarto e colocar sobre uma superfície seca e limpa (mesa, cadeira ou carrinho);
4. Estender o lençol protetor do colchão, previamente limpo, dobrando e prendendo as pontas sob o colchão de modo que o lençol de baixo esteja esticado e sem pregas sobre a cama;
5. Colocar a fronha no travesseiro e colocá-lo na cabeceira;
6. Trabalhando do mesmo lado, colocar o lençol móvel no terço central, fixando as laterais sob o colchão;
7. Centralizar a dobra longitudinal do lençol de cima e abrir em camadas dobradas na direção de um dos lados da cama;
8. Prender nos pés da cama a parte do lençol que sobrar;
9. Acrescentar o cobertor, conforme o desejo do paciente;
10. Deixar a unidade em ordem;

11. Higienizar as mãos as mãos.

7 - RECOMENDAÇÕES:

Fazer o mínimo de movimentação possível na arrumação do leito;

Usar da mecânica corporal e movimentos sincronizados.

POP 47 - PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

1 - FINALIDADE:

Manter integridade cutânea, proporcionando conforto ao paciente.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, pronto atendimento e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Queda do leito e/ou cadeira ao manuseio do paciente;

Falha na execução da técnica.

5 - MATERIAL:

Material de higiene íntima, roupas de cama, coxins, creme hidratante, colchão piramidal (caixa de ovo), AGE, filme transparente, algodão ortopédico, atadura de crepe, coxins ou almofadas.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

Aplicar a escala de Braden e classificar o paciente que está em risco de desenvolver úlcera por pressão;

1. Manter a pele limpa e hidratada;
2. Evitar água quente e fricção;
3. Evitar manter pressão sobre a pele e sobre as proeminências ósseas;
4. Realizar limpeza imediata após evacuação e urina;
5. Proporcionar o paciente em posição anatômica e confortável;
6. Identificar lesões, classificá-las e instituir tratamento;
7. Manter lençóis esticados e secos;
8. Mudança de decúbito de 2/2 horas (salvo contraindicação médica);
9. Mobilizar o paciente em lençol móvel (sem arrastá-lo);
10. Trocar curativos de lesões e estomas sempre que estiverem saturados;

11. Colocar sentados os pacientes acamados, várias vezes ao dia, sempre que houver possibilidade (a cada 15 a 30 min, mudá-lo de posição na poltrona, levantando-o e sentando-o novamente);
12. Elevar a cabeceira do leito o mínimo possível, se não houver contraindicação. Se necessário, a elevação não deve ultrapassar 30°. Isto também se aplica ao decúbito lateral;
13. Usar travesseiros e coxins;
14. Aquecer as extremidades (se frias);
15. Realizar movimentação passiva dos membros;
16. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7- RECOMENDAÇÕES:

1. Manter o paciente coberto com lençóis, e descobrir somente as regiões do corpo a serem examinadas;

2. Realizar treinamento e capacitação dos funcionários quanto às técnicas de mobilização, posicionamentos adequados e cuidados preventivos na utilização de equipamentos e acessórios, conscientizando-os de sua importância;

3. A aplicação da escala de Braden é atividade exclusiva do enfermeiro.

A escala de Braden deve ser aplicada por ocasião da admissão de todos os pacientes das unidades de internação de adultos e em crianças/adolescentes de 12 a 18 anos. No período de internação, deve ser realizada semanalmente e/ou a cada mudança do estado clínico.

POP 48 - RETIRADA DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

1- FINALIDADE:

Consiste na retirada do cateter na presença de sinais flogísticos, obstrução do cateter e conforme prescrição médica.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem

4 - MATERIAL:

Material para curativo, gaze, esparadrapo, luva estéril, lâmina de bisturi, frasco estéril S/N, soro fisiológico, clorexidina alcoólica 0,5%.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
3. Explicar o procedimento ao paciente/acompanhante;
4. Pinçar as vias de infusão para evitar extravasamento de líquidos;
5. Umedecer o curativo com soro fisiológico para facilitar a retirada do mesmo;
6. Realizar a antissepsia do local de inserção do cateter;
7. Soltar a fixação dos pontos cirúrgicos;
8. Retirar o cateter venoso central;
9. Fechar rapidamente o orifício de inserção do cateter com curativo oclusivo devido ao risco de embolia.

Periodicidade:

Quando o catéter estiver obstruído;
Quando existir presença de sinais flogísticos;
De acordo com orientação médica.

4 - RECOMENDAÇÕES:

Na presença de sinais flogísticos, coletar a ponta do cateter com técnica asséptica, retirar cerca de 5 cm com o auxílio da lâmina de bisturi e colocar em frasco estéril. Encaminhar ao laboratório junto à solicitação médica.

POP 49 - SONDAGEM NASOGÁSTRICA

1- FINALIDADE:

Drenar conteúdo gástrico para descompressão, realizar lavagem gástrica e administração de medicação/alimento.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

1. Localização da sonda (sempre realizar o teste antes da infusão);
2. A sonda pode deslocar-se para o aparelho respiratório;
3. Lesões orais, nasais, esofágicas ou gástricas por deficiência no procedimento;
4. Hemorragia (epistaxe);
5. Otite média, sinusite aguda, pneumonia aspirativa;
6. Atentar para fixação adequada da sonda, prevenindo o deslocamento da mesma.

5 - MATERIAL:

Bandeja, SNG, Gel hidrossolúvel, seringa 20ml, gaze, estetoscópio, toalha, luva de procedimento, esparadrapo ou fita adesiva hipoalergênica, máscara descartável.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1- Higienizar as mãos;

2- Conferir a prescrição médica, reunir todo material na bandeja e levar para próximo ao paciente;

3- Orientar paciente e familiar sobre o procedimento;

4- Isolar a cama com um biombo, se necessário;

5- Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contraindicação; caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;

6- Colocar máscara e calçar luvas de procedimento;

7- Verificar o uso de próteses dentárias móveis, solicitando ao paciente para retirá-los;

8- Avaliar obstrução nasal e/ou desvio de septo;

9- Higienizar a narina com solução fisiológica, se necessário;

10- Colocar a toalha no tórax (ou papel-toalha);

11- Medir a sonda da ponta do nariz até o lóbulo da orelha e, a seguir, estender a sonda até o apêndice xifoide. Acrescentar a medida de dois dedos, marcando com fita adesiva;

12- Lubrificar a sonda utilizando gaze gel hidrossolúvel;

13- Introduzir na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, nesse ponto, peça ao

paciente para fletir ligeiramente a cabeça;

14- Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;

15- Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;

16- Testar posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa de bico. Auscultar com estetoscópio concomitantemente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;

17- A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;

18- Manter a sonda fechada ou aberta, conforme a indicação da prescrição;

19- Recolher todo material, deixando o ambiente em ordem e encaminhar ao expurgo;

20- Retirar as luvas de procedimento e a máscara descartável;

21- Higienizar as mãos;

22- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

7. RECOMENDAÇÕES:

1- Orientar paciente ou acompanhante quanto ao volume e tempo de infusão;
2- Manter decúbito elevado e comunicar qualquer alteração;
3- A sonda deverá ser testada sempre antes da administração da dieta;
4- Após a administração da dieta, manter a sonda limpa e permeável;
5- Sinais de asfixia como cianose, acesso de tosse e dispneia são indicativos de que a sonda está sendo direcionada para o trato respiratório, neste caso, retirar a sonda imediatamente;
6- A higiene nasal e oral deverá ser rigorosa em paciente com SNG para evitar complicações como parotidites;
7- Em caso de perda ou deslocamento da sonda em pacientes de pós operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada nem mesmo reintroduzida sem avaliação médica.

POP 50 - SONDAGEM NASOENTERAL

1 - FINALIDADE:

Permitir a administração de dietas e medicamentos de maneira mais confortável e segura,

principalmente nos pacientes idosos, acamados e com reflexos diminuídos.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Traumas nasais, inflamação do intestino, diarreia, obstrução da sonda, pneumotórax.

5 - MATERIAL:

Máscara descartável, bandeja, SNE, gel hidrossolúvel, seringa 20ml, gaze, estetoscópio, luva de procedimento, esparadrapo/micropore, SF 0,9%, lanterna (se necessário), biombo (se necessário), toalha ou papel toalha.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Higienizar as mãos;
2. Conferir a prescrição médica e reunir todo material necessário;
3. Conferir se a dieta está de acordo com a prescrição;
4. Observar a integridade do frasco e aspecto e temperatura da dieta;
5. Conectar o equipo ao frasco da dieta;
6. Explicar o procedimento ao paciente sempre que possível;
7. Posicionar o paciente em posição “Semi-Fowler” ou “Fowler”
8. Confirmar o posicionamento da sonda com seringa de 20ml;
9. Conectar o equipo na sonda, dobrando-a para evitar a entrada de ar;
10. Abrir o equipo, deixando a dieta correr lentamente, conforme prescrição médica;
11. Após término da dieta, lavar a sonda com 20ml de água filtrada em “push”;
12. Conectar frasco com água;
13. Fechar a sonda;
14. Manter o paciente em decúbito elevado por 30 minutos;
15. Deixar o paciente confortável;
16. Recolher todo material, deixando o ambiente em ordem e encaminhar para o expurgo,

17. Higienizar as mãos;
18. Checar o procedimento;
19. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

7- RECOMENDAÇÕES:

1. Os frascos de água administrados no decorrer do dia têm como objetivo hidratar o paciente e não substituem a lavagem manual com a seringa;
2. Realizar limpeza das tampas conectoras com álcool a 70% e da parte externa da sonda. Trocar a fixação sempre que houver sujidade;
3. O equipo específico deverá ser trocado segundo orientações do NCIH;
4. Verificar rotineiramente o resíduo gástrico (volume de líquido dentro do estômago) a fim de determinar se o volume alimentar ultrapassa ou não a capacidade fisiológica do paciente. Se for:

– Menor que a metade do último volume infundido: desprezar e administrar o próximo frasco;

– Maior/igual que a metade do último valor infundido: reinfundir e descontar esse valor da próxima dieta. Verificar com o médico a utilização de pró-cinéticos e modificar a administração da NE para bomba de infusão;

– Maior/igual que o total do último volume infundido: desprezar, dar pausa na dieta e comunicar ao médico;

5. Se o paciente ficar nauseado ou vomitar, interrompa a alimentação imediatamente;
6. A validade da dieta é de 180 minutos a partir do recebimento do frasco na unidade. Normalmente, a dieta deve ser administrada no período de 90 a 120 minutos, respeitando-se o intervalo de pelo menos 1 hora entre a administração de uma dieta e outra, a fim de evitar desgaste da mucosa intestinal.

POP 51 - SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

1- FINALIDADE:

O cateterismo vesical de alívio tem se mostrado altamente eficaz como procedimento de drenagem vesical, com a vantagem de reduzir os episódios de infecção do trato urinário associados a catéter.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO: Internação/Enfermarias, pronto atendimento e unidade de terapia intensiva.

3- RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Trauma de meato urinário;

Infecções urinárias e infecções hospitalares.

5- MATERIAL:

01 pacote estéril de sondagem vesical;01 par de luvas estéreis;

01 par de luvas de procedimento;

1 sonda vesical de calibre adequado;

Xilocaína gel;

2 pacotes de gaze;

Solução antisséptica aquosa (PVPI tópico ou Clorexidine aquosa 0,2%);

Frasco graduado;

Saco ou lixeira para descarte de material biológico.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material e levar até a paciente;
3. Promover ambiente iluminado e privativo;
4. Explicar o procedimento à paciente;
5. Calçar luvas de procedimento;
6. Verificar as condições de higiene do períneo, se necessário, proceder à higienização com água morna e sabão, secar após;
7. Posicionar a paciente em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas e afastadas. Visualizar o meato uretral;
8. Retirar as luvas de procedimento;
9. Organizar o material sobre uma mesa ou local disponível;
10. Abrir o pacote de sondagem, acrescentando: quantidade suficiente de PVPI ou Clorexidine Aquosa 0,2% na cuba redonda, pacotes de gaze sobre o campo estéril, uma porção de xilocaína gel (após descartar o primeiro jato) sobre o campo e a sonda (pode-se abrir o pacote com uma tesourinha);
11. Calçar as luvas estéreis;

12. Dobrar aproximadamente 07 folhas de gaze e colocar na cuba com o antisséptico;
13. Proceder à antissepsia do períneo com as gazes que foram embebidas no antisséptico;
14. Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
15. Colocar a cuba rim sobre o campo fenestrado, em frente à fenestra do campo;
16. Introduzir a sonda no meato uretral da paciente até retornar urina na cuba rim;
17. Quando a cuba encher de urina, desprezar a urina no frasco graduado, clampeando a sonda com a ponta de um dos dedos, repetindo quantas vezes for necessário;
18. Retirar a sonda, quando parar de drenar urina, clampeando a sonda com a ponta de um dos dedos e puxando-a da bexiga, liberando a urina restante no interior da sonda para dentro da cuba rim;
19. Auxiliar a paciente vestir-se, deixando-a confortável;
20. Verificar o volume drenado;
21. Recolher o material, providenciando o descarte e armazenamento adequado dos materiais;
22. Lavar as mãos novamente;
23. Registrar o procedimento na evolução ou folha de observação complementar de enfermagem da paciente.

POP 52 - SONDAGEM VESICAL DE DEMORA

1- FINALIDADE:

Introdução de um cateter pela uretra até a bexiga com fim de diagnóstico ou tratamento

2- LOCAL DE EXECUÇÃO: Internação/Enfermarias e unidade de terapia intensiva.

3- RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Trauma de meato urinário;
Infecções urinárias e infecções hospitalares.

5- MATERIAL:

Bandeja de cateterismo vesical Sonda
Foley

Bolsa coletora sistema fechado PVPI

tópico

Gel hidrossolúvel

Luvas de procedimento e estéril

Ampolas de água destilada Biombo

Seringa 20 ml e 10 ml

Fita adesiva hipoalergênica ou esparadrapo.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1- Conferir a prescrição médica;
2- Reunir o material e levar até o paciente;
3- Explicar o procedimento ao paciente;
4- Promover a privacidade do paciente;
5- Higienizar as mãos;
6- Posicionar o paciente:
7- Feminino: posição dorsal (supino com joelhos flexionados).
8- Masculino: posição supina com as coxas levemente contraídas.
9- Calçar luvas de procedimento e realizar a higiene íntima rigorosa com água e sabão (se paciente dependente). Orientar a higienização prévia a pacientes independentes;
10- Retirar luvas de procedimento e higienizar as mãos;
11- Abrir a bandeja de cateterismo e adicionar os materiais descartáveis (sonda de Foley, seringas, agulhas, gaze estéril e sistema coletor fechado) dentro da técnica asséptica;
12- Calçar luvas estéreis (2 pares);
13- Adaptar a sonda de Foley ao coletor de urina sistema fechado;
14- Com auxílio de um colega, colocar gel hidrossolúvel na seringa de 20ml (se paciente masculino) e colocar água destilada em seringa de 10ml;
15- Testar o cuff (balonete) com a seringa de 10ml com água destilada;
16- Realizar antissepsia do meato uretral:

A. Feminino:

(1) com a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento.

(2) usando pinça na mão dominante esterilizada, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar a área do períneo, limpando da frente para trás do clitóris na direção do

ânus. Com uma nova gaze para cada área, limpar ao longo da dobra dos grandes lábios, perto da dobra dos grandes lábios e diretamente sobre o centro do meato uretral.

B. Masculino:

(1) recolher o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glande. Manter a mão não dominante na posição ao longo do procedimento.

(2) com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glande. Repetir a limpeza três vezes, usando uma gaze limpa a cada vez.

1.Retirar o primeiro par de luva estéril usado na antissepsia;

2. Posicionar o campo fenestrado sobre a genitália;

3.Lubrificar a sonda com xilocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml.

4.Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina. Quando masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do paciente;

5. Insuflar o balonete com água destilada, observando o volume marcado na sonda;

6. Tracionar vagarosamente a sonda e fixar na parte interna da coxa (mulher) e área supra púbica (homem);

7. Não esquecer de reposicionar o prepúcio e remover o excesso de antisséptico da área meatal;

8. Prender o coletor na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do funcionário;

9. Auxiliar o paciente a ficar numa posição confortável;

10. Lave e seque a área perineal conforme for necessário;

11. Encaminhar o material utilizado ao expurgo;

12. Retirar luvas e higienizar as mãos;

13. Checar o procedimento;

14. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7-RECOMENDAÇÕES:

1. Em pacientes acamados, com sonda vesical, deve-se fazer higiene íntima após cada evacuação.

2. Sondas utilizadas para cateterismo vesical: em adolescentes (nº 10 ou 12), em adultos (nº 14

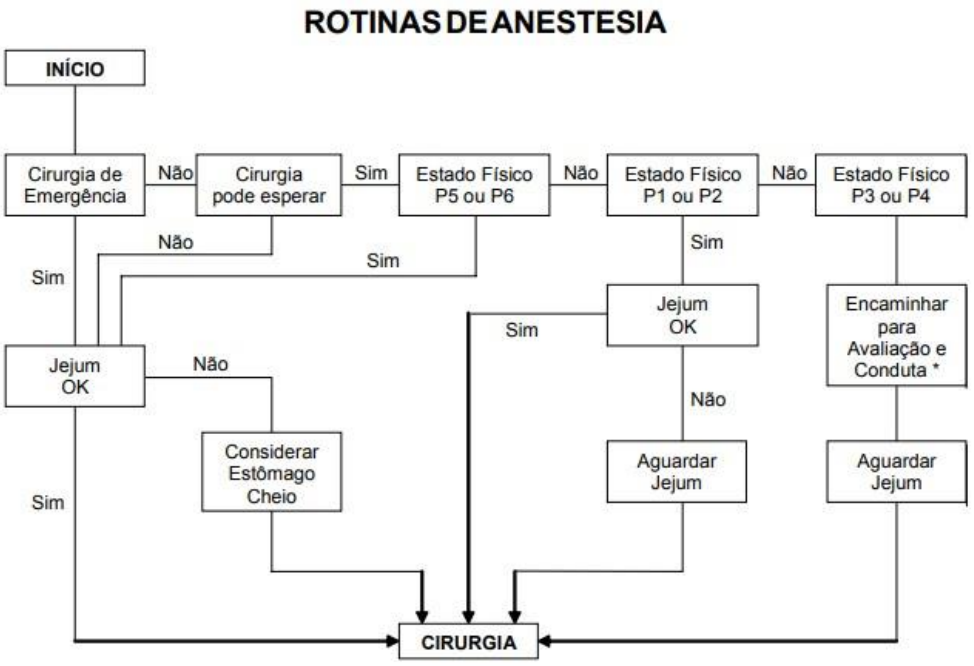
ou 16), em gestantes (nº 14) e sonda de alivio (nº 10 ou 12).

3. Em alguns casos de retenção urinária pode ser colocada bolsa de água morna ou compressas na região supra púbica.
4. Observar e anotar o volume urinário, cor e o aspecto.
5. Desinsuflar o balão na retirada da sonda vesical, observar e anotar a primeira micção espontânea.
6. O sistema de drenagem deve ser obrigatoriamente "fechado" e trocado toda a vez que for manipulado inadequadamente. Não há um intervalo ideal preconizado para a troca da sonda, mas recomenda-se a sua retirada precocemente.
7. Não abrir o sistema de drenagem, para realizar coleta de exames.
8. Indicações para troca do cateter e sistema coletor: obstrução, presença de grande quantidade de resíduos no sistema, presença de incrustações visíveis e urina com aspecto purulento, febre de origem não determinada sem outra causa reconhecida, desconexão acidental ou ruptura, violação e contaminação do sistema por técnica inapropriada na instalação e manuseio.
9. Retirada da sonda vesical de demora, diminui a incidência de infecção urinaria.
10. Não realizar lavagem da sonda vesical sem recomendação médica.
11. Os coletores de urina devem ser esvaziados a cada 6 horas e nunca devem ser posicionados em um nível acima do púbis;
12. Realizar higiene perineal com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos 2X ao dia.

.

6.3.3. Protocolos Assistenciais de Atenção Médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas Emergências e Unidades de Terapia Intensiva de adulto e de Pediatria.

6.3.3.1 PROTOCOLOS MÉDICOS NA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



*** ENCAMINHAR À CARDIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA (AUSÊNCIA DE CARDIOLOGIA)**

1) HAS de difícil controle terapêutico
   - PAS > 180 mmHg
   - PAD > 110 mmHg
   - PAD > 100 mmHg associada a insuficiência
2) Infarto prévio do miocárdio
3) ICC classe funcional II e III
4) Angina
5) Cardiopatia congênita
6) Valvopatia grave
7) Revascularização miocárdica
8) Cirurgia cardíaca prévia

** Deverá constar na avaliação resultados de exames **

CONDUTA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL

- PAS > 180 mmHg
- PAD > 110 mmHg

Não administrar Nefedipina sublingual ou similar
Não administrar captopril ou outro inibidor do Sistema Renina Angiotensina
Não administrar diurético
Não promover queda brusca da pressão arterial (> 30% da basal)
Se necessário controlar a pressão arterial com Beta Bloqueador ou Alfa 2 Agonista (Clonidina ou dexmedetomidina)

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO

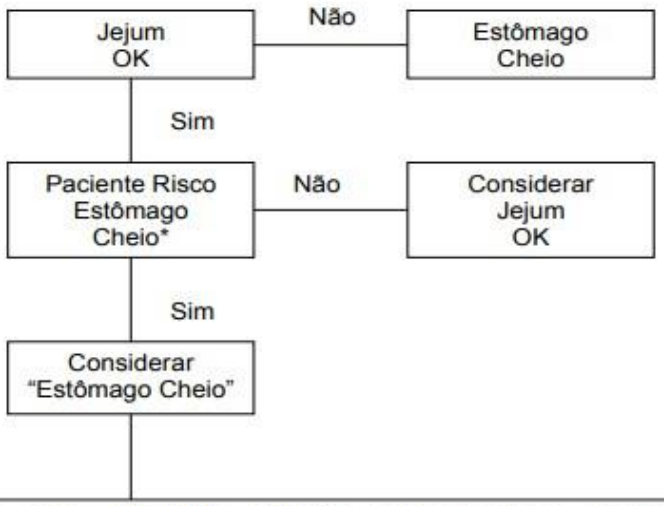
CLASSE	DESCRIÇÃO
P1	Paciente normal sem doença
P2	Paciente com doença sistêmica leve
P3	Paciente com doença sistêmica grave
P4	Paciente com doença sistêmica que representa ameaça constante à vida
P5	Paciente moribundo, sem expectativa de vida a menos que seja operado
P6	Paciente com morte cerebral, onde os órgãos serão removidos para doação
E	Sufixo colocado após a classificação para designar emergência

DEFINIÇÃO DO TEMPO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

IDADE	SÓLIDO (refeição leve – torrada e chá)	SÓLIDO (refeição completa – gorduras, carnes)	LEITE NÃO HUMANO	LEITE MATERNO	LÍQUIDO CLARO
RN					
< 6 meses			6 horas	4 horas	2 horas
6 - 36 meses	6 horas	8 horas	6 horas	4 horas	2 horas
> 36 meses	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas
Adulto	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas

Líquido claro: água, suco de fruta sem polpa, chá claro, bebidas isotônicas, bebidas carbonatadas (refrigerantes).

ESTÔMAGO CHEIO



Nos pacientes de risco, introduzir profilaxia medicamentosa (gastrocinéticos como a metoclopramida, antiácidos não particulados como o citrato de sódio e antagonistas do receptor H2 como ranitidina) e associar indução seqüencial rápida. Quando o paciente já estiver em uso de sonda nasogástrica esta deve ser aspirada e não deve ser removida.

* Pacientes de risco estômago cheio: falta de jejum, refluxo gastroesofágico, acalasia, neuropatia autonômica diabética, divertículo de Zencker, estenose CA de esôfago, diminuição do tônus do EEI, TCE, isquemia cerebral, desordens neuromusculares, distrofias musculares, dor, estenose intestinal, ascite de grande volume, gestação, uremia, hipo e acloridria gástrica.

DIABETES MELLITUS

a) Hipoglicemiante oral de longa duração suspender com antecedência se possível.
b) Hipoglicemiante oral de curta duração suspender no dia
c) Avaliação da glicemia deve ser feita no dia da cirurgia
d) Glicemia entre 150 e 200 mg % evitar insulina pelo risco de hipoglicemia
e) Glicemia até 250 mg/dL não contra indica cirurgia
f) Insulina deve ser utilizada no controle pré-operatório (ver esquema a seguir)
g) Evitar estresse e situações que desencadeiam reações catabólicas e hiperglicemia, sempre que pos s í-vel prescrever medicação pré-anestésica, planejar analgesia pós-operatória.

Obs.: Paciente diabético pode ter uma maior dificuldade para intubação traqueal

Cuidados Específicos
Em caso de pacientes compensados com dieta:
Realizar glicemia capilar de 6/6 horas até o retorno da alimentação
Evitar infusões de grandes volumes de soluções com glicose

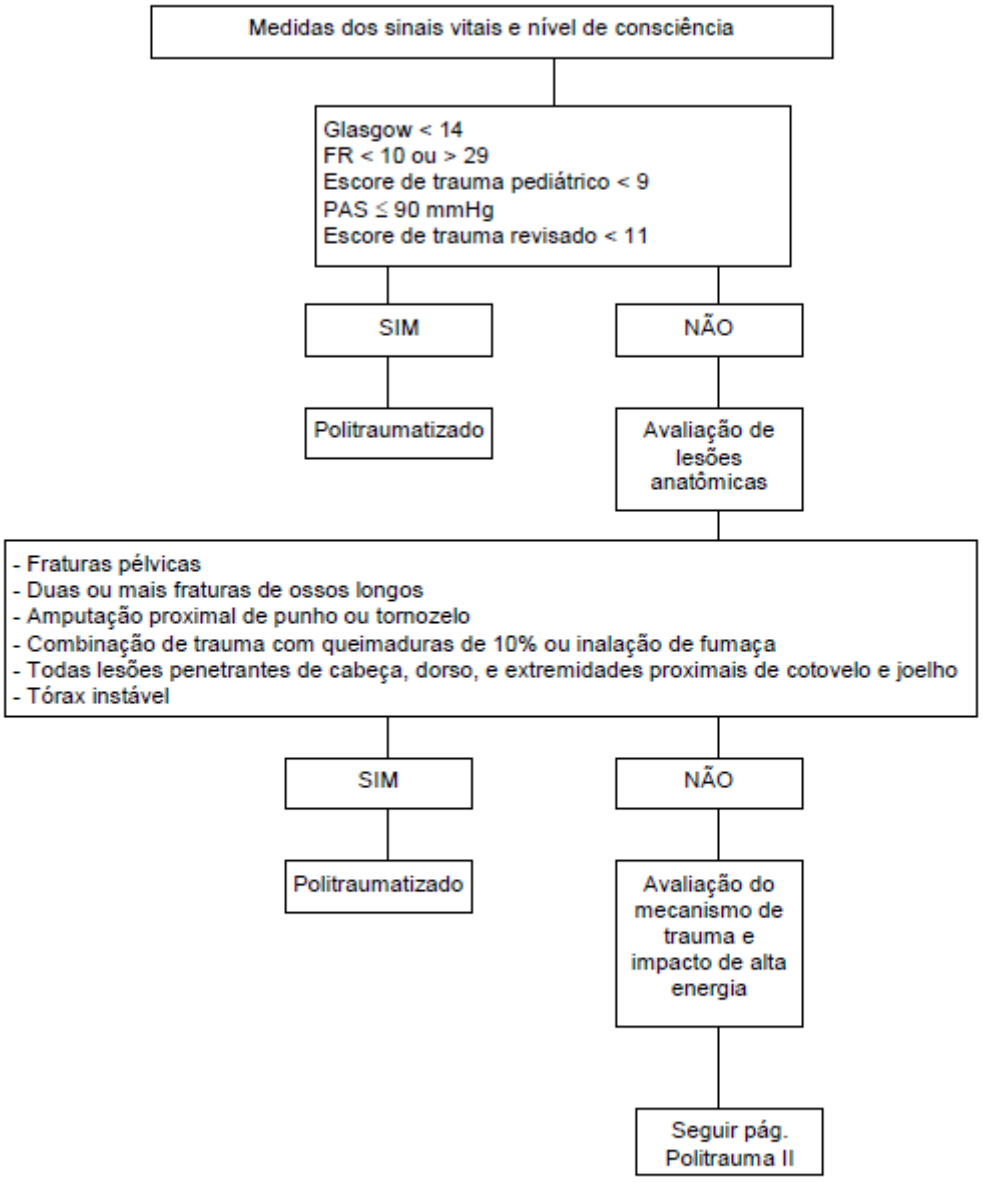
Em caso de pacientes compensados com hipoglicemiante oral:
Suspender hipoglicemimiante
Manter dextro de 6/6 horas na véspera, no intra o pós-operatório até a suspensão do jejum e o retorno do hipoglicemiante oral

Em caso de paciente compensado com insulina:
Em uso de insulina ultralenta a mesma deverá ser suspensa 3 dias antes da cirurgia e substituí-la por insulina NPH e regular, se possível.
Manter dextro de 6/6 horas e insulina se necessário, além da infusão de solução glicosada a 5%, durante o período de jejum.
Nos pacientes com insulina NPH, administrar 1/3 da dose habitual na manhã da cirurgia e manter com solução glicosada a 5%.

MEDICAÇÕES QUE DEVEM SER SUSPENSAS ANTES DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO QUANDO POSSÍVEL

DROGA	TEMPO PRÉVIO DE SUSPENSÃO
Antidepressivo tricíclico – ADT (quando utilizando forma aguda menos de 4 semanas e ou utilizado doses elevadas)	15 a 21 dias
Inibidores da MAO (quando clinicamente viável)	15 dias
Hipoglicemiante oral	8 a 12 horas
Hipoglicemiante oral de longa duração	24 a 72 horas
Inibidores do apetite	15 dias
AAS	7 dias
ticlopidina	10 dias
clopidogrel	7 dias
Inibidores da GP IIb/IIIa	Bloqueio neuraxial não recomendado, monitorizar função plaquetária se punção for necessária
Heparina não-fracionada	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 1h antes ou 2-4h depois da dose de heparina
Heparina de baixo peso molecular	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 10-20h após baixas doses ou 24h após altas doses e reiniciar a terapia 2-4h depois do bloqueio.
Anticoagulantes orais	Monitorizar INR, se $\leq$ 1,4 pode ser realizado bloqueio neuraxial; para cirurgias eletivas suspensão 1 a 3 dias antes e observar TP = 20% do valor normal e retornar com tratamento 1 a 7 dias após cirurgia.

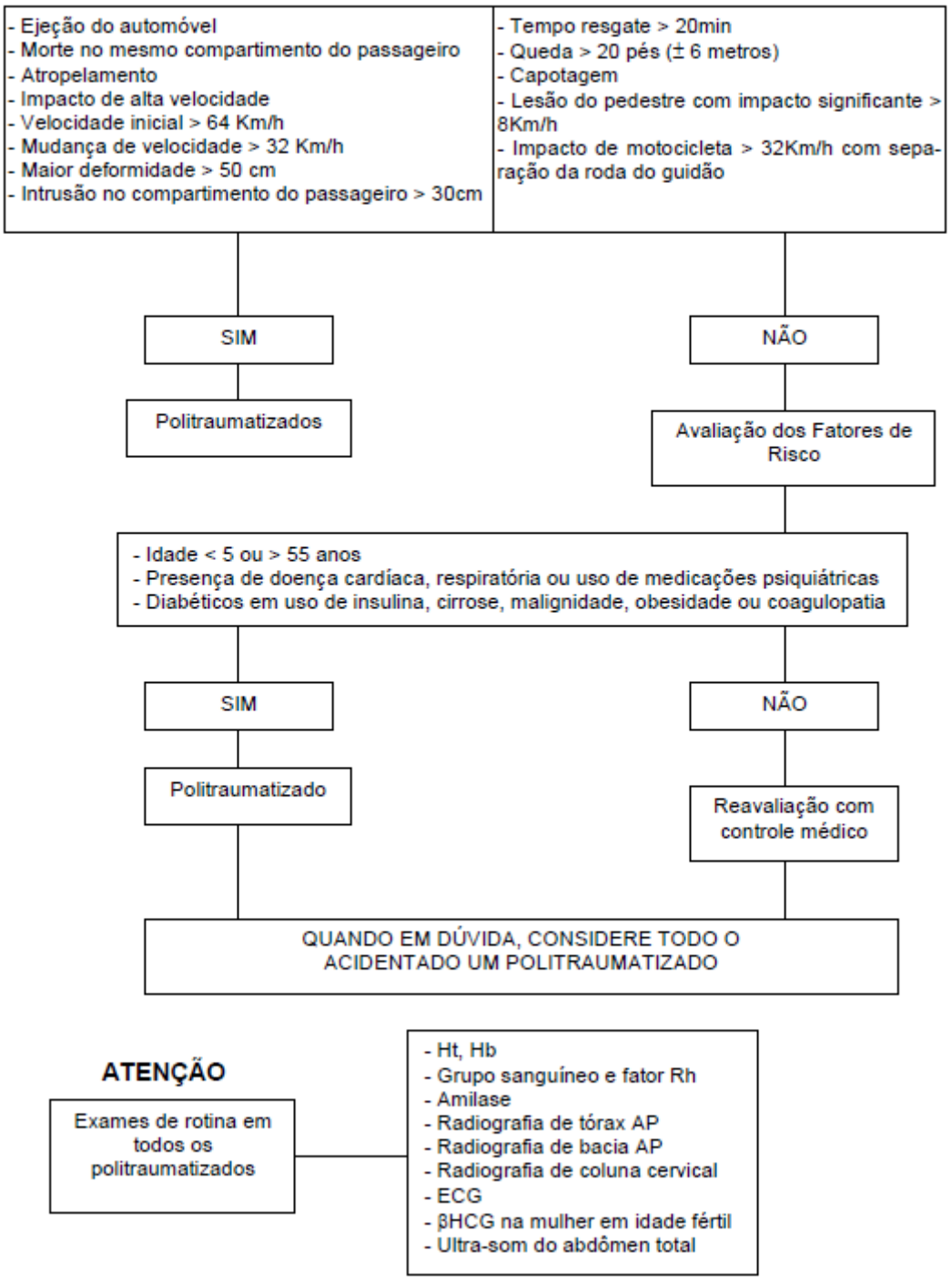
POLITRAUMATIZADO – I
(IDENTIFICAÇÃO)



São politraumatizados os pacientes com um ou mais traumas significativos
de cabeça, tórax, abdome, trato urinário, pelve ou coluna e extremidades.

FR = Freqüência Respiratória
PAS = Pressão Sistólica

POLITRAUMATIZADO II
(IDENTIFICAÇÃO)



ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- βHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

ESCORE DE TRAUMA ADULTO

VARIÁVEIS		ESCORE
Freqüência Respiratória	10 a 24 25 a 35 > 36 1 a 9 0	4 3 2 1 0
Pressão Sistólica mm Hg	> 89 70 a 89 50 a 69 1 a 49 0	4 3 2 1 0
Escala de Coma Glasgow	13 a 15 09 a 12 06 a08 04 a 05 < 04	4 3 2 1 0

PACIENTE POLITRAUMATIZADO

ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO

AVALIAÇÃO	ESCORE		
	+2	+1	-1
PESO	>20kg	10 a 20Kg	< 10Kg
Vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubação ou Traqueostomia
Pressão arterial	> 90mmHg	50 a 90mmHg	< 50mmHg
Nível de consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
Lesões abertas	Nenhuma	Menor	Maior ou penetrantes
Fraturas	Nenhuma	Menor	Mútiplas ou penetrantes

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

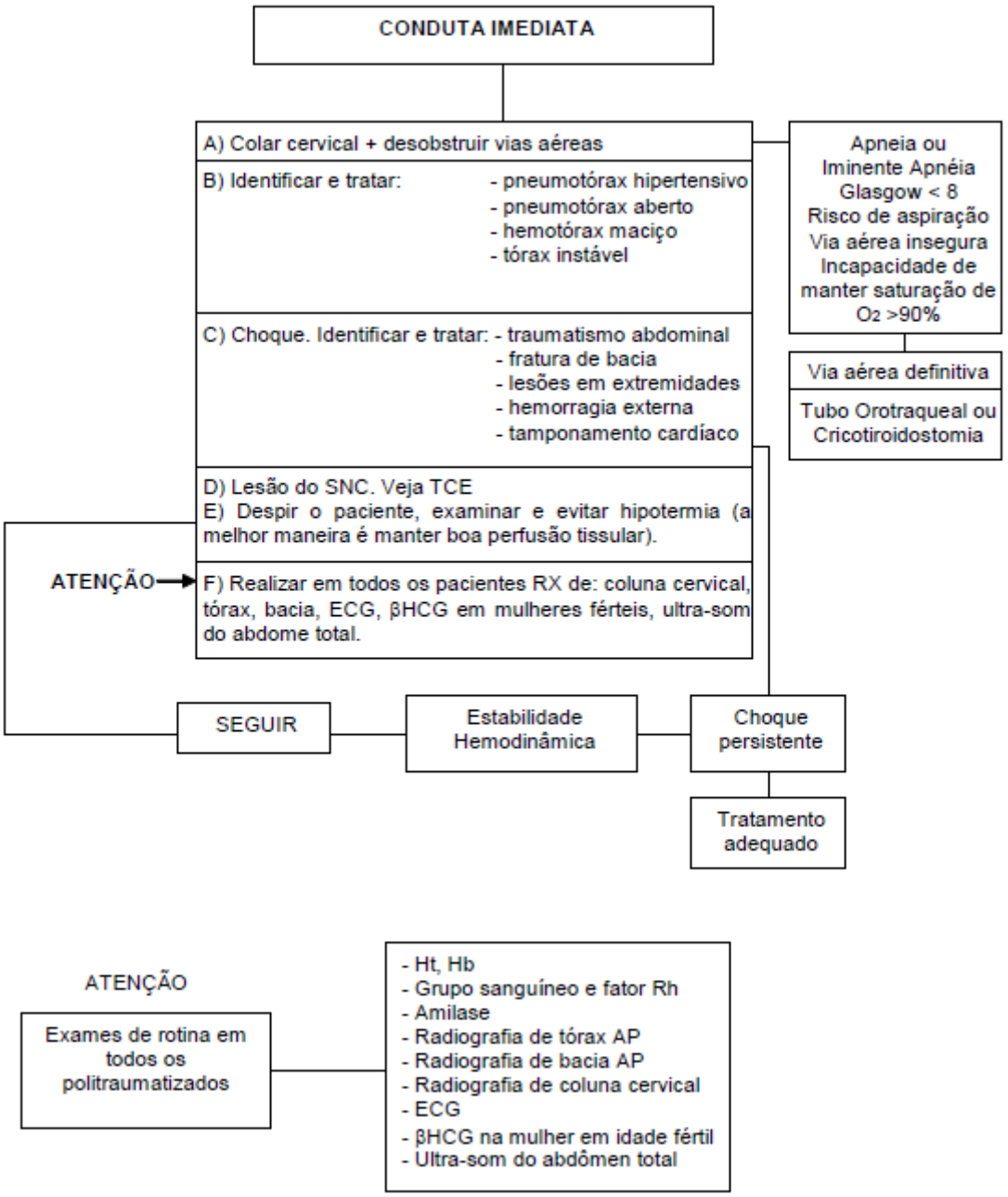
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- βHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

POLITRAUMATISMO



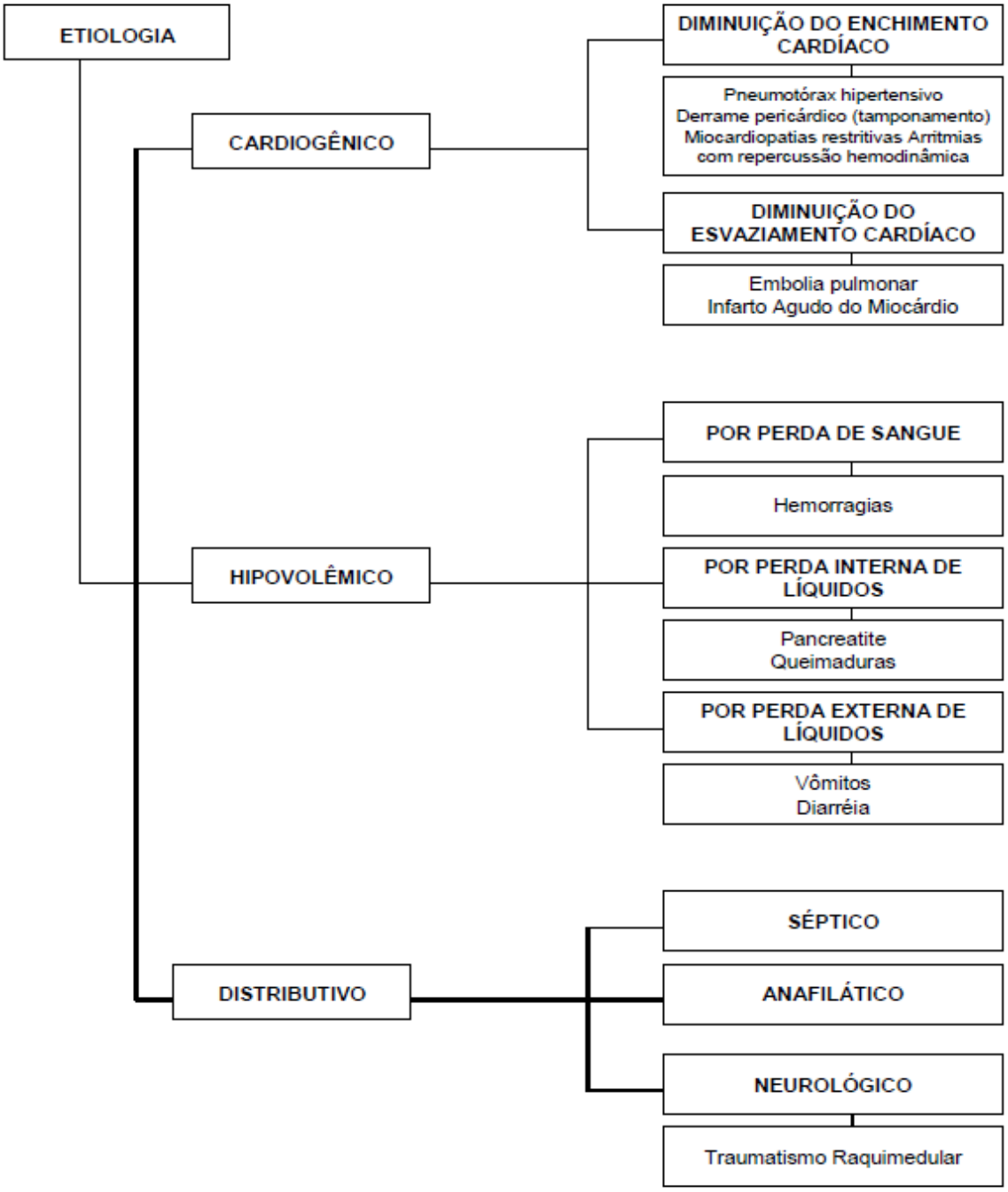
ATENÇÃO

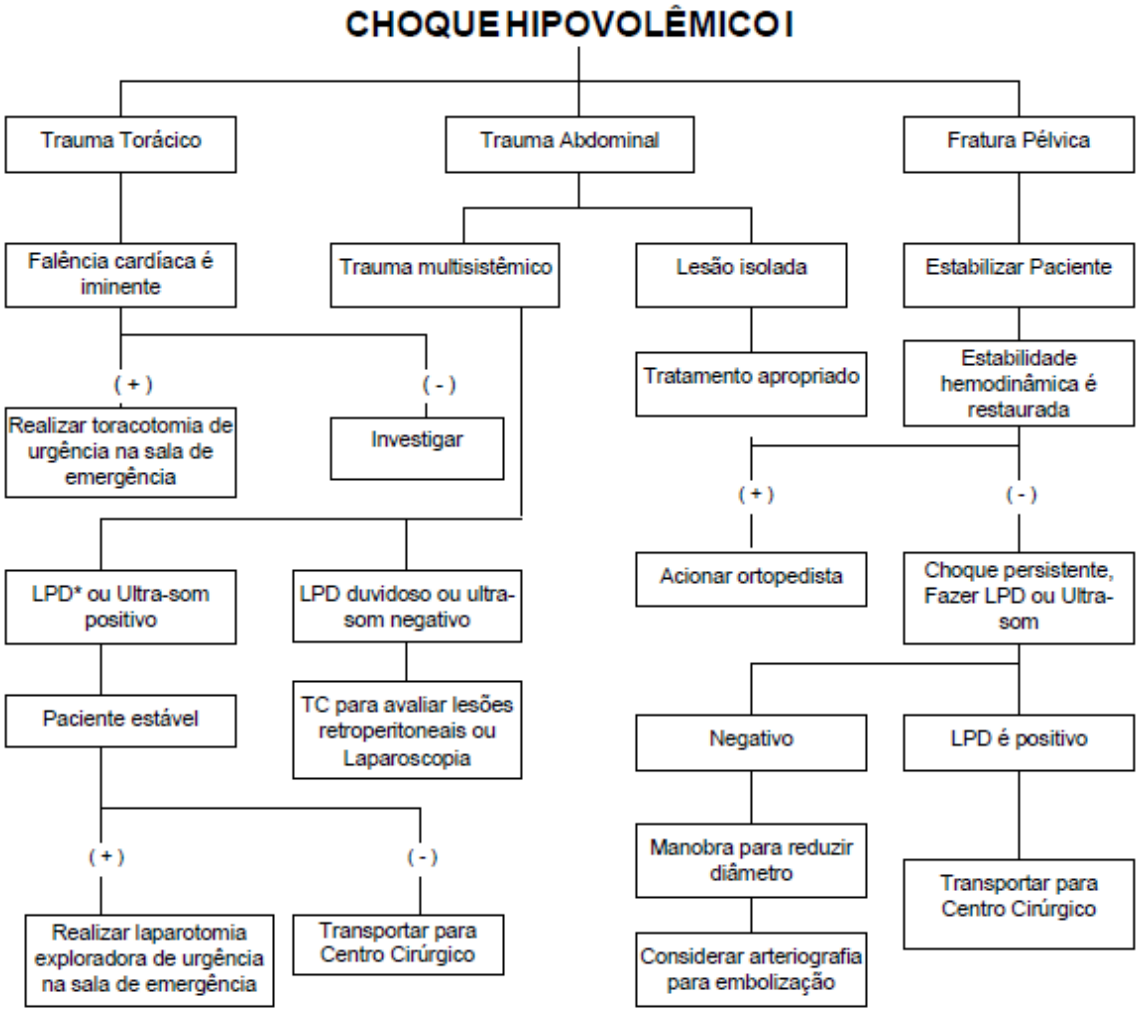
Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- βHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

CHOQUE

DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO EM DECORRÊNCIA DE MÁ PERFUSÃO PERIFÉRICA





(-) Não
(+) Sim

TRATAMENTO
Dois cateteres (jelco 14 ou 16) em veias periféricas calibrosas
Cristalóides – Adulto – 3.000ml da solução cristalóide (correr aberto),
Se necessário infundir mais 3.000ml.
Crianças – 20 a 40ml/Kg da solução cristalóide
Não melhorou, usar sangue

*LPD – Lavagem Peritoneal Diagnóstica

CHOQUE HIPOVOLÊMICO II

ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUIDOS OU SANGUE BASEADA NA APRESENTAÇÃO INICIAL DO PACIENTE ADULTO

	I	II	III	IV
Perda de sangue (ml)	< 750	750 a 1.500	1-500 a 2.000	> 2.000
Perda de sangue{%)	< 15%	15 a 30%	30 a 40%	> 40%
Freqüência de pulso	< 100	> 100	>120	>140
Pressão sanguínea	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
Freqüência respiratória	14 a 20	20 a 30	30 a 40	> 35
Pressão de pulso	Normal ou aumentada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Débito urinário (ml/h)	> 30	20 a 30	05 a 15	Nenhum
SNC	Ligeiramente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso e confuso	Confuso e letárgico
Reposição de fluidos (Regra 3:1)	Cristalóide	Cristalóide	Cristalóide e sangue	Cristalóide e sangue

- Regra 3:1 - reposição de 300ml de solução eletrolítica para cada 100ml de perda sanguínea.

CHOQUE HIPOVOLÊMICO

REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO

ADULTO:
1- Ringer Lactato 3.000ml endovenoso em 5 a 10min.
2 - Repetir se o paciente não melhorar (até 2x).
3 -Iniciar transfusão de sangue se o doente não melhorar após a segunda infusão (somente no caso de hemorragia).

CRIANÇA:
1 - 20ml/Kg (peso). Inicial.
2 - Repetir item 1 (até 2x)
3 - Transfusão 10 ml/Kg peso (somente no caso de hemorragia)

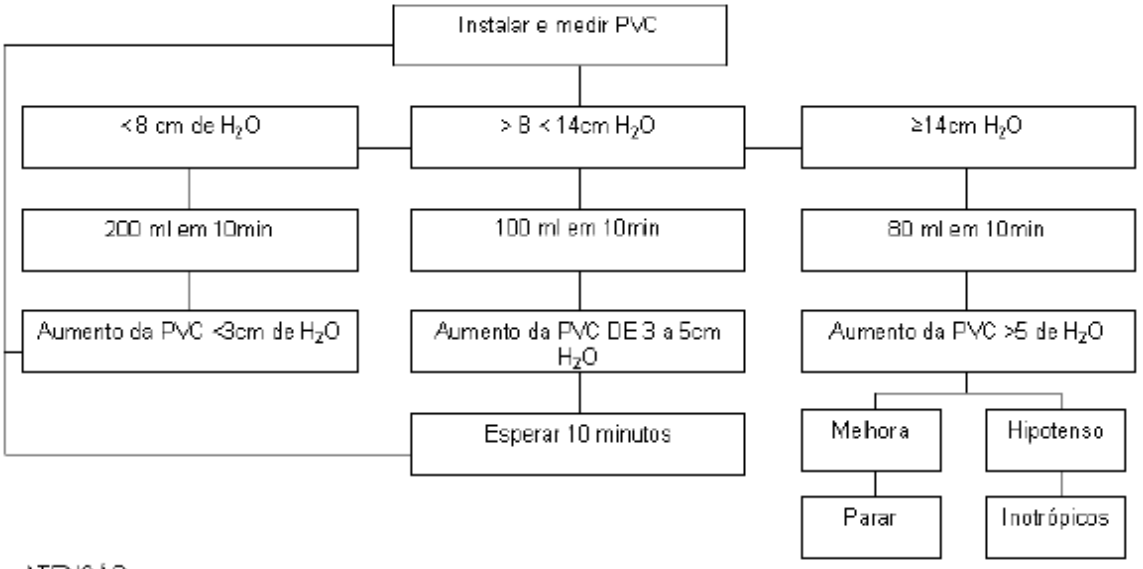
Continuar a expansão rápida de líquidos com cristalóide e/ou colóides até atingir os índices abaixo.

Paciente estabilizado deve ter os seguintes parâmetros:

Pulso radial	Menor que 100 batimentos por minuto
Pressão arterial	Normal
Débito urinário	Maior que 50 ml por hora
Oximetria	Saturação de O_2 maior que 95%

REPOSIÇÃO DE VOLUME NO PACIENTE CARDIOPATA

PRESSÃO COLOIDOSMÓTICA DEVE ESTAR NORMAL



ATENÇÃO:
OBSERVAR:
1 - Dois (2) acessos venosos periféricos com jelco 14.
2 - Pacientes com hipoalbuminemia necessitam albumina humana associada ao cristalóide, desde o início.
3 - Pacientes cardiopatas podem necessitar de cardiotônicos.
4 - Monitorização da PVC: queimados, sépticos, neurológicos, cardiopatas.
5 - Pacientes diabéticos ou com insuficiência hepática não devem fazer uso de Ringer Lactato.

CHOQUE HIPOVOLÊMICO EM CRIANÇAS

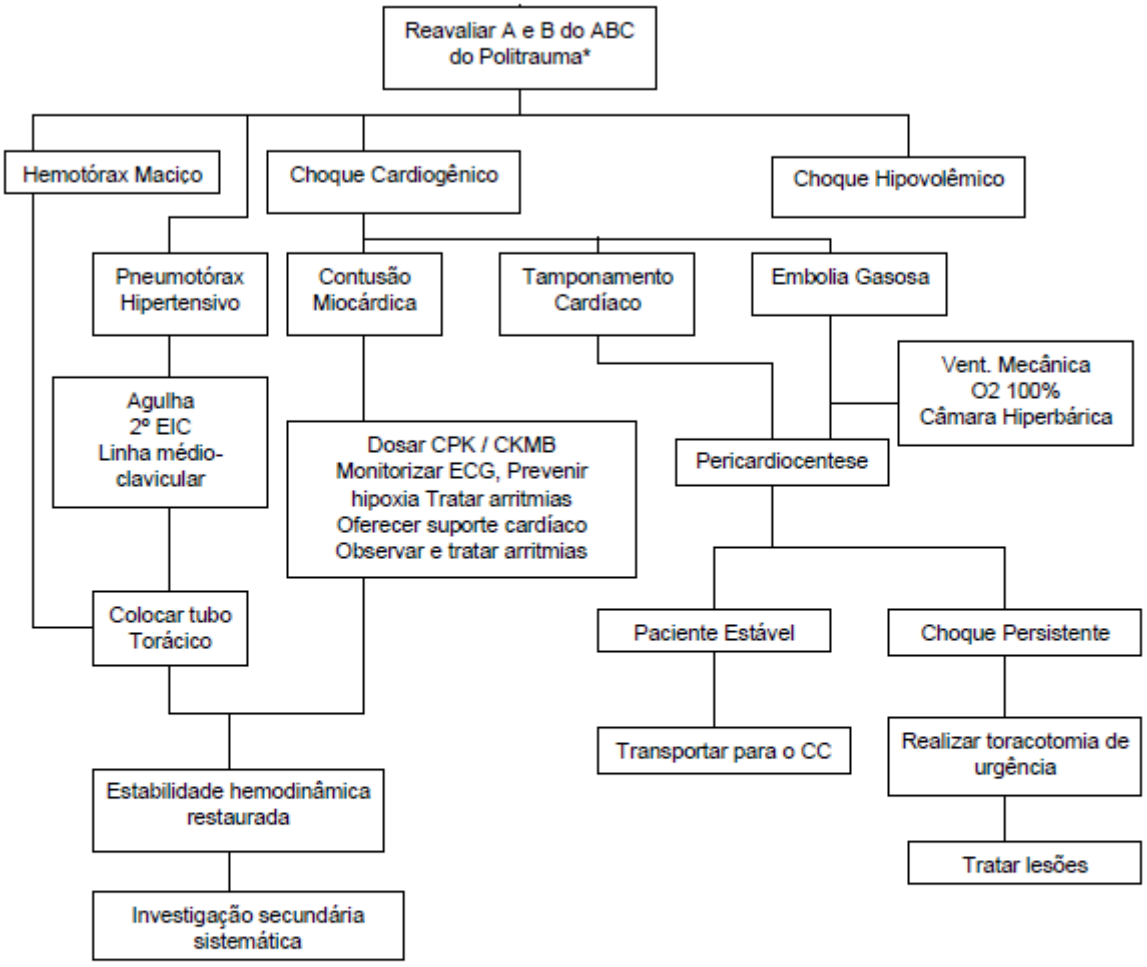
RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

	PERDA DE VOLUME SANGUINEO		
	< 25%	25 a 45%	> 45%
Cardíaco	Pulso fraco, aumento da FC	Aumento da FC	Hipotensão Taquicardia para bradicardia
SNC	Letárgico, irritável, confuso	Mudança de nível de consciência, resposta à dor	Comatoso
Pele	Fria, pegajosa	Cianótica, enchimento capilar diminuído, extremidades frias	Pálida e fria
Rins	Débito urinário diminuído, aumento de densidade	Débito urinário mínimo	Sem débito urinário

SINAIS VITAIS NORMAIS EM CRIANÇAS

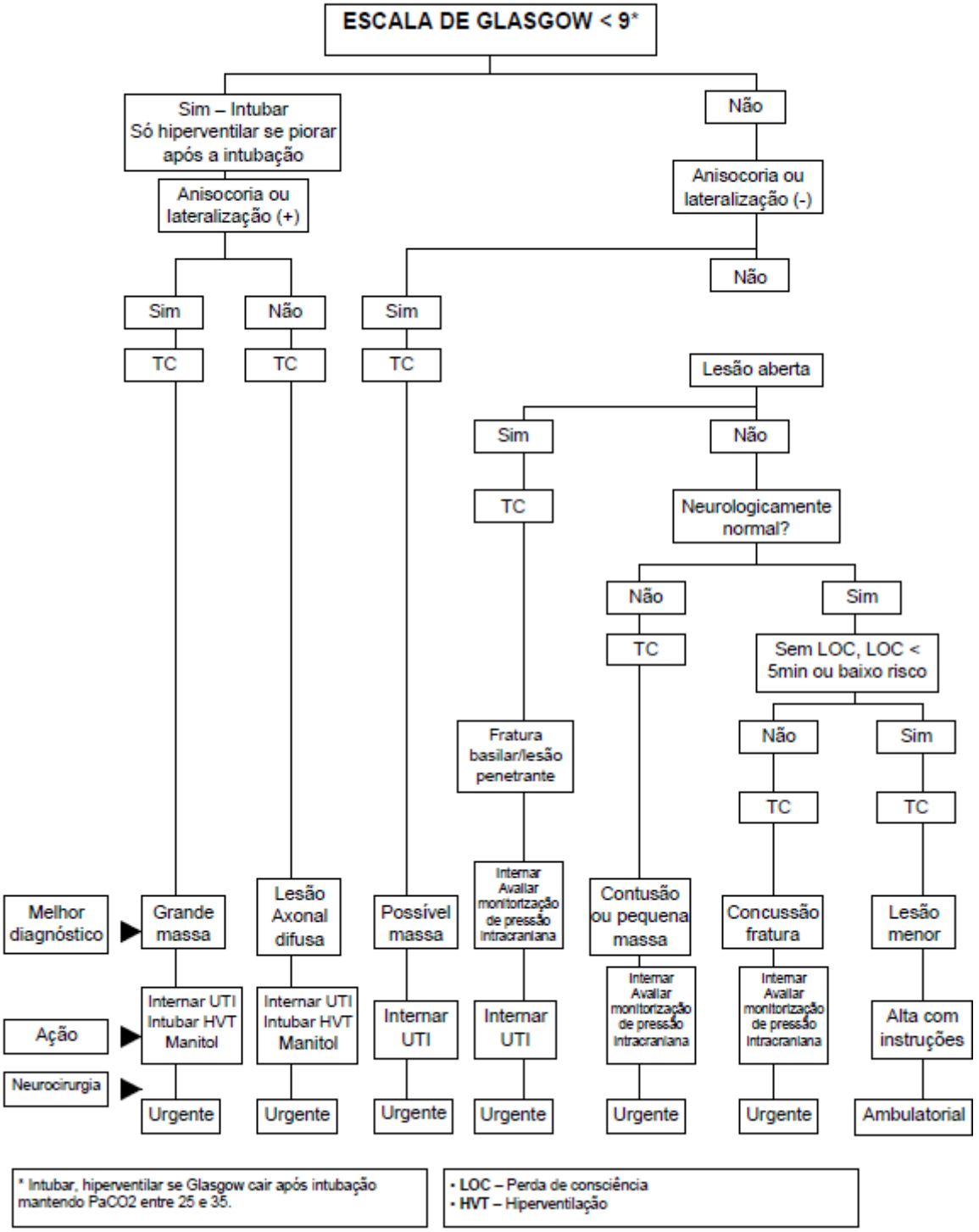
	Freqüência máxima de pulso (bat/min)	Limite inferior da PA sistólica (mmHG)	Freqüência máxima respiratória (inc./min)
Infantes	160	80	40
Pré-escolares	120	90	30
Adolescentes	100	100	20

CHOQUE PERSISTENTE



*Abertura das vias aéreas com controle e estabilização da coluna cervical:
Boa ventilação e respiração que asseguram uma troca gasosa e perfusão adequadas;
Controle da circulação através do controle de hemorragias, e se necessário, infusão de soluções;
Défict neurológico deve ser pesquisado através de exame sumário apenas para confirmarmos e associá-los a outros sinais clínicos;
Exposição completa do paciente, retirando suas vestes, porém prevenindo-se a hipotermia.

TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE)



RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA
GRUPO DE RISCO

BAIXO	MODERADO	ALTO
Assintomático	Mudança de consciência	Consciência deprimida
Cefaléia	Cefaléia progressiva	Sinal focal
Tontura	Intoxicação por álcool ou outras drogas	Fratura com afundamento
Consciência deprimida	Idade < 2 anos	
Laceração de couro cabeludo	Convulsão	
Contusão de couro cabeludo	Vômito	
Ausência de critério moderado a alto risco	Amnésia	
	Trauma múltiplo	
	Lesão facial séria	
	Sinais de fratura basilar	
	Possível penetração cerebral	
	Possível fratura com afundamento	
	Suspeita de agressão infantil	

TCE: LEVE, MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA

ATENDIMENTO INICIAL

O atendimento inicial deve seguir as recomendações preconizadas pelo Pediatric Advanced Life Support (PALS) e pelo Advanced Trauma Life Support (ATLS).

A escala de coma de Glasgow (ECGL 1 e 2) permite classificar os pacientes e, a partir dessa definição, determina-se a conduta adequada:

- Trauma craniano leve: ECGL – 15 a 14;
- Trauma craniano moderado: ECGL – 13 a 9;
- Trauma craniano grave: ECGL – 8 a 3.

Controle da hipertensão intracraniana na admissão

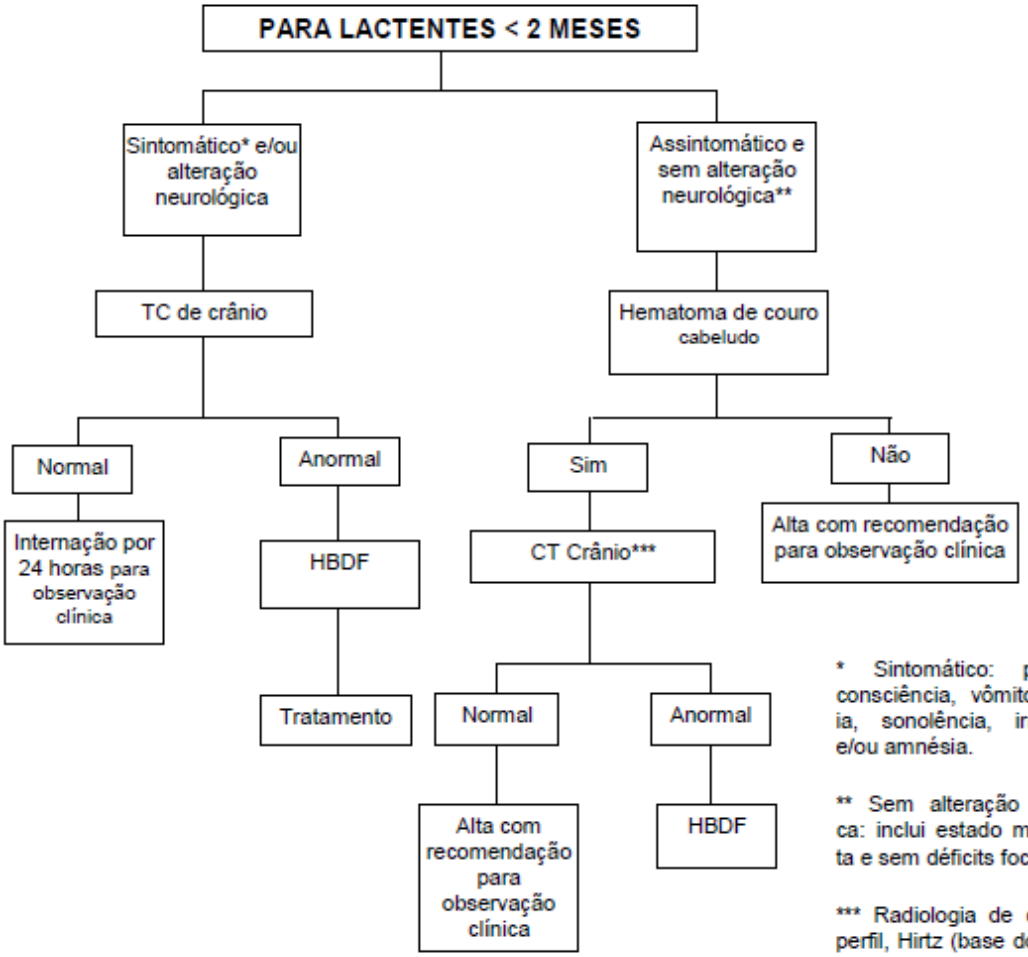
1. PALS / ATLS.
2. Manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória.
3. Manter a cabeça e a coluna cervical em posição neutra.

4. Decúbito elevado a 30º, se não houver instabilidade hemodinâmica.
5. Sedação (tiopental 3 a 5 mg/kg) e eventual curarização (atracúrio 0,3 a 0,5 mg/kg).
6. Manitol a 20% - 0,25 g/kg em bolo.
7. Se normovolêmico, restrição de líquidos 60 a 70% da manutenção normal e administração de furosemida (Lasix®) 1 mg/kg EV.
8. Fenitoína – ataque de 15 a 20 mg/kg e manutenção de 5 mg/kg/dia, profilaxia das convulsões.
9. Tratamento das lesões associadas.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA CRIANÇAS		
Resposta	**Forma**	**Escore**
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ordem verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Não abre	1
Melhor resposta verbal	Balbucio	5
	Choro irritado	4
	Choro à dor	3
	Gemido à dor	2
	Não responde	1
Melhor resposta motora	Movimento espontâneo e normal	6
	Reage ao toque	5
	Reage à dor	4
	Flexão anormal-decorticação	3
	Extensão anormal-descerebração	2
	Nenhuma	1
	Total	**15**

Fatores preditivos de lesão intracraniana (LIC)	
• Mecanismo de trauma; • Idade inferior a 2 anos com hematoma de couro cabeludo; • Fontanela tensa e abaulada; • Amnésia prolongada; • Perda da consciência maior que 5 minutos; • Déficits neurológicos; • Vômitos incoercíveis; • Cefaléia intensa ou moderada;	• Fratura craniana e fratura de base do crânio (sinal de Battle: equimose da região mastóide; "olhos de guaxinim": equimose periorbitária); • Rinorréia, otorréia e hemotímpano; • Alteração do diâmetro pupilar; • Suspeita de maus-tratos. **Observação** Pode ocorrer uma lesão intracraniana em 3 a 7% dos pacientes pediátricos sintomáticos com TCE neurologicamente normais.

TCE LEVE
(GLASGOW 15-14)

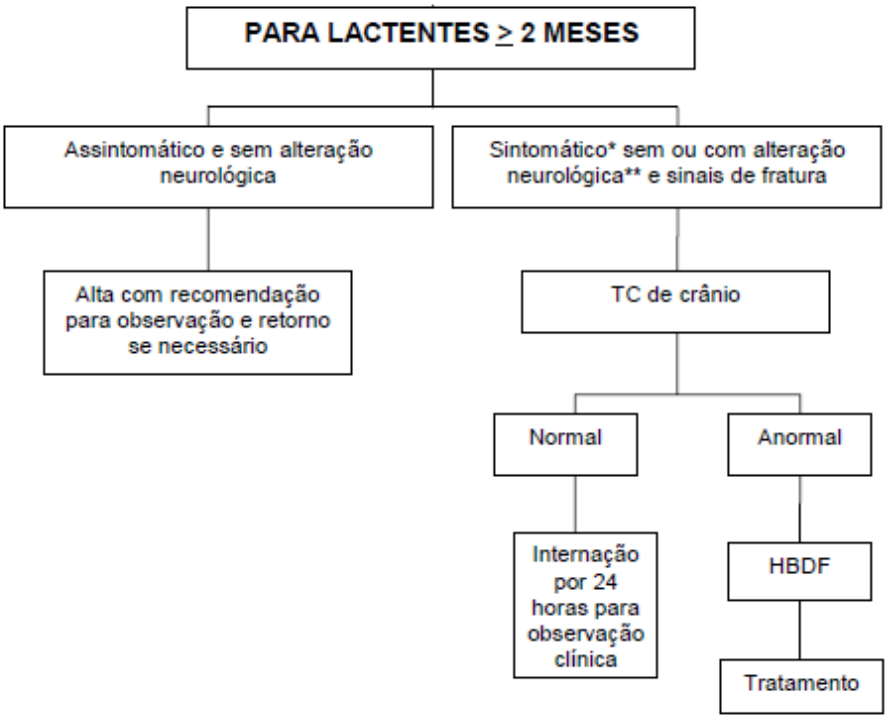


* Sintomático: perda da consciência, vômitos, cefaléia, sonolência, irritabilidade e/ou amnésia.

** Sem alteração neurológica: inclui estado mental alerta e sem déficits focais.

*** Radiologia de crânio AP, perfil, Hirtz (base do crânio) e Worns (fossa posterior).

TCE LEVE
(GLASGOW 15-14)



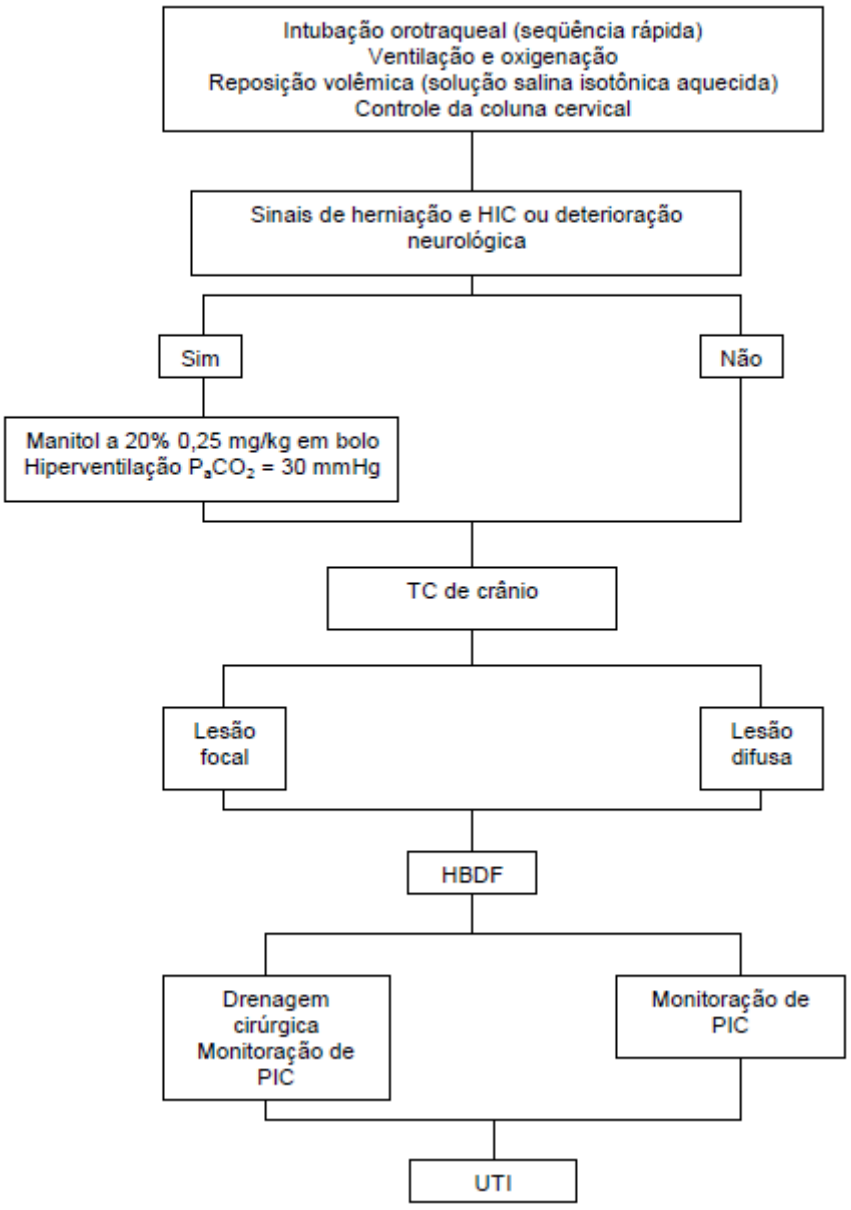
* Sintomático: perda da consciência, vômitos, cefaléia, sonolência, irritabilidade e/ou amnésia.
** Sem alteração neurológica: inclui estado mental alerta e sem déficits focais.

TCE MODERADO (GLASGOW 13-9)

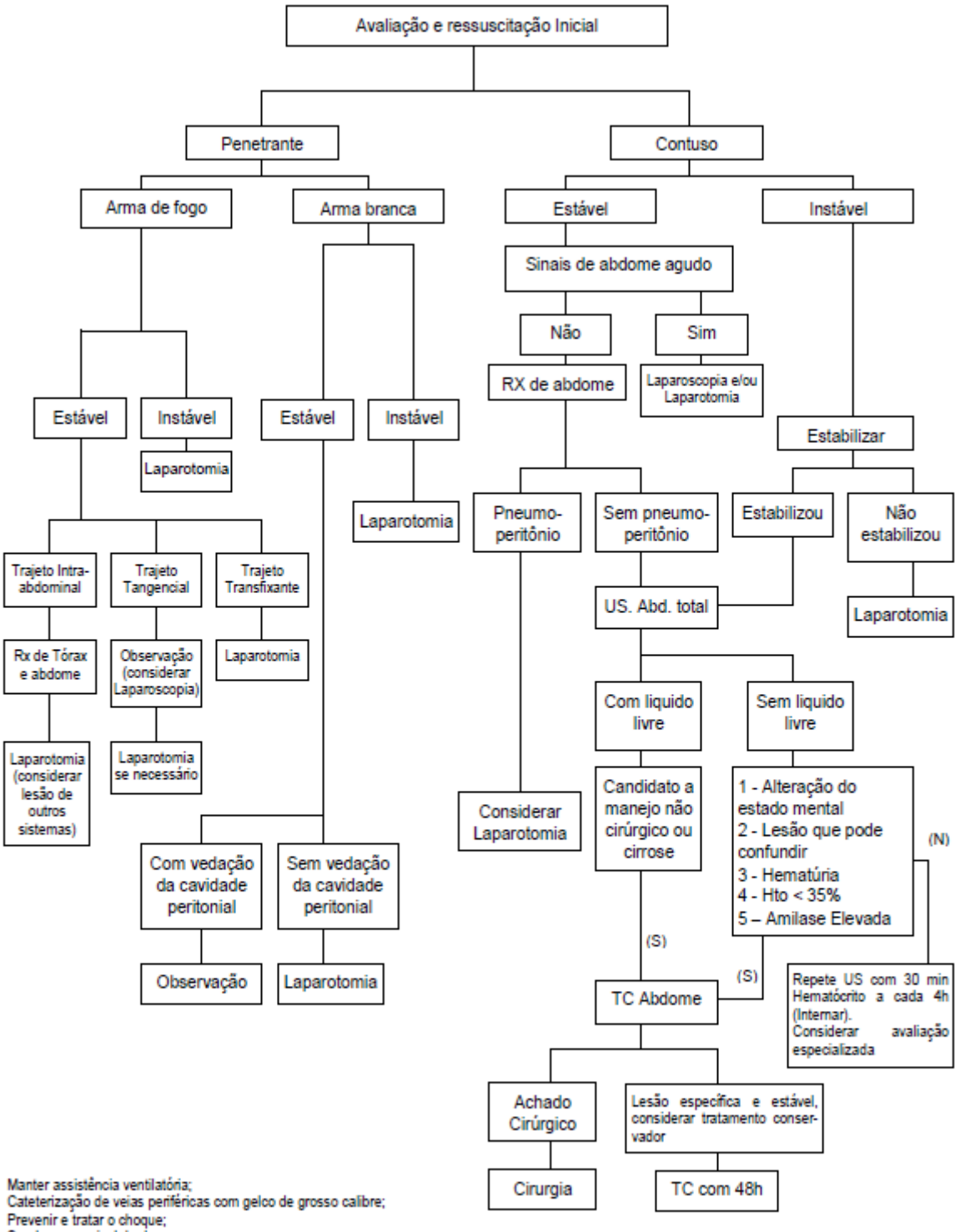
TCE MODERADO – ECG = 13 A 9

- Atendimento inicial: ABC – PALS/ATLS (no hospital do primeiro atendimento);
- Internação e tomografia de crânio para todos os casos – HBDF;
- Deteriorização clínica, considerar TCE grave – HBDF.

TRAUMA DE CRÂNIO GRAVE ECGL 8 A 3



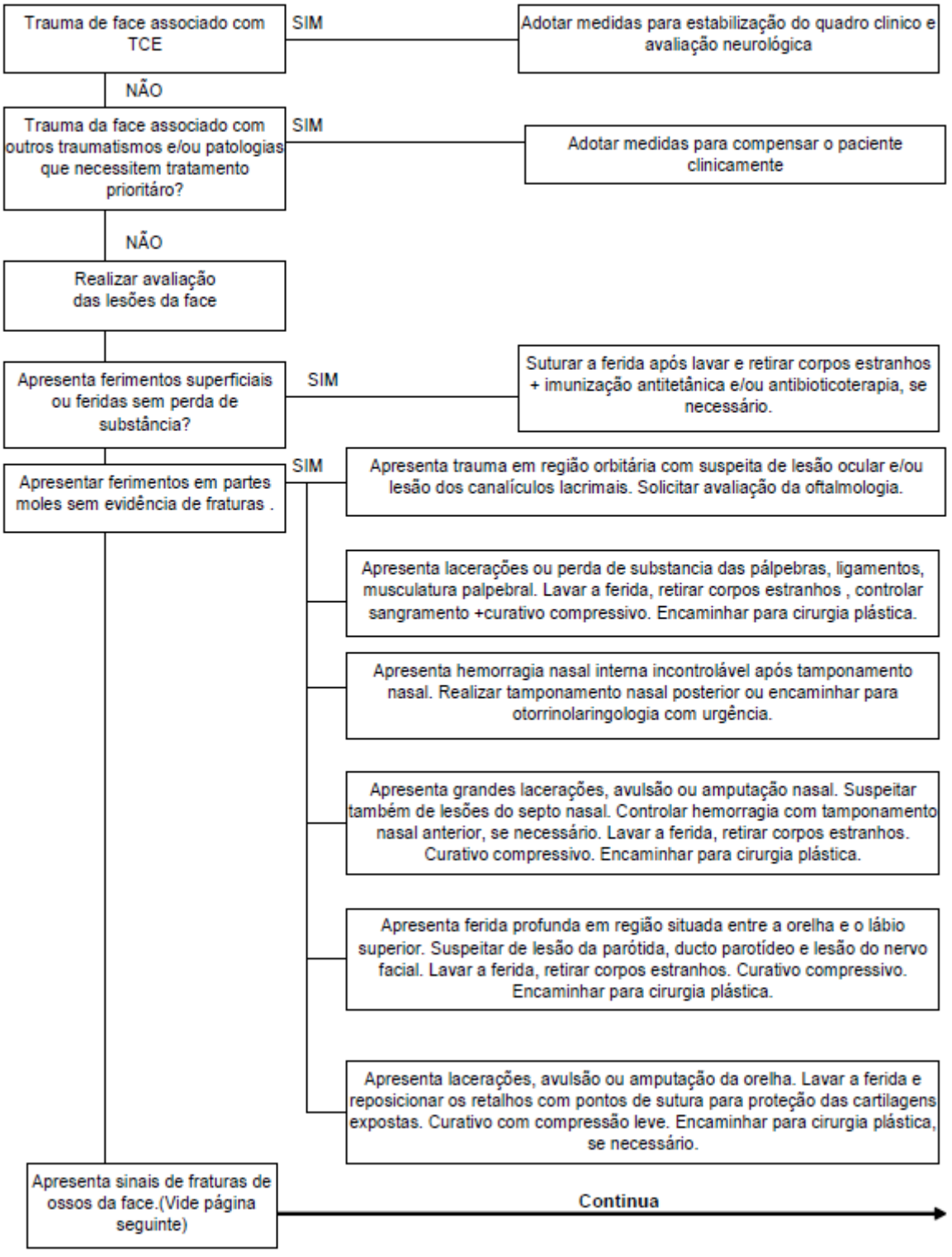
TRAUMATISMO ABDOMINAL

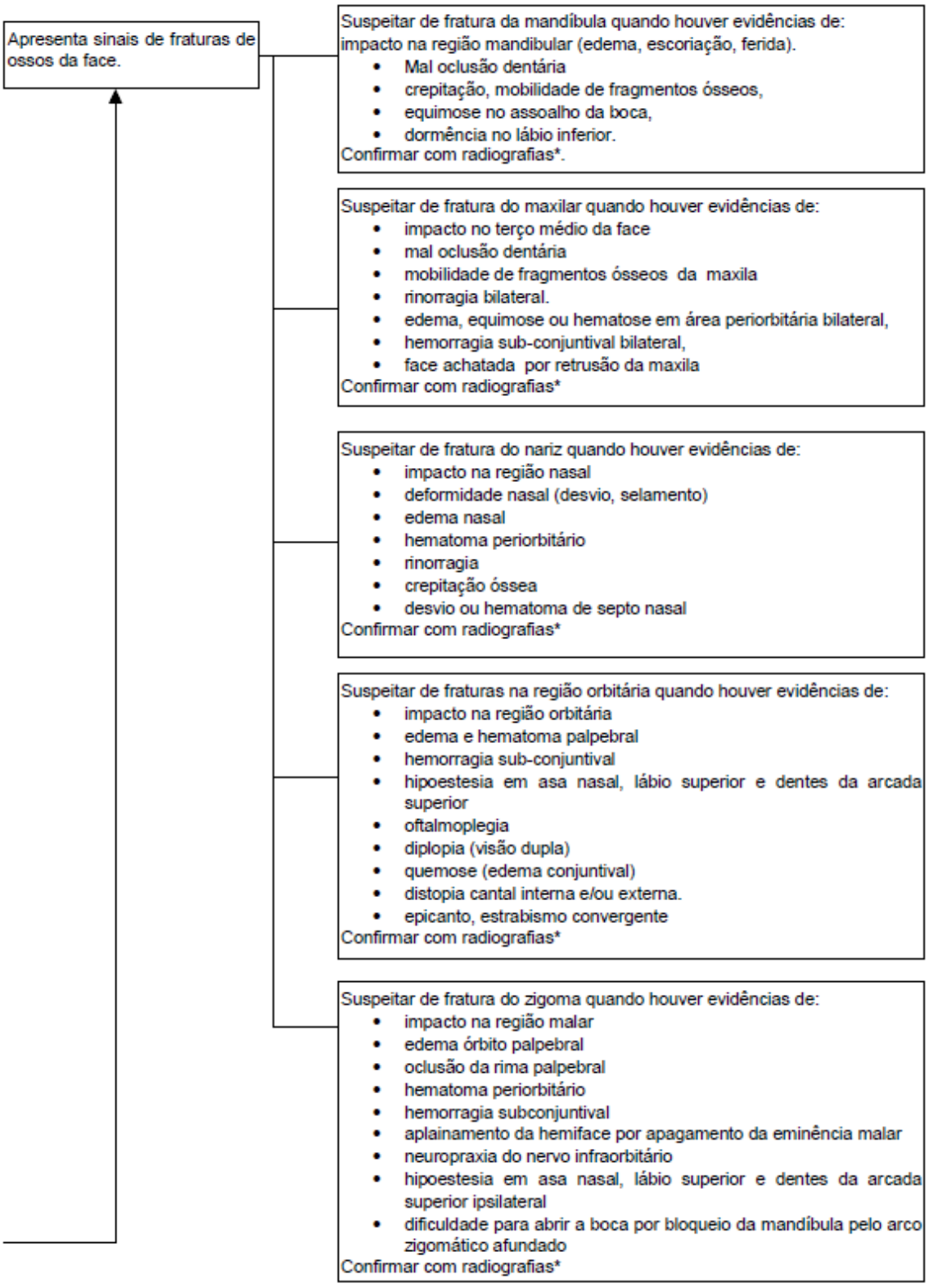


Manter assistência ventilatória;
Cateterização de veias periféricas com gelco de grosso calibre;
Prevenir e tratar o choque;
Sondagem vesical de demora;
Sonda Nasogástrica

Obs: passar sonda vesical antes da realização de lavado e/ou punção abdominal.
Observar contra-indicações para passagens de sonda vesical

TRAUMATISMO DA FACE (PARTES MOLES E FRATURAS)




Apresenta sinais de fraturas de ossos da face.
Suspeitar de fratura da mandíbula quando houver evidências de:
impacto na região mandibular (edema, escoriação, ferida).
Mal oclusão dentária
crepitação, mobilidade de fragmentos ósseos,
equimose no assoalho da boca,
dormência no lábio inferior.
Confirmar com radiografias*.
Suspeitar de fratura do maxilar quando houver evidências de:
impacto no terço médio da face
mal oclusão dentária
mobilidade de fragmentos ósseos da maxila
rinorragia bilateral.
edema, equimose ou hematose em área periorbitária bilateral,
hemorragia sub-conjuntival bilateral,
face achatada por retrusão da maxila
Confirmar com radiografias*
Suspeitar de fratura do nariz quando houver evidências de:
impacto na região nasal
deformidade nasal (desvio, selamento)
edema nasal
hematoma periorbitário
rinorragia
crepitação óssea
desvio ou hematoma de septo nasal
Confirmar com radiografias*
Suspeitar de fraturas na região orbitária quando houver evidências de:
impacto na região orbitária
edema e hematoma palpebral
hemorragia sub-conjuntival
hipoestesia em asa nasal, lábio superior e dentes da arcada superior
oftalmoplegia
diplopia (visão dupla)
quemose (edema conjuntival)
distopia cantal interna e/ou externa.
epicanto, estrabismo convergente
Confirmar com radiografias*
Suspeitar de fratura do zigoma quando houver evidências de:
impacto na região malar
edema órbito palpebral
oclusão da rima palpebral
hematoma periorbitário
hemorragia subconjuntival
aplainamento da hemiface por apagamento da eminência malar
neuropraxia do nervo infraorbitário
hipoestesia em asa nasal, lábio superior e dentes da arcada superior ipsilateral
dificuldade para abrir a boca por bloqueio da mandíbula pelo arco zigomático afundado
Confirmar com radiografias*

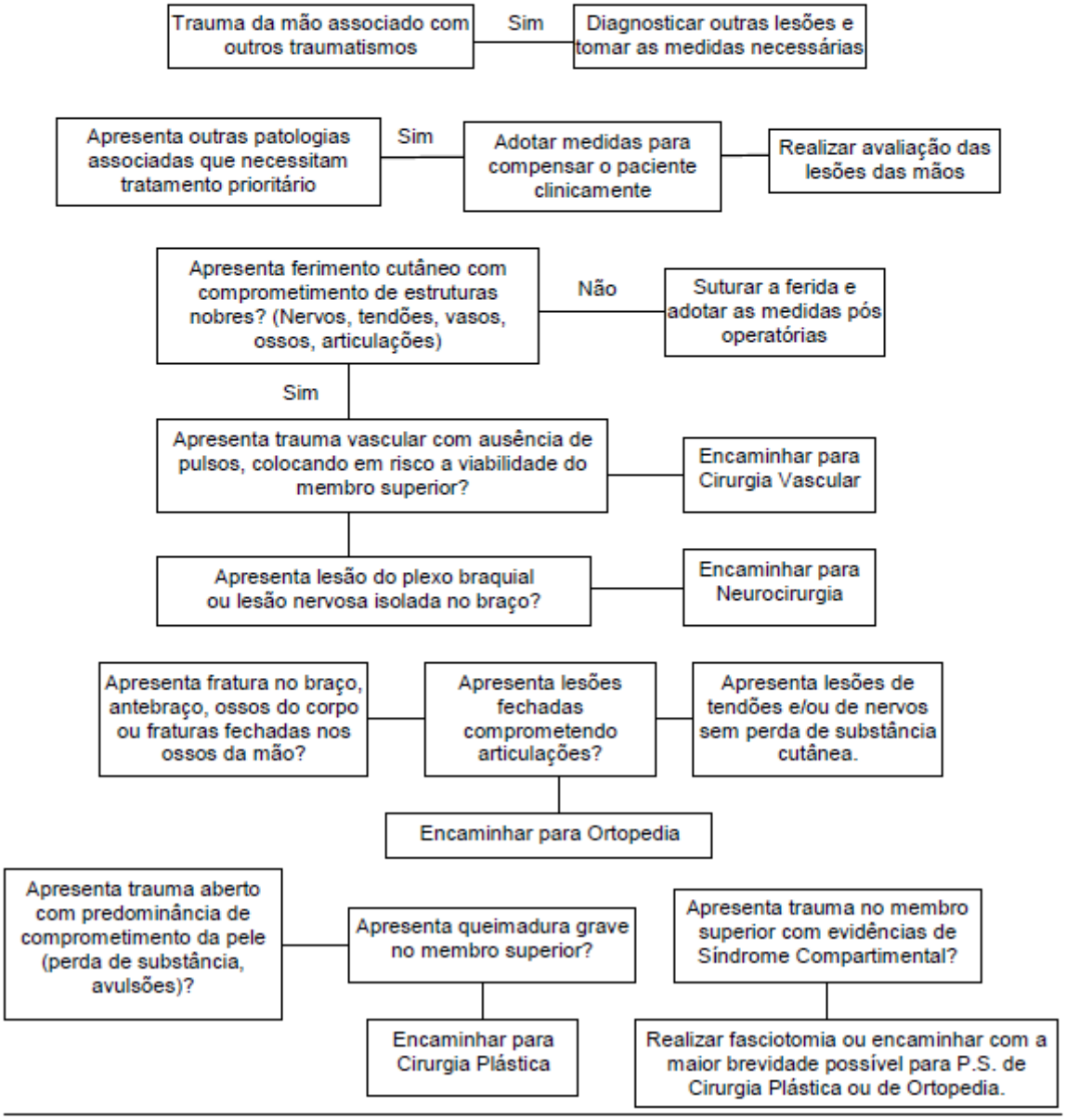
RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE

As incidências mais comumente empregadas para o diagnóstico das fraturas de face são:

- Occiptomentoniana de Waters – mostra o esqueleto facial de forma geral (órbitas, zigomas, maxilas, seios maxilares e processos frontais da maxila).
- Fronto naso de Caldwell – ideal para seio frontal, células etmoidais, reborda orbitária, sutura zigomática- frontal e ramos da mandíbula
- Perfil – estudo da parede anterior do seio frontal, paredes laterais da órbita, perfil de ossos próprios do nariz, maxila e mandíbula.
- Oblíqua lateral da mandíbula (Bellot) – visualização lateral da mandíbula, principalmente corpo e ângulos.
- Towne modificada – para colo condílico
- Axial de Hirtz – para arco zigomático.

Poderão ser utilizadas ainda as tomografias lineares, computadorizadas e em 3 dimensões.

TRAUMATISMO DE MÃO



PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR

	MOTOR MÚSCULO-CHAVE		SENSITIVO TOQUE LEVE		SENSITIVO AGULHA		EXAME
	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	
C2							Protuberância Occipital
C3							Fossa Supraclavicular
C4							Borda Superior Acromioclavicular
C5							Flexores do Cotovelo
C6							Extensores do Punho
C7							Flexor Profundo 3ª Qd
C8							Dedo mínimo
T1							Borda Medial Fossa Antecubital
T2							Ápice da Axila
T3							Terceiro Espaço Intercostal
T4							Quarto Espaço Intercostal
T5							Quinto Espaço Intercostal
T6							Sexto Espaço Intercostal
T7							Sétimo Espaço Intercostal
T8							Oitavo Espaço Intercostal
T9							Nono Espaço Intercostal
T10							Décimo Espaço Intercostal
T11							Décimo Primeiro Espaço Intercostal
T12							Ponto Médio Ligamento Inguinal
L1							½ distância entre T12 e L2
L2							Terço Médio Anterior da Coxa
L3							Côndilo Femoral Medial
L4							Maléolo Medial
L5							Dorso do pé – 3ª art. Metatarsofalangeana
S1							Bordo Externo do Calcâneo
S2							Linha Média da Fossa Poplítea
S3							Tuberosidade Isquiática
S45							Area Perianal
TOTAL							

(Máximo)	(50)	(50)	(56)	(56)	(56)	(56)
Índice Motor		Índice Sensitivo com Agulha			Índice Sensitivo com Toque	
(Máximo)	(100)		(112)			(112)

Contração voluntária anal (sim/não) ☐ Qualquer sensibilidade anal (sim/não) ☐

MOTOR	SENSIBILIDADE
0 – Paralisia total	**0** – Ausente
1 – Contração visível ou palpável	**1** – Comprometido
2 – Movimento ativo sem oposição da força da gravidade	**2** – Normal
3 – Movimento ativo contra a força da gravidade	**NT** – Não testável
4 – Movimento ativo contra alguma resistência	
5 – Movimento ativo contra grande resistência	
NT – Não testável	

ÍNDICES SENSITIVOS E MOTORES NÍVEIS

ESCALA DE DEFICIÊNCIA AIS

NÍVEL: _____

A – Completa
Não há função motora ou sensitiva preservada nos segmentos sacros S4-S5
B – Incompleta
Há função sensitiva porém não motora preservada abaixo do nível neurológico estendendo-se até os segmentos sacros S4-S5
C – Incompleta
Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e a maioria dos músculos chave abaixo do nível neurológico tem um grau muscular inferior a 3
D – Incompleta
Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e pelo menos a metade dos músculos chaves abaixo do nível neurológico tem um grau muscular maior ou igual a 3
E – Normal
As funções sensitivas e motoras são normais

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Níveis:
7 – Independência Total
6 – Independência Total Aparelhada
5 – Supervisão
4 – Assist. Mínima (Capacidade: 75% ou +)
3 – Assist. Moderada (Capacidade: 50% ou +)
2 – Assist. Máxima (Capacidade: 25% ou +)

Cuidados Pessoais	Admissão	Alta
Alimentação		
Cuidados com aparência		
Banhos		
Vestir parte superior do corpo		
Vestir parte inferior do corpo		
Asseio		

Controle dos Esfíncteres	**Admissão**	**Alta**
Controle vesical		
Controle esfíncter anal		

Mobilidade	**Admissão**	**Alta**
Transferência:		
Cama,Cadeira de rodas		
Banheiro		
Banheira,Chuveiro		

Locomoção	**Admissão**	**Alta**
Caminhar,		
Cadeira de rodas		
Escada		

Comunicação	**Admissão**	**Alta**
Compreensão		
Expressão		
Cognição social		
Interação social		
Solução problemas		
Memória		

MIF TOTAL:_____

ESCORES DE TRAUMA

Obs: Servem para triagem pré-hospitalar, comunicação inter-hospilalar e na comparação de resultados de protocolos e atendimentos.

ESCORE DE TRAUMA REVISADO

GCS*	BPM*	FR*	Valor*
13-15	>89	10-29	04
09-12	76-89	>29	03
06-08	50-75	06-09	02
04-05	01-49	01-05	01
03	00	00	00

O valor final é obtido pela fórmula:

*ETR = 0,9368 x GCS + 0,7359 x BPM + 0,2908 x FR

Para um valor total máximo de 7,84

*GCS - Glasgow
*BPM - Batimentos por minuto
*FR = Freqüência Respiratória
*ETR = Escore de Trauma Revisado

IMPORTÂNCIA:

Criados para fins de triagem na cena do acidente, comparação de resultados entre instituições e dentro das mesmas ao longo do tempo (controle de qualidade) e para avaliar probabilidade de sobrevida.

ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (AIS - ABREVIATE INJURY SCALE)

- Pontua lesões em diversos segmentos corpóreos de acordo com a gravidade (de 1 a 6).
- Crânio/pescoço, face, tórax, abdome/pelve, extremidades/pelve óssea e geral externa, pela AIS, são elevados ao quadrado e somados.

ÌNDICE DE GRAVIDADE DA LESÃO (ISSINJURY SEVERITY SCORE).

- Índice derivado da escala abreviada de lesões (*AIS - Abreviate Injury Scale)*.
- Três valores mais altos em segmentos corpóreos diferentes.
- Os valores variam de 3 a 75.
- Se o AIS for igual a 6 em qualquer segmento o ISS é 75 automaticamente.

CÁLCULO DO ISS:

Paciente com lesões nas seguintes regiões:

REGIÃO	AIS DA LESÃO	AIS DA LESÃO
Crânio e pescoço	2	3
Face	4	-
Tórax	1	4
Abdome/pelve	2	3
Esquelética	3	4
Geral	1	-

Calculo do ISS = 4 + 4 +4 ? ISS = 16 + 16 + 16 = 48 ? ISS = 48

LIMITAÇÕES:

Não considera a presença de múltiplas lesões em determinado segmento como determinantes de maior gravidade ao aproveitar apenas a lesão mais grave. (Exemplo: Mortalidade p/ ISS = 16 é de 14,3% (4,0,0) e p/ ISS = 19 é de 6,8% (3,3/1)

Taxas de mortalidade variam muito, comparando-se valores de AIS semelhantes em diferentes segmentos corpóreos. Idade e doenças associadas são desconsideradas e têm importância prognostica quanto do trauma.
Atenção: não pode ser utilizada como índice de trauma isoladamente!

ESCALA ABREVIADA DE LESÕES
(OIS – ORGAN INJURY SCALE)

PONTUA LESÕES EM DIVERSOS SEGMENTOS CORPÓREOS DE ACORDO COM A GRAVIDADE:

1 – Menor
2 – Moderado
3 – Sério
4 – Severo (ameaça a vida)
5 – Crítico (sobrevida incerta)
6 – Não sobrevivente

URETRA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	CONTUSÃO	Sangue no meato uretral uretrografia normal	2
2	Lesão maior	Tração da uretra sem extravasamento na uretografia	2
3	Laceração parcial	Extravasamento do contraste no local da lesão com visualização do contraste na bexiga	2
4	Laceração completa	Extravasamento do contraste no local da lesão sem visualização da bexiga. Separação da uretra menor que 2cm	3
5	Laceração completa	Transecção com separação dos segmentos maior que 2cm ou extensão para próstata ou vagina	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

BEXIGA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma Laceração	Contusão, hematoma intramural, thickness parcial	2
2	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal menos de 2cm	3
3	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal mais de 2cm ou intraperitoneal menos de 2cm	4
4	Laceração	Laceração da parede intraperitoneal mais de 2cm	4
5	Laceração	Laceração que se estende até o colo vesical ou trígono	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

URETER			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvacularização	2
2	Laceração	Transecção menor que 50%	2
3	Laceração	Transecção maior que 50%	3
4	Laceração	Transecção completa com desvascularização de 2cm	3
5	Laceração	Transecção completa com desvascularização maior que 2cm	3

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

DIAFRAGMA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS – 90
1	Contusão	2
2	Laceração de 2cm ou menos	3
3	Laceração de 2 a 10cm	3
4	Laceração maior que 10cm com perda de tecido maior que 25 cm quadrados	3
5	Laceração com perda de tecido maior que 25cm quadrados	3

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PAREDE TORÁCICA			
GRAU	DESCRIÇÃO DE LESÃO		AIS – 90
1	Contusão Laceração Fratura	Qualquer localização Pele e subcutâneo Menos de 3 costelas, fechada Clavícula alinhada e fechada	1 1 1-2 2
2	Laceração Fratura	Pele, subcutânea e músculo 3 ou mais costelas, fechada clavícula aberta ou desalinhada Esterno alinhada, fechada Corpo da escápula	1 2-3 2 2 2
3	Laceração Fratura	Total, incluindo pleura Esterno, aberta, desalinhada ou instável Menos de 3 costelas com segmento instável	2 2 3-4
4	Laceração Fratura	Avulsão dos tecidos da parede com fratura exposta de costela. 3 ou mais costelas com tórax instável unilateral	4 3-4
5	Fratura	Tórax instável bilateral	5

Obs: Em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PULMÃO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Contusão	Unilateral, menos que in lobo	3
2	Contusão Laceração	Unilateral in lobo Pneumotórax simples	3 3
3	Contusão Laceração Hematoma	Unilateral, mais que in lobo Escape persistente de via aérea distal mais de 72 horas Intraparenquimatoso sem expansão	3 3-4 3-4
4	Laceração Hematoma Vascular	Escape de via aérea maior (segmento ou lobar) Intraperenquimatoso em expansão Rotura de vaso intrapulmonar ramo primário	4-5 4-5 3-5
5	Vascular	Rotura de vaso hilar	4
6	Vascular	Transecção total do hilo pulmonar sem contenção	4

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima
Hemotórax está na tabela de lesões de vasos intratorácicos

FÍGADO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma Laceração	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2 2
2	Hematoma Laceração	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície Intraparenquimatoso com menos de 10cm de diâmetro 1 a 3cm de profundidade com até 10cm de comprimento	2 2 2
3	Hematoma Laceração	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto Hematoma intraparenquimatoso maior que 10cm ou em expansão Maior que 3cm de profunndidade	3 3 3
4	Laceração	Rutura de parênquima hepático envolvendo 25 a 75% de lobo hepático ou 1 a 3 segmentos de Coinaud em um lobo	4

5	Laceração Vascular	Rutura de parênquima hepático envolvendo mais de 75% de lobo hepático ou mais de 3 segmentos de Coinaud em um lobo Lesões justahepáticas, i.é, veia cava retrohepática e veias centrais maiores	5 5
6	Vascular	Avulsão hepática	6

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

BAÇO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma Laceração	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2 2
2	Hematoma Laceração	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície Intraparenquimatoso com menos de 5cm de diâmetro 1 a 3cm de profundidade sem envolver veia do parênquima	2 2 2
3	Hematoma Laceração	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão. Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto Hematoma Intraparenquimatoso maior que 5cm ou em expansão Maior que 3cm de profundidade ou envolvendo veias trabeculares	3 3 3
4	Laceração	Laceração de veias do hilo ou veias segmentares produzindo maior desvacularização (>25% do baço)	4
5	Laceração Vascular	Destruição total do baço Lesão do hilo vascular com desvacularização do baço	5 5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

RIM			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Contusão Hematoma	Hematúria macro ou microscópica com avaliação urológica normal Subcapsular, sem expansão e sem laceração do parênquima	2 2
2	Hematoma Laceração	Hematoma perirenal sem expansão confinado ao retroperitôneo renal Profundidade no parênquima renal menor que 1cm sem extravasamento de urina	2 2
3	Laceração	Profundidade do parênquima maior que 1cm, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de urina	3
4	Laceração Vascular	Laceração que se estende através da córtex renal, medular e sistema coletor Lesão da artéria ou veia principais com hemorragia contida	4 5
5	Laceração Vascular	Destruição renal total Avulsão do hilo renal com desvacularização renal	5 5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

VASCULATURA INTRA-ABDOMINAL		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS – 90
1	Ramos inominados das artérias e veias mesentérica superior	0
	Ramos inominados das artérias e veias mesentérica inferior	
	Artéria e veia frênicas	
	Artéria e veia lombar	
	Artéria e veia gonadal	
	Artéria e veia ovariana	
	Outras artérias e veias inominadas que requeiram ligadura	
2	Artéria hepática comum, direita ou esquerda	3
	Artéria e veia esplênicas	3
	Artéria gástrica esquerda ou direita	3
	Artéria gastroduodenal	3
	Artéria e veia mesentérica inferior	3
	Ramos primários da artéria e veia mesentérica	3
	Outro vaso abdominal nominado que necessite de ligadura	3
3	Artéria mesentérica superior	3
	Artéria e veias renais	3
	Artéria e veias ilíacas	3
	Artéria e veias hipogástricas	3
	Veia cava infra-renal	3
4	Artéria mesentérica superior	3
	Eixo celíaco	3
	Veia cava supra-renal, infra-hepática	3
	Aorta infra-renal	3
5	Veia porta	3
	Veia hepática extraparenquimal	3-5
	Veia cava retro ou supra-hepática	5
	Aorta supra-renal subdiafragmática	5

VASCULATURA INTRATORÁCICA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS-90
1	Artéria e veia intercostal	2-3
	Artéria e veia mamária interna	2-3
	Artéria e veia brônquica	2-3
	Artéria e veia esofágica	2-3
	Artéria e veia hemiázigos	2-3
	Artéria e veia inominada	2-3
2	Veia ázigos	2-3
	Veia jugular interna	2-3
	Veia subclávia	3-4
	Veia inominada	3-4
3	Artéria carótida	3-5
	Artéria inominada	3-4
	Artéria subclávia	3-4
4	Aorta torácica descendente	4-5
	Veia cava inferior intratorácica	3-4
	Primeiro ramo intraparenquimatoso da artéria pulmonar	3
	Primeiro ramo intraparenquimatoso da veia pulmonar	3
5	Aorta torácica ascendente e arco	5
	Veia cava superior	3-4
	Artéria pulmonar, tronco principal	4
	Veia pulmonar, tronco principal	4
6	Transseção total incontida da aorta torácica	5
	Transseção total incontida do hilo pulmonar	4

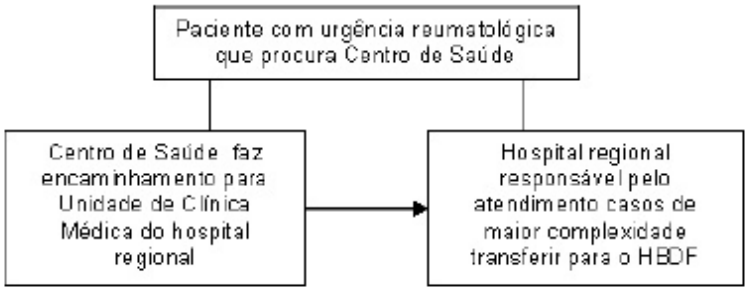
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

Todo atendimento reumatológico que ficar caracterizado como de Urgência em atenção primária, deverá ser transferido para a Unidade de Emergência da Clínica Médica de um Hospital Regional secundário, para diagnóstico e tratamento inicial. Na impossibilidade de permanecer internado, ou na existência de uma enfermidade de maior complexidade, o paciente será transferido para a Unidade terciária (HBDF).

A avaliação clínica e o exame físico detalhado são bases do diagnóstico em Reumatologia. Assim, a tarefa do médico que faz o atendimento inicial é definir seu diagnóstico, antes de encaminhar em seu parecer ou ficha de atendimento para o serviço de emergência do hospital regional e desse, em casos de alta complexidade, para o HBDF, obedecendo aos seguintes critérios:

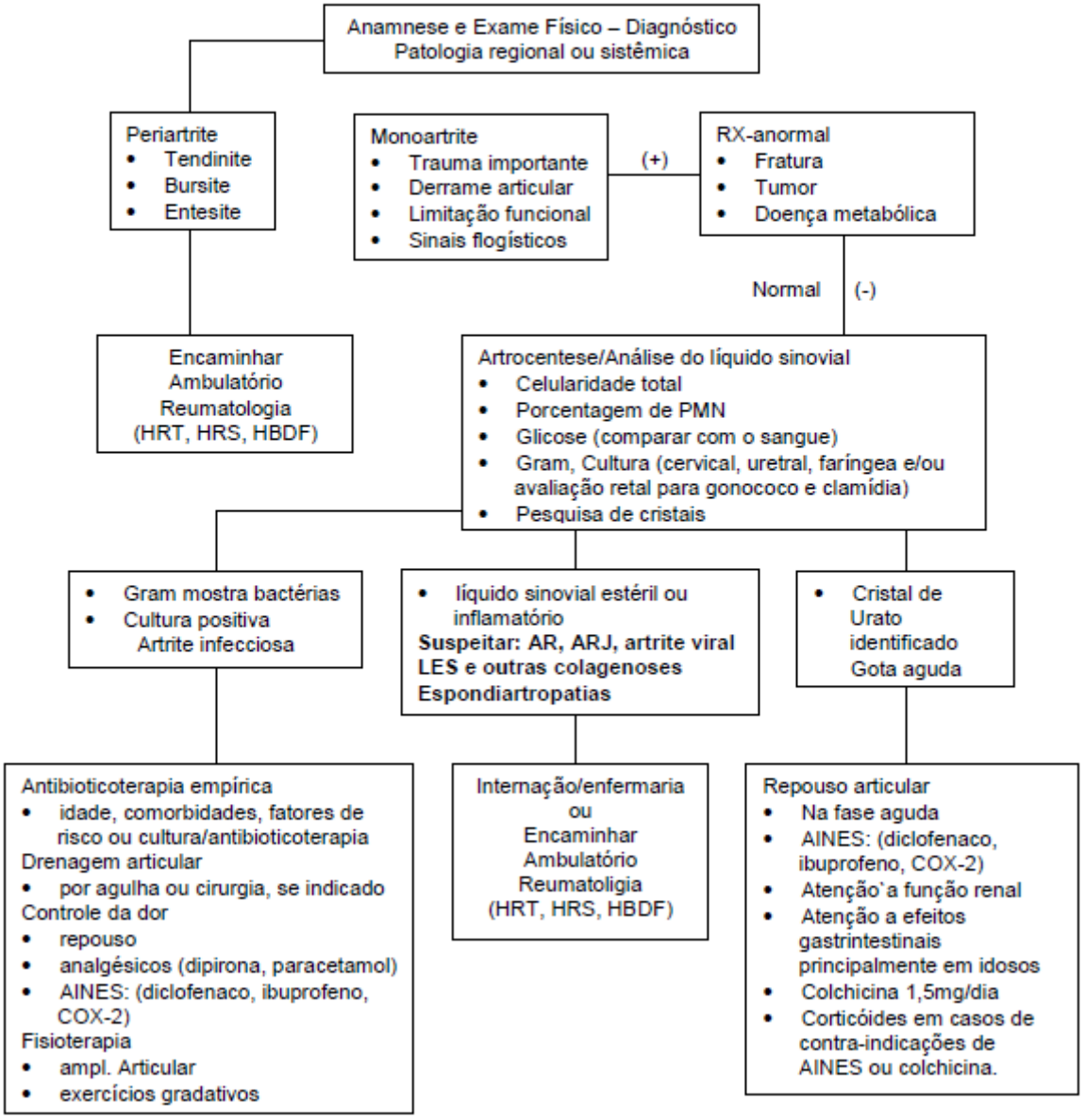
- Se o paciente apresenta doença reumática articular ou óssea localizada, regional ou generalizada;
- Se a doença reside em estruturas não-ósseas e não-articulares – por exemplo: tecidos moles (partes moles), neste caso, pertencendo ao grupo de problemas que se identificam como enfermidades extra-articulares;
- Se a doença reumática é sistêmica ou generalizada;
- Se o problema inclui mais de uma dessas possibilidades.

ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

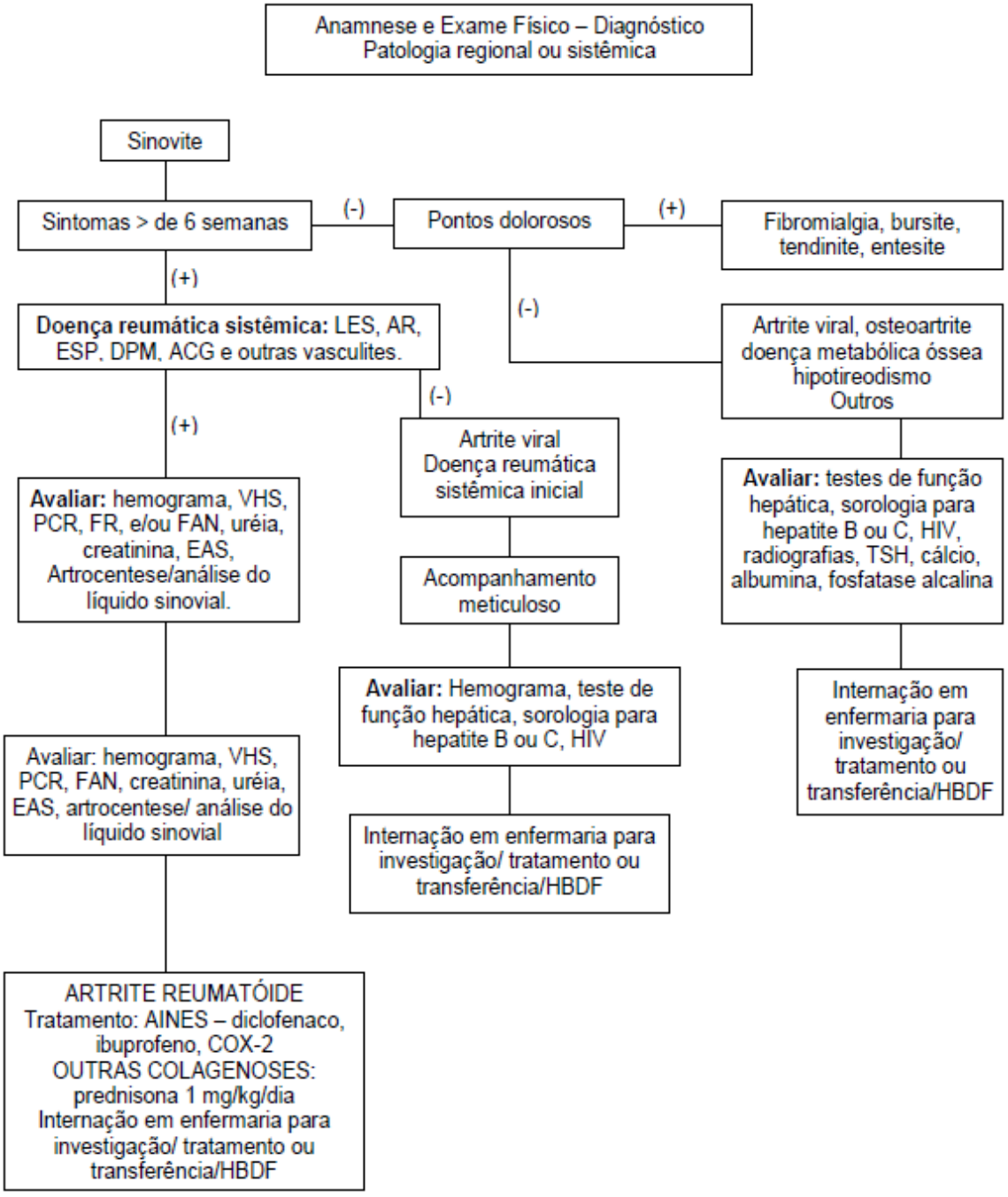


ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DO ENCAMINHAMENTO
História clínica:	• Encaminhar com história concisa informando o tipo de dor, evolução, articulações acometidas e tipo de acometimento: monoarticular, oligoarticular ou poliarticular e sintomas sistêmicos associados.
Exame físico:	• Relatar os achados importantes em especial, a presença de sinais flogísticos articulares, atrofias e deformidades.
Exames complementares essenciais:	• Hemograma completo, bioquímica, ácido úrico, VHS, PCR, fator reumatóide, FAN, radiografias das articulações acometidas e contralaterais e de tórax (PA e perfil). • Análise do líquido sinovial + cultura. • Relatar exames anteriores.
Hipótese diagnóstica:	• Enumerar. • Definir se patologia localizada, regional ou sistêmica.
Tratamento:	• Detalhar os tratamentos realizados anteriormente e os medicamentos e doses em uso atualmente.
Motivo do encaminhamento:	• Detalhar os motivos do encaminhamento ao médico clínico ou especialista.
Contra-referência:	• Retorno à UBS para acompanhamento com relatório do médico clínico ou especialista.

MONOARTRITE AGUDA



POLIARTRALGIAS OU POLIARTRITES AGUDAS



LOMBALGIA AGUDA

Anamnese e Exame Físico – para definição de possíveis causas

CAUSAS:
- Mecânico-degenerativas
- Hérnias de disco
- Alterações ósteo-cartilaginosas
- Inflamatórias
- Infecciosas (espondilodiscites)
- Metabólicas
- Dor lombar com repercussão de doença sistêmica
- Lombalgias psicossomáticas
- Fibromialgia e Síndrome Miofacial

SINAIS DE ALERTA:

Malignidade
- Idade acima de 50 anos
- História prévia de câncer
- Perda de peso inexplicável
- Dor exacerbada p/ repouso
- Febre e anemia

Compressão da cauda eqüina
- Disfunção vesical
- Perda do tônus do esfíncter anal
- Fraqueza nos membros inferiores

Infecção
- Pele ou trato urinário
- Uso de drogas IV
- Imunossupressores
- Dor exacerbada p/ repouso
- Febre, calafrios, suores

Fratura
- Trauma com intensidade proporcional para a faixa etária

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx simples - persistência do quadro clínico por mais de quatro semanas. Indicado nas lombalgias agudas com sinais de alerta já na primeira consulta.
Tomografia computadorizada – lombalgia aguda c/ evolução atípica.
Ressonância nuclear magnética – lombalgia aguda c/ evolução atípica.
Exames laboratoriais - pacientes acima de 50 anos, com suspeita de neoplasias, infecções, processos inflamatórios, doenças osteometabólicas, fraturas osteoporóticas e metástases ósseas.

Internação em enfermaria para investigação/ tratamento ou transferência/HBDF

TRATAMENTO:

Repouso no leito - Períodos de dois a três dias é suficiente. Períodos de uma a duas semanas podem ser recomendados para casos de sintomatologia severa e limitação.
Aplicação de compressas frias ou quentes
Analgésicos - Não narcóticos (acetaminofen): 500 mg, 4 a 6 vezes/ dia.
Cloridrato de tramadol: 100 – 400mg/dia.
Sulfato de morfina: opção restrita para hérnias discais resistentes, fraturas e metástases
AINHS: todas as classes podem ser úteis, desde que usados em doses certas c/ intervalos regulares.
Corticóides
Relaxantes musculares
Tratamento cirúrgico - não mais que 1% a 2% dos pacientes com hérnia de disco têm indicação cirúrgica.

LOMBALGIA POSTURAL

Quadro agudo de dor na região lombar associado a esforço repetitivo, espasmo muscular para vertebral, sobrepeso corporal, estresse sem défilia alteração neurológico nos membros inferiores.

SINAIS E SINTOMAS

Lombalgia aguda: espasmo para vertebral,após esforço físico ou trauma recente, dor irradiada para a coxa ou perna, marcha alterada,dor aumentada com a flexão anterior da coluna e sinal de Lasegué negativo.

Lombalgia crônica: dor região lombar de baixa intensidade, ausência de trauma recente ou esforço físico,história de dor periódica associada a exercícios físicos da coluna, ausência de alteração dos dermátomos do membro inferior

Diagnósticos diferenciais da lombalgia: osteoartrose, herniação discal, tumores, infecção bacteriana, fratura,cálculos ,tumores e infecções renais, cistos ovarianos, úlcera péptica ,aneurisma da aorta e alteração pancreática ou biliar.

EXAMES COMPLEMENTARES

Febre ou perda de peso: Hemograma completo e cultura de secreções

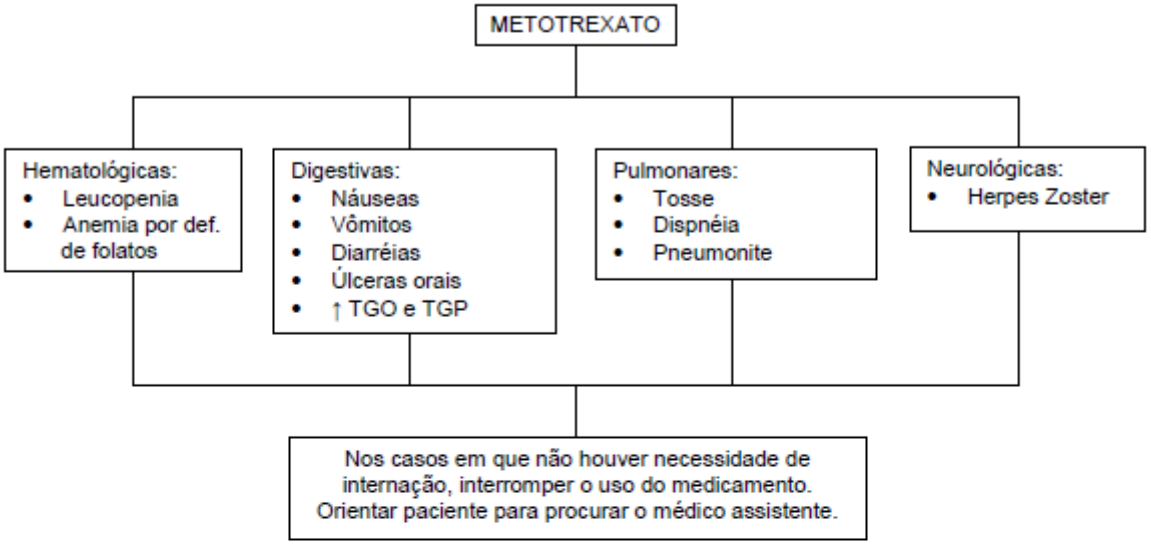
Rigidez matinal: Fator reumatóide, ANA e VHS

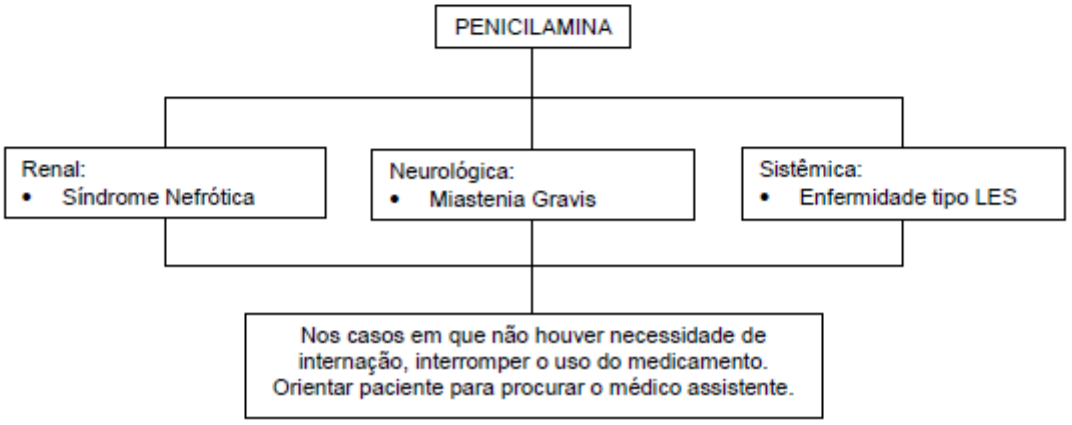
Dor em cólica: Ultrasonografia, amilase, e urocultura

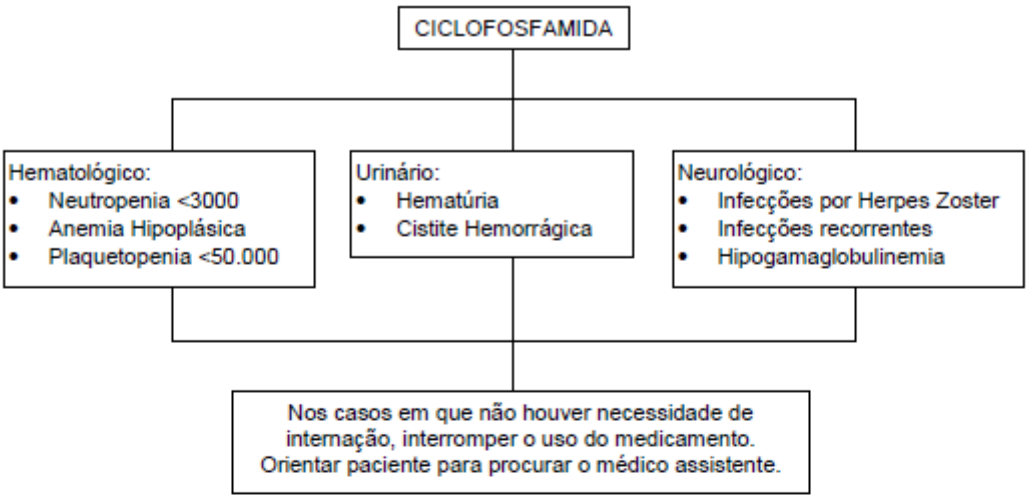
Exames radiográficos emergenciais não estão indicados exceto em casos de trauma evidente.

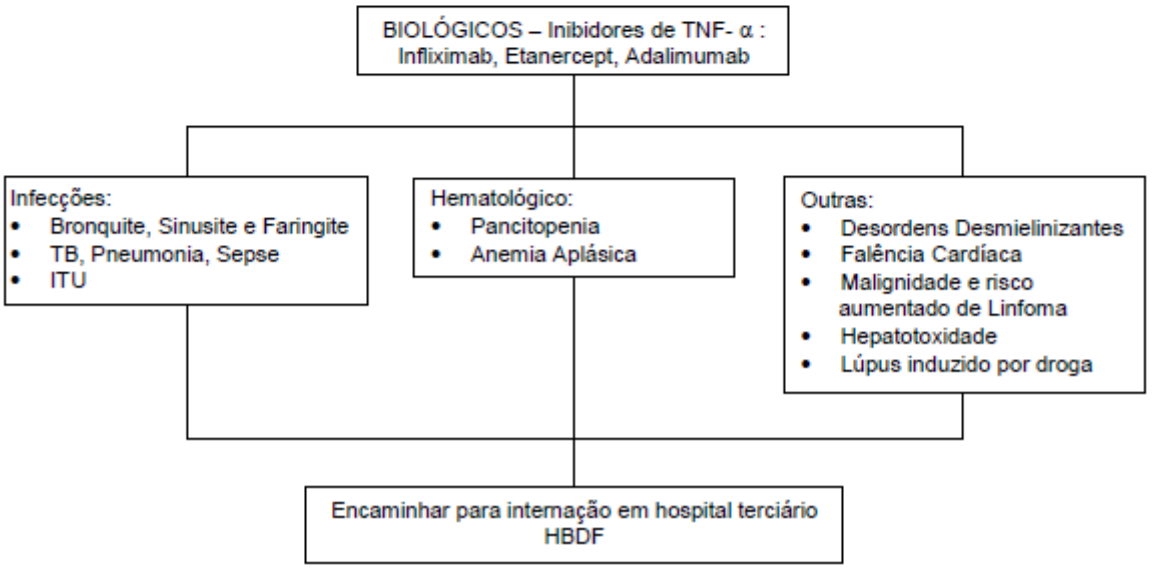
Tratamento: A maioria dos pacientes apresenta melhora progressiva em período de seis a oito semanas. Nos sintomas agudos prescrever diclofenaco 75 mg IM (dose única) e paracetamol 250 mg de 8/8 horas ou diclofenaco de potássio 50 mg de 8/8 horas. Redução ou abstenção de atividade física com repouso no leito por período de 48 horas, utilizar ainda calor local três vezes ao dia. Nos sintomas crônicos, pesquisar alterações neurológicas eventuais, prescrever diclofenaco 50 mg de 8/8 horas e encaminhar paciente para reabilitação postural.

REAÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS REUMATOLOGICOS

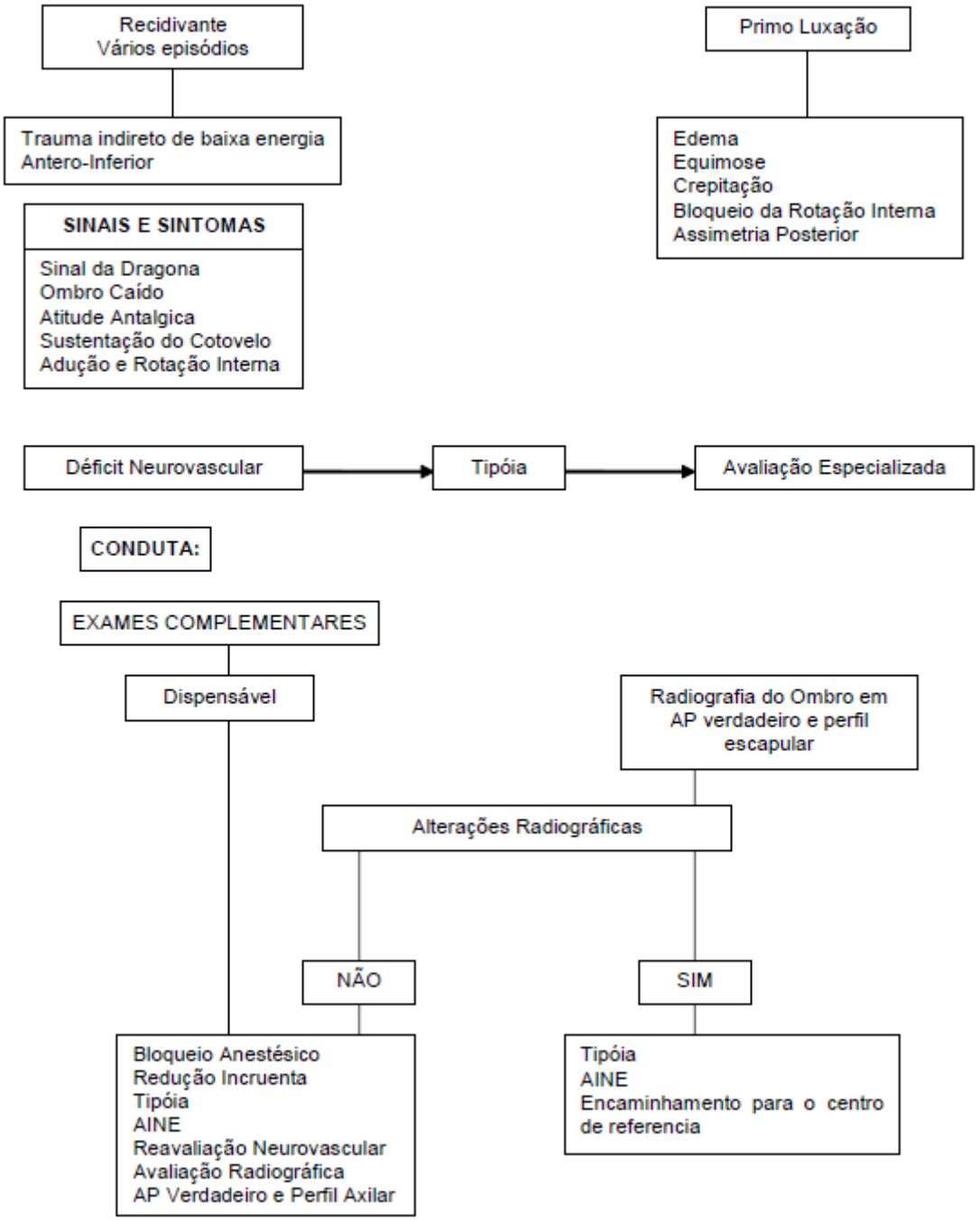





CICLOFOSFAMIDA
Hematológico:
• Neutropenia <3000
• Anemia Hipoplásica
• Plaquetopenia <50.000
Urinário:
• Hematúria
• Cistite Hemorrágica
Neurológico:
• Infecções por Herpes Zoster
• Infecções recorrentes
• Hipogamaglobulinemia
Nos casos em que não houver necessidade de internação, interromper o uso do medicamento. Orientar paciente para procurar o médico assistente.


BIOLÓGICOS – Inibidores de TNF- α : Infliximab, Etanercept, Adalimumab
Infecções:
• Bronquite, Sinusite e Faringite
• TB, Pneumonia, Sepse
• ITU
Hematológico:
• Pancitopenia
• Anemia Aplásica
Outras:
• Desordens Desmielinizantes
• Falência Cardíaca
• Malignidade e risco aumentado de Linfoma
• Hepatotoxidade
• Lúpus induzido por droga
Encaminhar para internação em hospital terciário HBDF

LUXAÇÃO DO OMBRO



ENTORSE DO JOELHO

MECANISMO

Torsional
Trauma Direto
Queda de Altura
Hiperflexão
Hiperextensão
Valgo / Varo

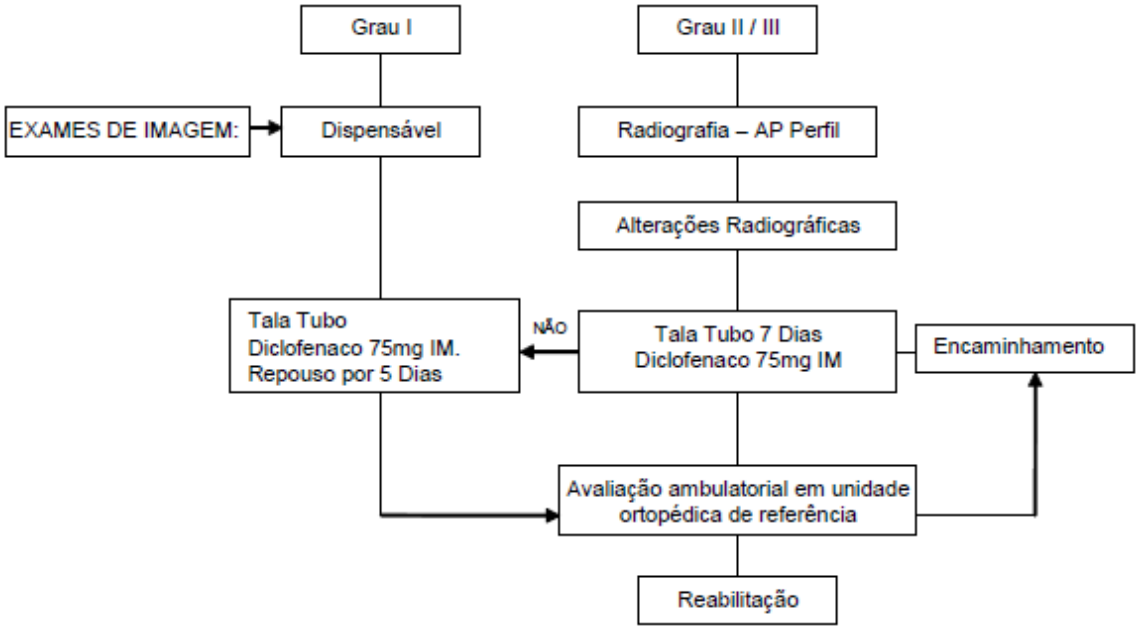
AVALIAÇÃO

Grau I – **Leve:** Suporta Carga; Sem Derrame articular.

Grau II – **Moderado:** Não suporta carga; Derrame moderado.

Grau III – **Grave:** Não suporta carga; Sensação de "Estalido". Derrame acentuado com sinal de Rechaço patelar.

CONDUTA:



ENTORSE DO TORNOZELO
LESÃO CÁPSULO - LIGAMENTAR

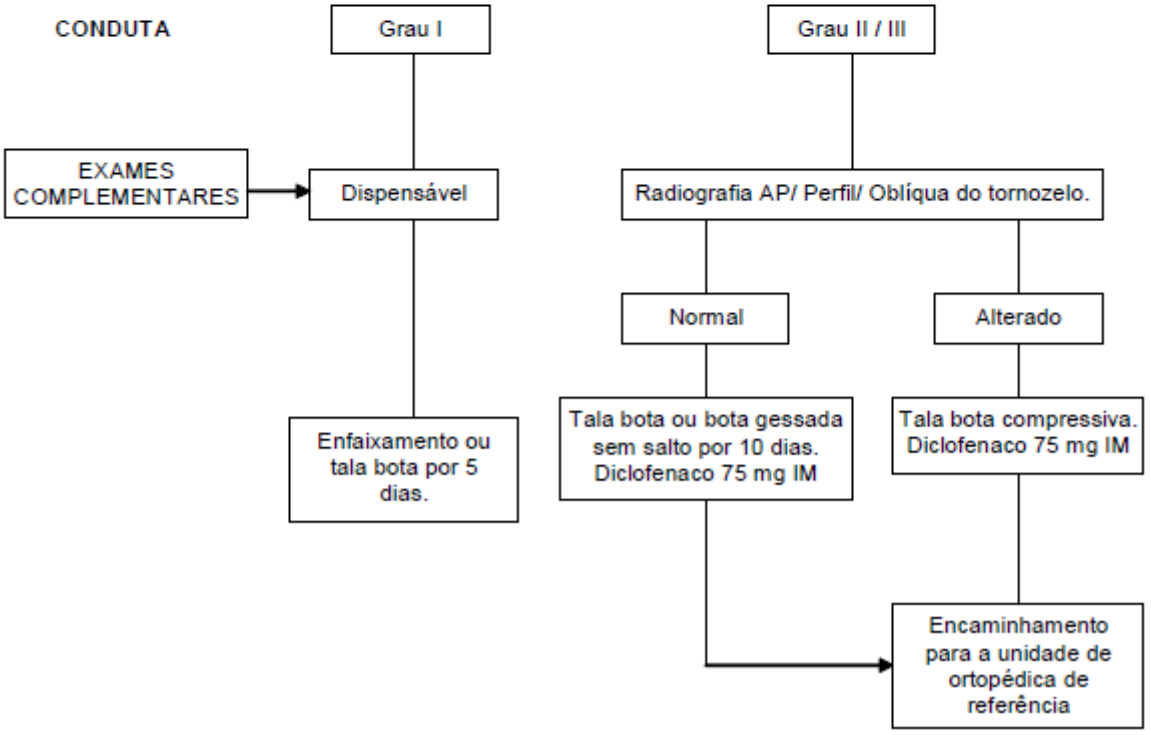
MECANISMO
Torsional Inversão Eversão

AVALIAÇÃO

Grua I – **Leve:** Discreto edema, sem equimose, suporta carga.

Grau II – **Moderado:** Edema perimaleolar. Pode suportar carga. Discreta equimose após 24 horas

Grau III – **Grave:** Edema difuso. Não suporta carga. Equimose após 24 horas



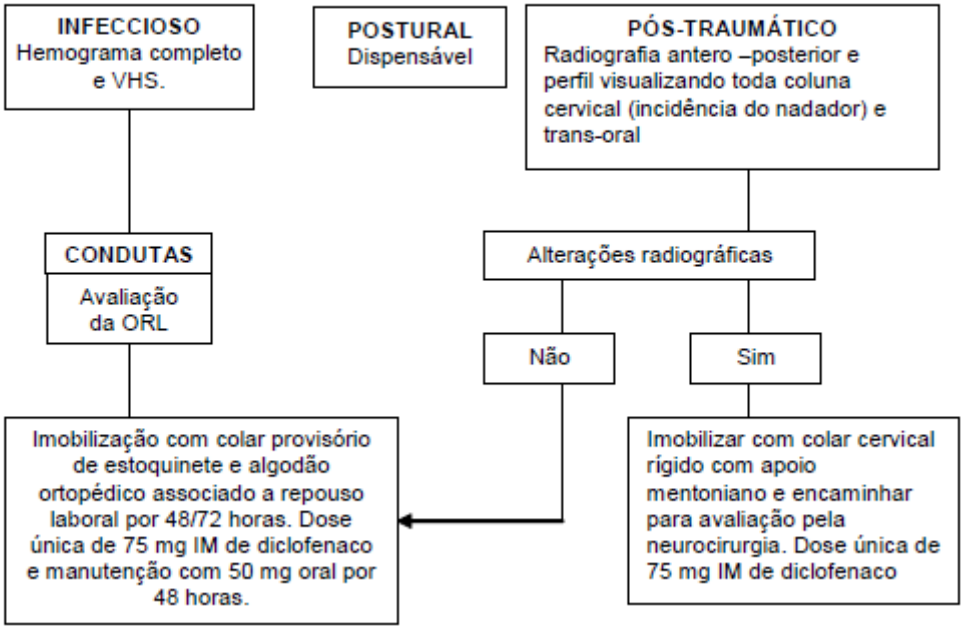
TORCICOLO

Definido como quadro antálgico da coluna cervical, associado a contratura muscular. A etilogia pode ser atitude postural viciosa, pós-traumática de baixa energia e infecciosa.

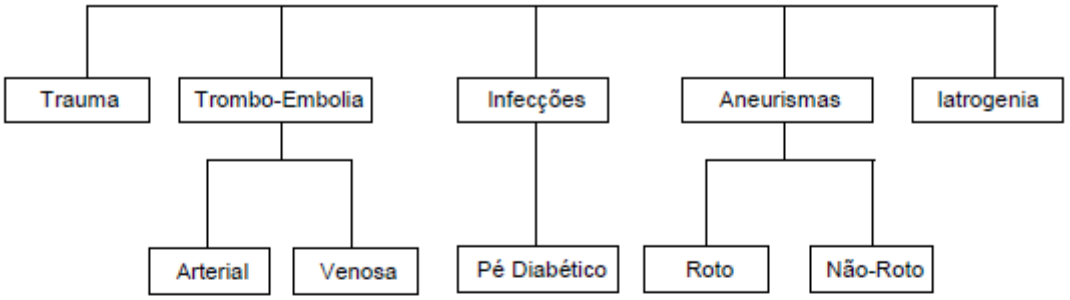
SINAIS E SINTOMAS

Dor a flexão e ou rotação da coluna cervical, matinal ou esforços laborais caracterizado por episódio de dor a palpação na bainha do músculo esterno cleido mastóideo, ou eretores da nuca trauma -faríngeo. Presença de intenso espasmo muscular com limitação evidente dos movimentos cervicais e dor ocasional irradiada para membro superior. Ausência de déficit neurológico.

EXAMES COMPLEMENTARES



URGÊNCIAS VASCULARES



Os serviços de cirurgia vascular da SES/DF são encontrados nos seguintes hospitais:
HBDF (Emergência 24 horas) – Ambulatório;
HRT – Ambulatório (Pareceres);
HRC – Ambulatório (Pareceres);
HRS – Ambulatório (Pareceres).

TRAUMAS VASCULARES

SINAIS

FORTES

- Choque
- Pulsos ausentes ou diminuídos
- Frêmitos
- Cianose
- Tumorações pulsáteis
- Hematoma expansível

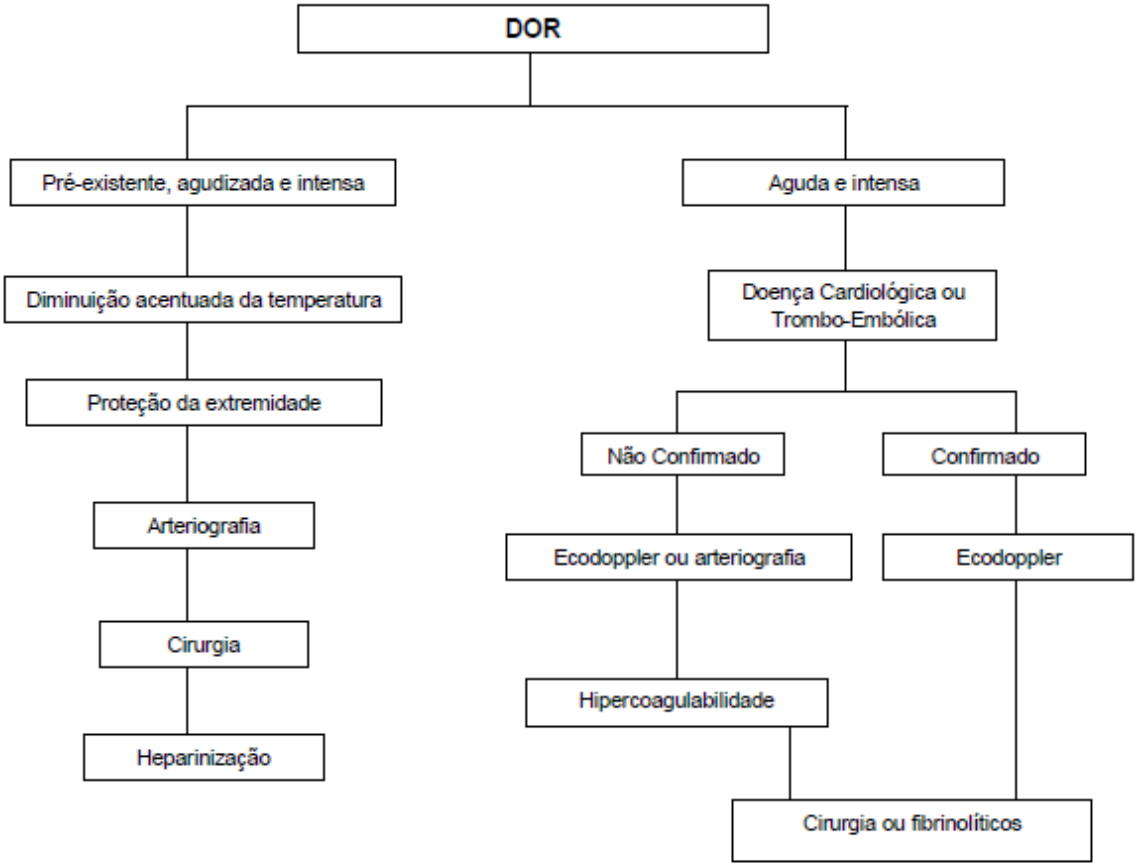
Encaminhamento ao Serviço de Emergência VASC c/ relatório medidas de tratamento acompanhado por médico e contato prévio.

PROVÁVEIS

- Próximo a trajeto vascular
- Lesão nervosa
- Choque refratário
- Edema desproporcional
- Hematoma estável

Encaminhamento ao Serviço de Emergência VASC p/ parecer médico fazendo contato prévio.

TROMBOEMBOLIA ARTERIAL

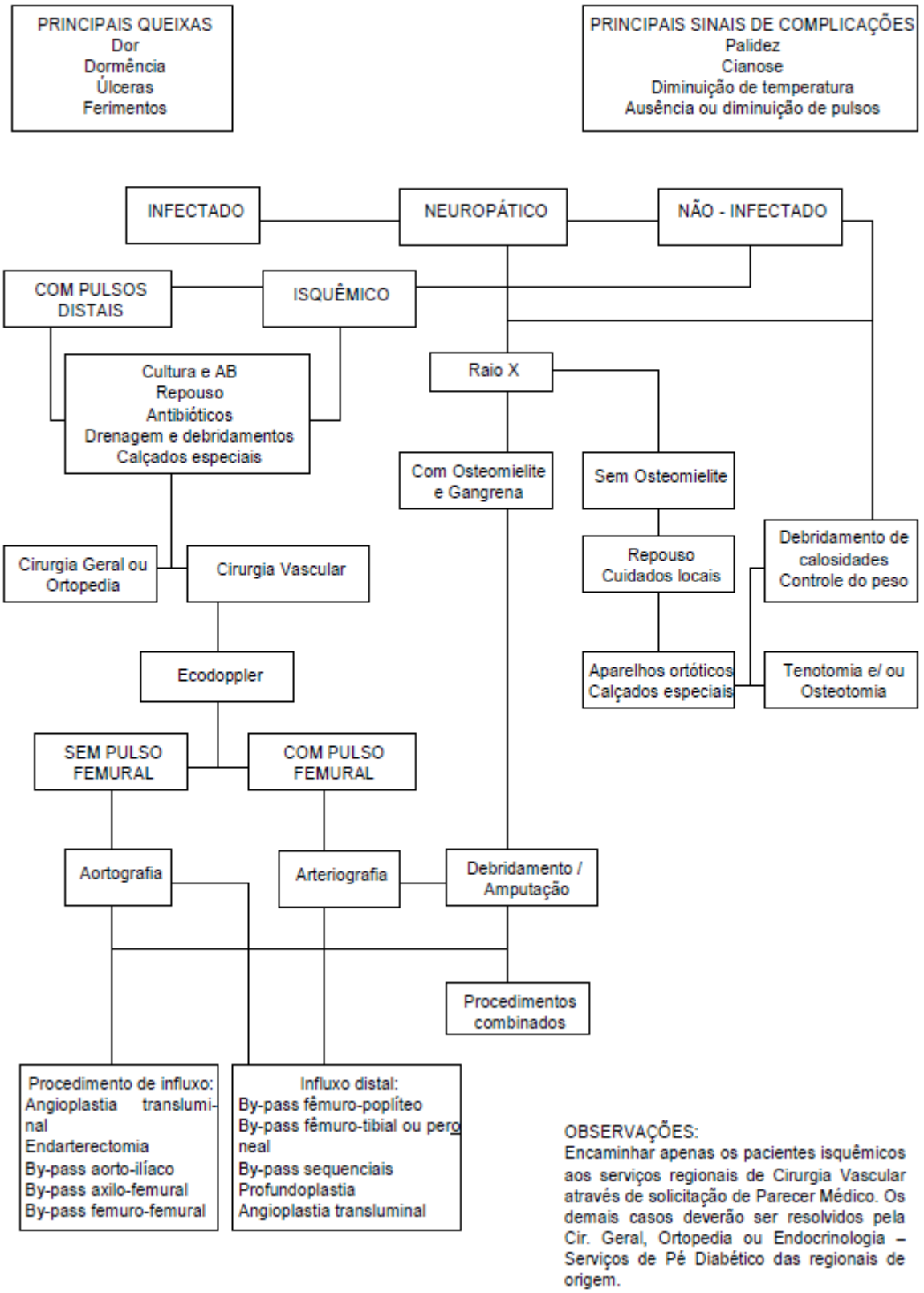


SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Ausente
Temperatura	Diminuída
Perfusão	Diminuída
Imobilização	Sim
Empastamento Muscular	Não
Cianose/Palidez	Sim
Sensibilidade	+++
Insuficiência Funcional	Sim
Início	Súbito

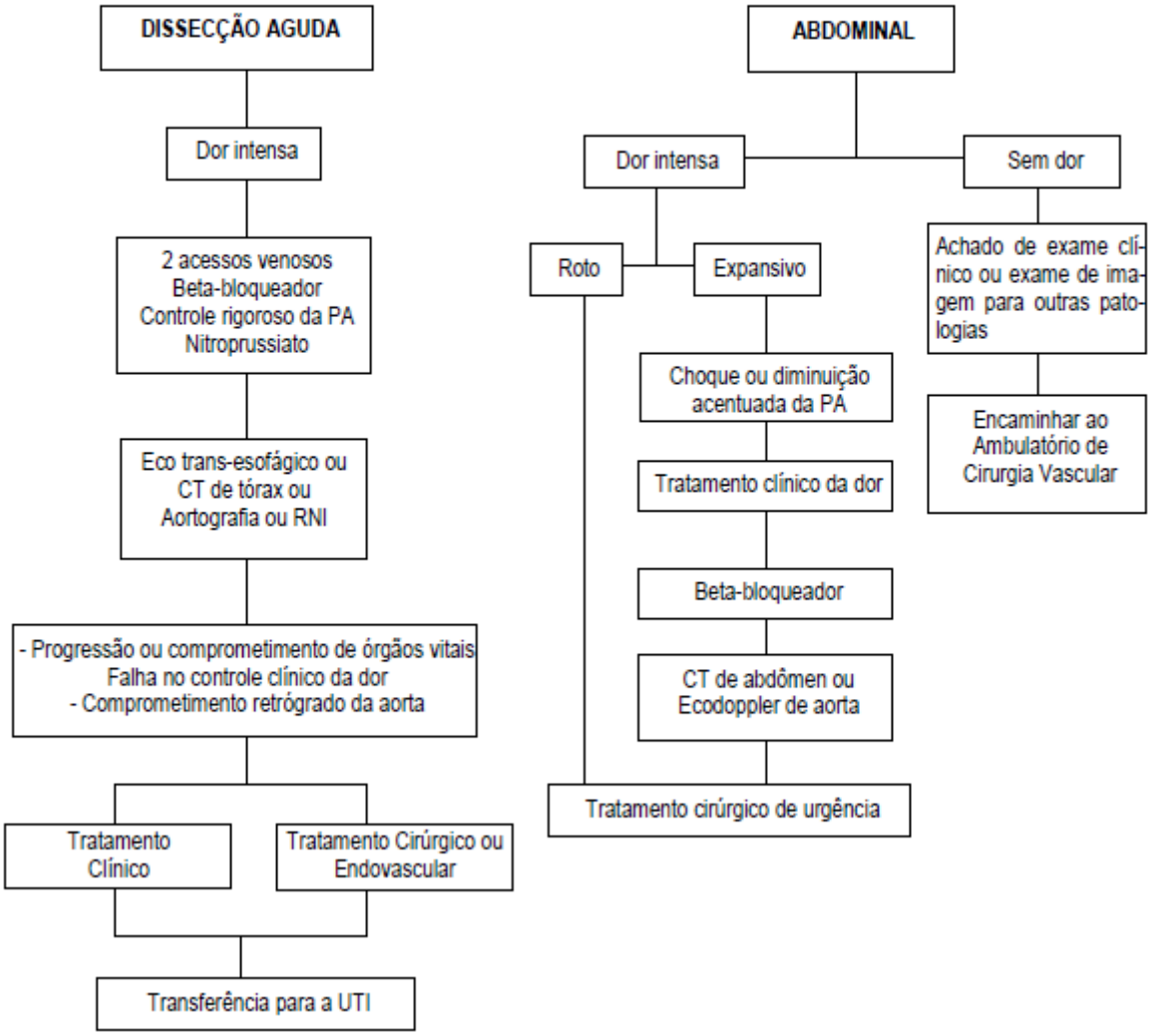
OBS: Encaminhar o paciente ao serviço de emergência urgente.

PÉ DIABÉTICO

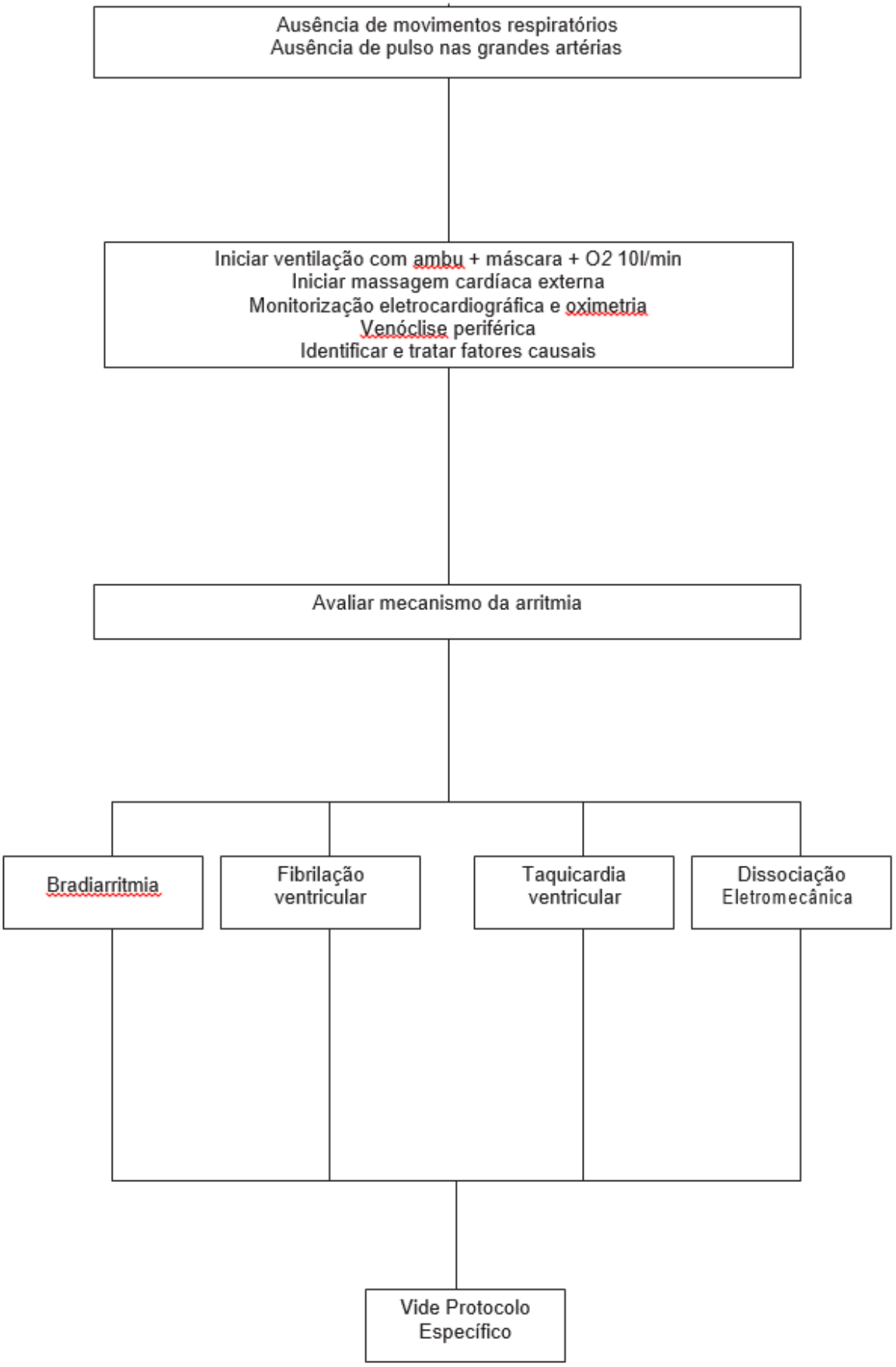


OBSERVAÇÕES:
Encaminhar apenas os pacientes isquêmicos aos serviços regionais de Cirurgia Vascular através de solicitação de Parecer Médico. Os demais casos deverão ser resolvidos pela Cir. Geral, Ortopedia ou Endocrinologia – Serviços de Pé Diabético das regionais de origem.

ANEURISMAS


DISSECÇÃO AGUDA
Dor intensa
2 acessos venosos
Beta-bloqueador
Controle rigoroso da PA
Nitroprussiato
Eco trans-esofágico ou
CT de tórax ou
Aortografia ou RNI
- Progressão ou comprometimento de órgãos vitais
Falha no controle clínico da dor
- Comprometimento retrógrado da aorta
Tratamento
Clínico
Tratamento Cirúrgico ou
Endovascular
Transferência para a UTI
ABDOMINAL
Dor intensa
Sem dor
Roto
Expansivo
Choque ou diminuição
acentuada da PA
Tratamento clínico da dor
Beta-bloqueador
CT de abdômen ou
Ecodoppler de aorta
Tratamento cirúrgico de urgência
Achado de exame clí-
nico ou exame de ima-
gem para outras pato-
logias
Encaminhar ao
Ambulatório de
Cirurgia Vascular

PARADACARDIORRESPIRATÓRIA



ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO

↓

Dissociação eletromecânica (DEM), Pseudo-DEM, Ritmo idioventricular, Ritmo ventricular de escape, Bradiassistolia

↓

Continuar medidas de RPC, Intubação Orotraqueal
Obter acesso IV

↓

Considerar possíveis causas:
Hipovolemia (infundir volume), Hipoxemia (ventilação), Tamponamento cardíaco (Pericardiocentese), Pneumotórax hipertensivo (descompressão por agulha), TEP maciço, IAM extenso, hipercalemia, acidose, overdose de drogas (tricíclicos, B-bloq cálcio.

↓

Epinefrina 01mg IV em bolus. Repetir a cada 3 a 5 minutos.

↓

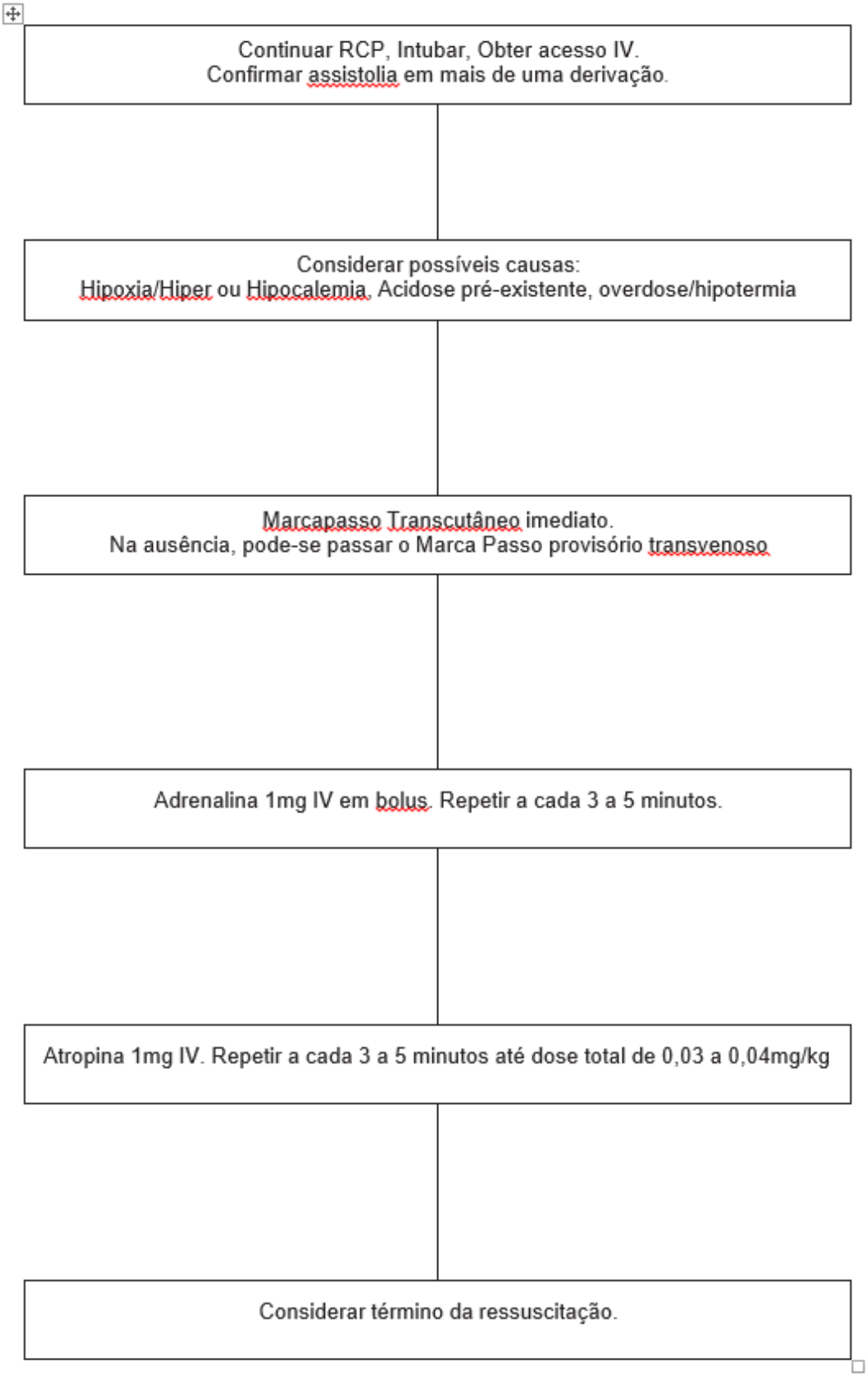
Se bradicardia (FC < 60bpm), usar atropina 01mg IV.
Repetir a cada 3 a 5min em um total de 0,03 - 0,04mg IV/kg.

Causas de Atividade Elétrica sem Pulso
(5Hs e 5Ts)

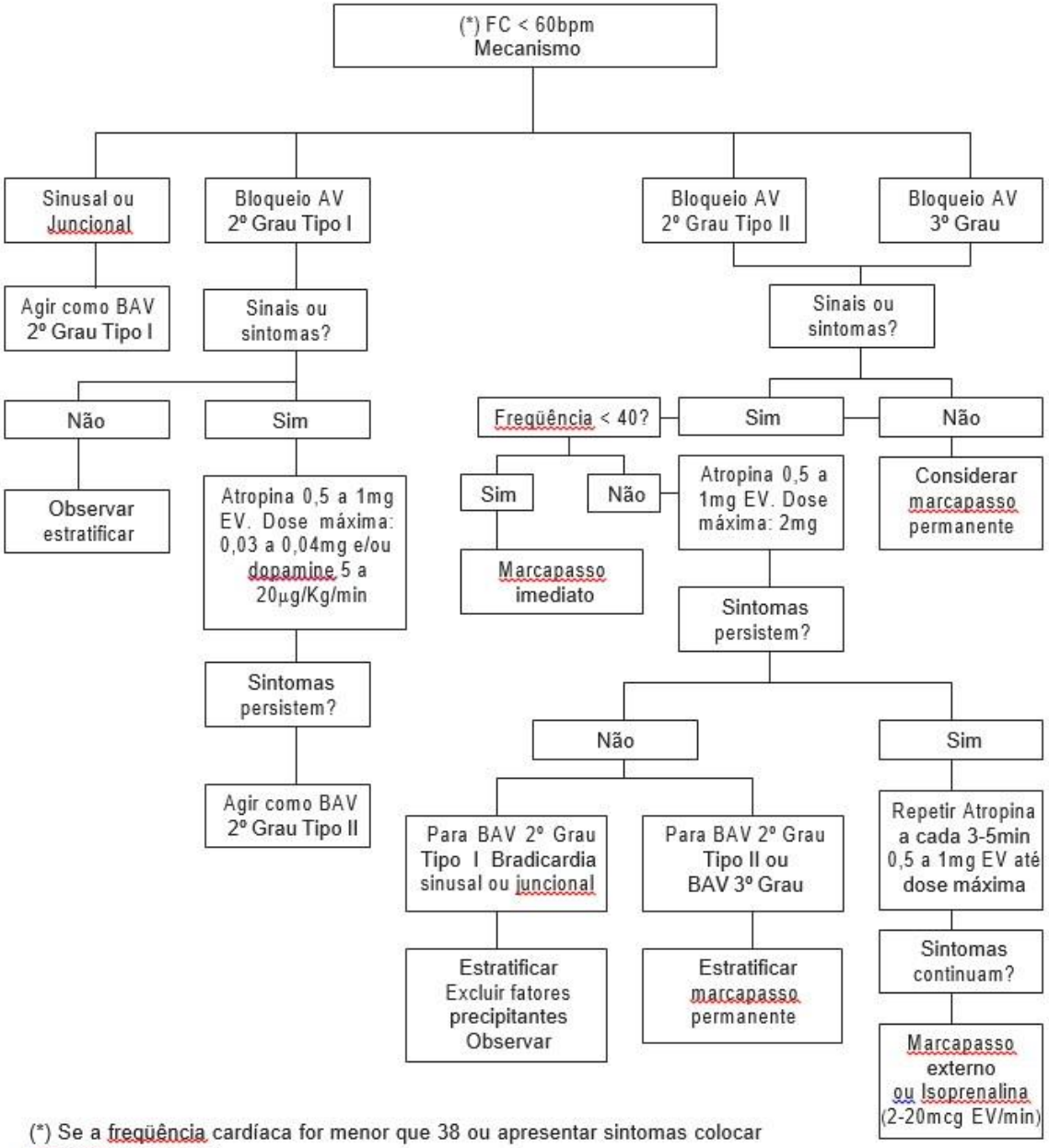
Hipoxia	Tensão no Tórax(Pneumotórax)
Hipovolemia	Tamponamento Cardíaco
Hipocalemia – hipercalemia	Tóxicos (Intoxicação)
Hipotermia	Trombose coronária (IAM)
Hidrogênio (Acidose)	Tromboembolismo pulmonar

CPSG= Crise parcial secundariamente generalizada

ASSISTOLIA


Continuar RCP, Intubar, Obter acesso IV.
Confirmar assistolia em mais de uma derivação.
Considerar possíveis causas:
Hipoxia/Hiper ou Hipocalemia, Acidose pré-existente, overdose/hipotermia
Marcapasso Transcutâneo imediato.
Na ausência, pode-se passar o Marca Passo provisório transvenoso
Adrenalina 1mg IV em bolus. Repetir a cada 3 a 5 minutos.
Atropina 1mg IV. Repetir a cada 3 a 5 minutos até dose total de 0,03 a 0,04mg/kg
Considerar término da ressuscitação.

BRADIARRITMIA



(*) Se a freqüência cardíaca for menor que 38 ou apresentar sintomas colocar marcapasso externo.

ATENÇÃO:

As extra-sístoles ventriculares no BAV de terceiro grau não são de risco e contribuem para manutenção do débito. O seu desaparecimento pode ser acompanhado de desestabilização do paciente e necessidade de marcapasso imediato.

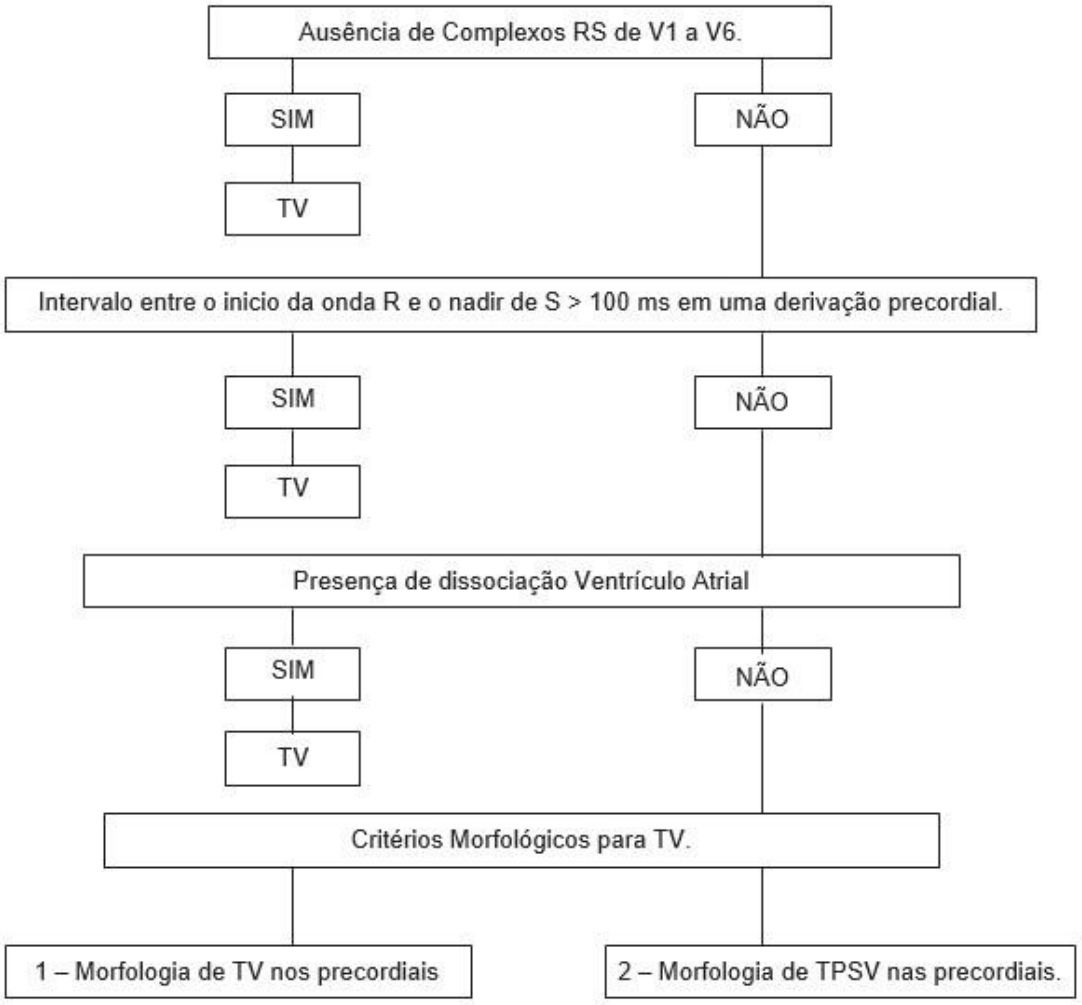
TAQUICARDIAS VENTRICULARES

Introdução:

As Taquicardias com complexos QRS largos (QRS > 120 m / s) constituem um desafio na prática clín
E de suma importância para uma correta conduta terapêutica antiarrítmica (AA) o diagnóstico difer
cial entre uma Taquicardia Ventricular (TV) e uma Taquicardia Supraventricular com condução aberrante.
As taquicardias com complexos largos podem ocorrer em 4 situações distintas:

TPSV com bloqueio de ramo funcional
TPSV na vigência de bloqueio de ramo pré-existente.
TPSV com condução anterógrada através de uma via acessória.
Taquicardia Ventricular.

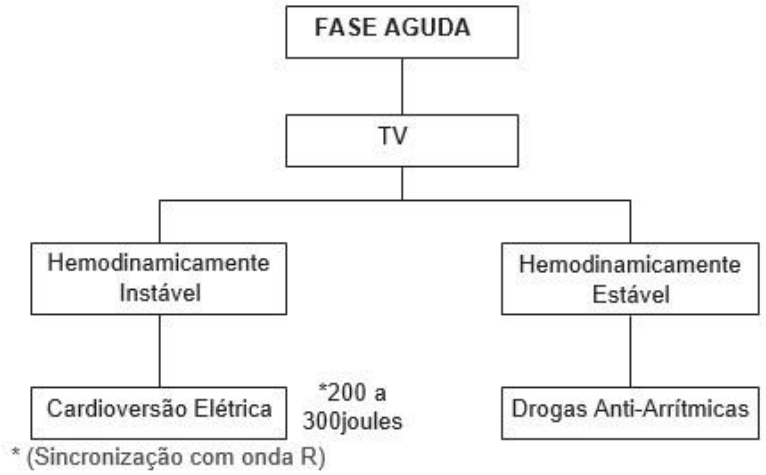
DIAGNÓSTICOS DAS TAQUICARDIAS DE QRS LARGO CRITÉRIOS DE BRUGADA



TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL

TV Helicoidal.
TV Polimórfica.
Flutter Ventricular.
Fibrilação Ventricular.

TRATAMENTOS DAS TV.



DROGAS ANTIARRITMICAS.

1 – IAM – Fase Aguda – Lidocaína 2% - (1,0 a 1,5 mg / kg em bolus, seguido de 0,5 a 0,75 mg / kg em bolus a cada 5 a 10 min. Com dose máxima de 3 mg / kg. Associando a infusão contínua de 30 a 50 mg / kg / min.

2 – IAM – Fase Crônica – MCC.
Procainamida (1 gr / 5 minutos).
Amiodarona (150 mg IV em bolus em 10 minutos); (1,0 mg / min. Por 6 h., seguido de 0,5 mg / min. Continuo).
Propafenona (70 mg IV / 5 min.).
CVE Sincronizado.
Sulfato de Magnésio (IV – 2 gr em 100 ml até atingir níveis séricos de 2 mEq / kg).

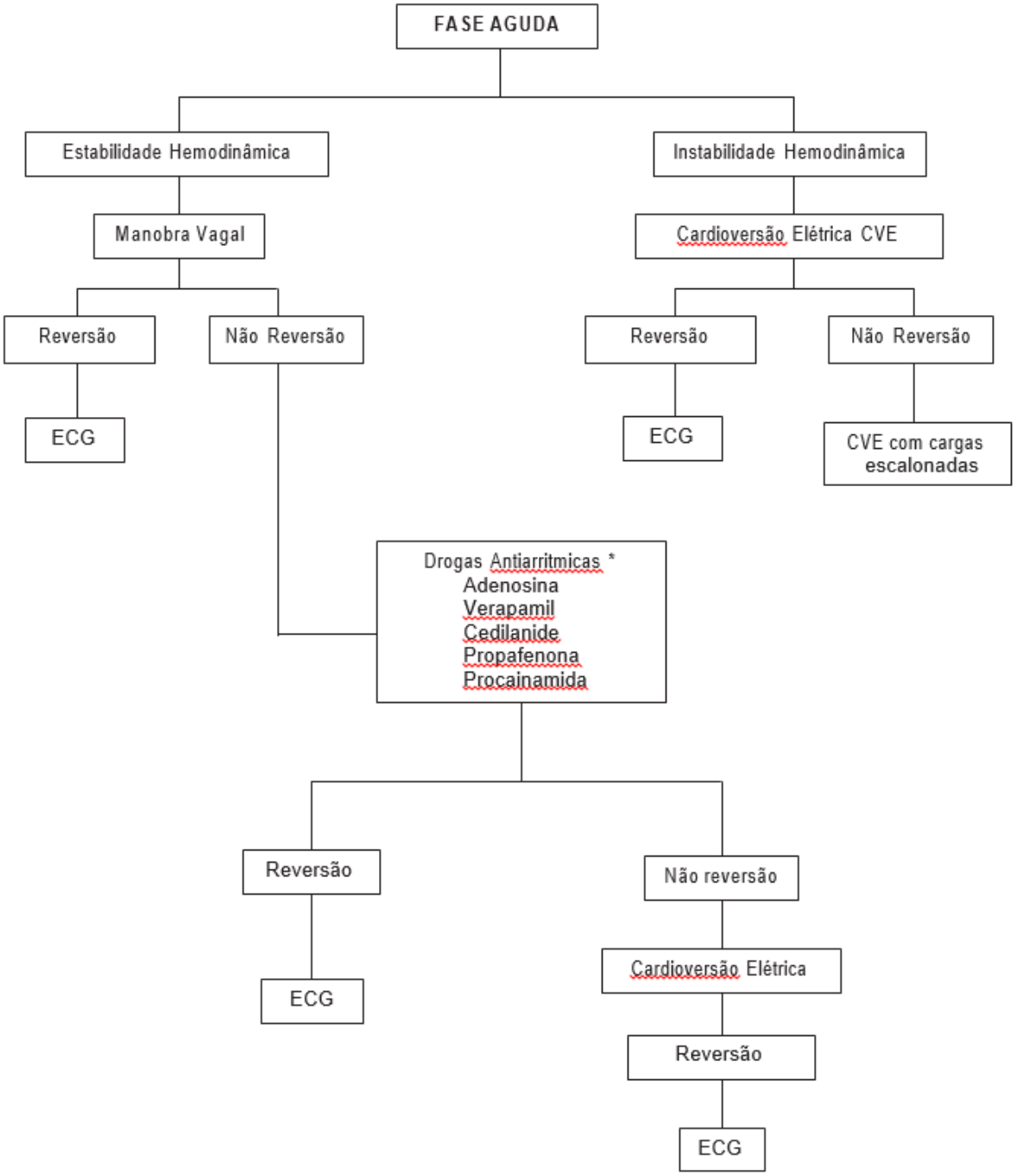
3 – Taquicardia Ventricular Helicoidal.
Infusão de Sulfato de Magnésio
Aumentar FC = Marca Passo Provisório
Isoprotenol (1 – 3 mg / min. IV).

4 – Taquicardia Ventricular Incessante.
Ablação.
Cirurgia.
OBS.: Nos pacientes com disfunção de VE: 1ª opção Amiodarona
2ª opção Lidocaína.

5 – Flutter Ventricular ou Fibrilação Ventricular.
Desfibrilação – 360J sem sincronização.

TRATAMENTO NA FASE AGUDA

REVERSÃO DAS CRISES
TRATAMENTO DAS TPSV



DROGAS ANTI-ARRITMICAS PARA REVERSÃO.

1 - Taquicardia Reentrante Nodal Comum.
2 – Taquicardias Atriais, reentrante nodal incomum, Coumel, via anômala no Ebstein.
3 - Flutter Atrial com bloqueio A-V 2:1 Fixo.

Tipos – Preferências.

Verapamil (10 mg + 10 ml de soro) EV, 5 minutos	Tipo 1 e 3
Adenosina (de 8 a 12 mg) EV bolus	Tipo 1
Cedilanide (0,8 mg diluído) EV em 5 minutos.	Tipo 1 e 3
Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.	Tipo 1, 2, 3 e 4.

Tipo 2 – TPSV – Mediada por via anômala do tipo KENT.

Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.
Procainamida (1 g) EV em 5 minutos.

TAQUICARDIA COM RR IRREGULAR E QRS ESTREITO. FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA)

INTRODUÇÃO:

- No momento a FA está sob intensa investigação clinica e eletrofisiológica.
- É a arritmia mais freqüente na prática clinica e nas salas de emergência.
- Sua prevalência aumenta significativamente com a idade chegando a atingir 10% da população entre a 7ª e a 8ª décadas de vida.

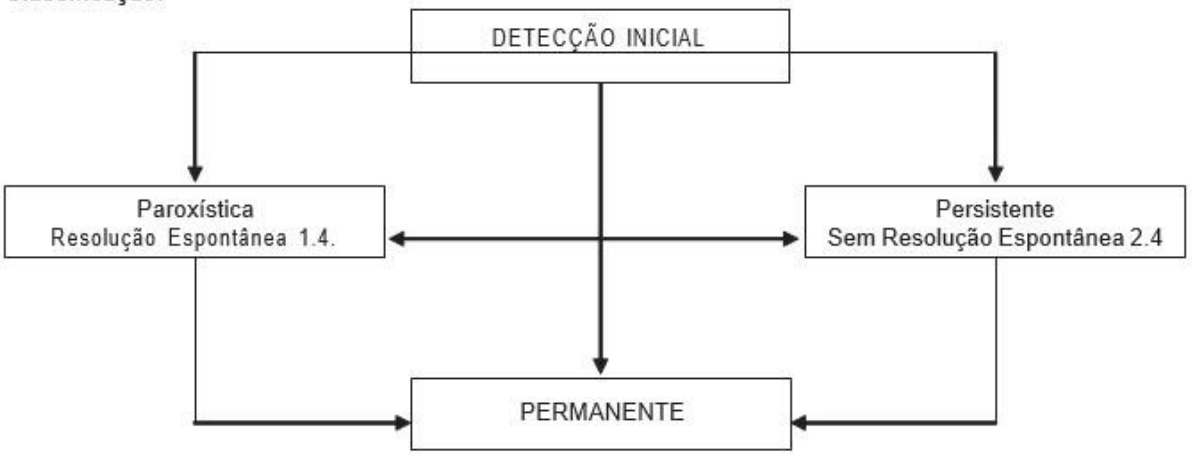
SINTOMAS:

Estão relacionados:
- Elevação da resposta ventricular
- Comprometimento hemodinâmico.

É a desordem do ritmo cardíaco que mais comumente provoca acidentes Tromboembólicos Sistêmicos.

ABORDAGEM:

Classificação:



1 - A duração dos episódios é menor ou igual a 7 dias (a maioria < 24 hs)
2 - Duração maior que 7 dias.
3 - Cardioversão mal sucedida ou não realizada.
4 - FA paroxística ou persistente pode ser recidivante.

ADENDO:

Existem várias classificações para a FA

Classificação baseada na relevância clinica.

FA

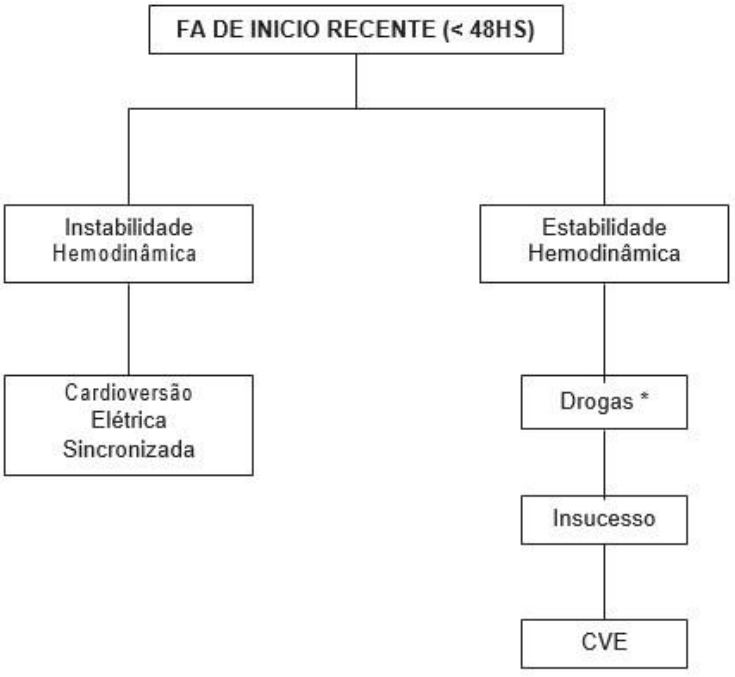
PAROXÍSTICA	Resolução Espontânea.
PERSISTENTE	Resolução Não Espontânea.
PERMANENTE	Longa duração (mais de 1 ano), em que a cardioversão não foi realizada ou não houve manutenção do ritmo **sinusal.**

Classificação em relação a duração da arritmia.

FA de inicio recente → FA que se instalou com menos de 48 hs.
FA com mais de 48 hs e/ou tempo indeterminado.

TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA.

FA DE INÍCIO RECENTE.



OBS.: Os pacientes que apresentam com FA < 48hs, mas são portadores de fatores de risco para fenômenos tromboembólicos como: Valvulopatia Mitral; Próteses valvares, disfunção ventricular esquerda com FE < 40% ou passado de tromboembolismo, devem primeiramente ser anticoagulados da tentativa de reversão.

DROGAS USADAS PARA REVERSÃO A RITMO SINUSAL:	
PROPAFENONA	1 a 2mg / kg / 10 min. – Pode repetir 30 min. Após a 1ª dose.
PROPAFENONA	450 mg V.O 4 / 4hs ou 600 mg V.O 12 / 12 hs.
SOTALOL	80mg V.O 2 x dia
AMIODARONA	150 mg em 10 min. 360 mg em 6 horas. 540 mg em 18 horas.

FA > 48h OU TEMPO INDETERMINADO.
FA Paroxística ou FA Permanente.

CONTROLE DA FC.

↓

DROGAS *

OBS.:

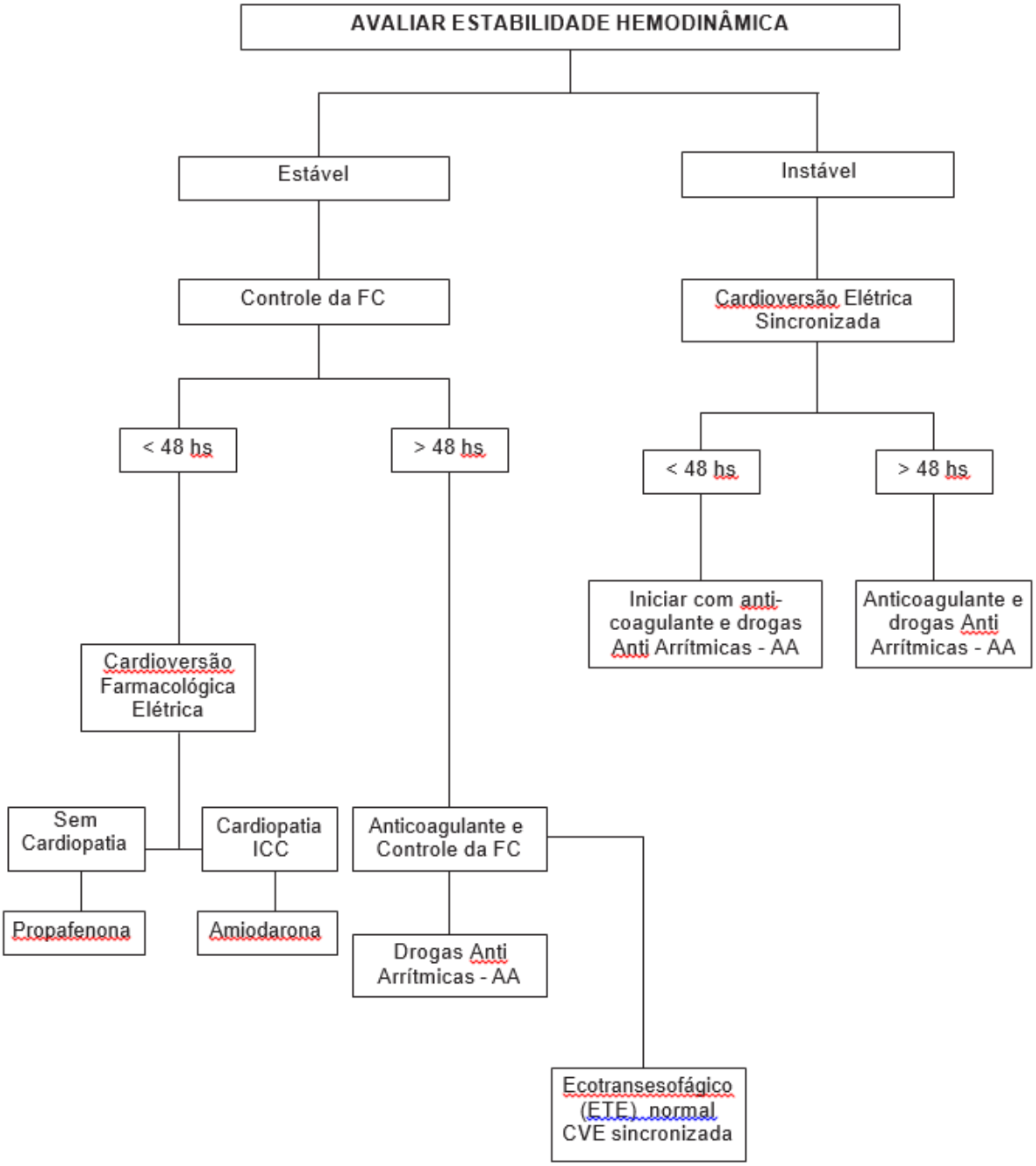
Pacientes com disfunção ventricular - Usar Amiodarona.
Pacientes sem disfunção ventricular – Usar como 1ª escolha – Diltiazem.

DROGAS QUE PODEM SER UTILIZADAS PARA CONTROLE DA FC (Controle da Freqüência Ventricular).	
CEDILANIDE	0,04 mg IV, bolus.
ESMOLOL	(10 mg / ml) – 0,5 mg / kg 1 min e dripping de 0,05mg / kg / min.
METOPROLOL	(1mg / ml) - 5mg IV lento em intervalos de 5min. Até 15mg.
DILTIAZEM	(5 mg / ml) – 0,25 mg / kg (15 a 20 mg IV – 2 min.), repetir 15 min. após 0,35 mg / kg.
VERAPAMIL	(2,5 mg / ml) – 2,5 a 5,0 mg IV - 2 min., repetir 5 a 10 mg / 15 a 30 min. ou 5mg / 15 min.

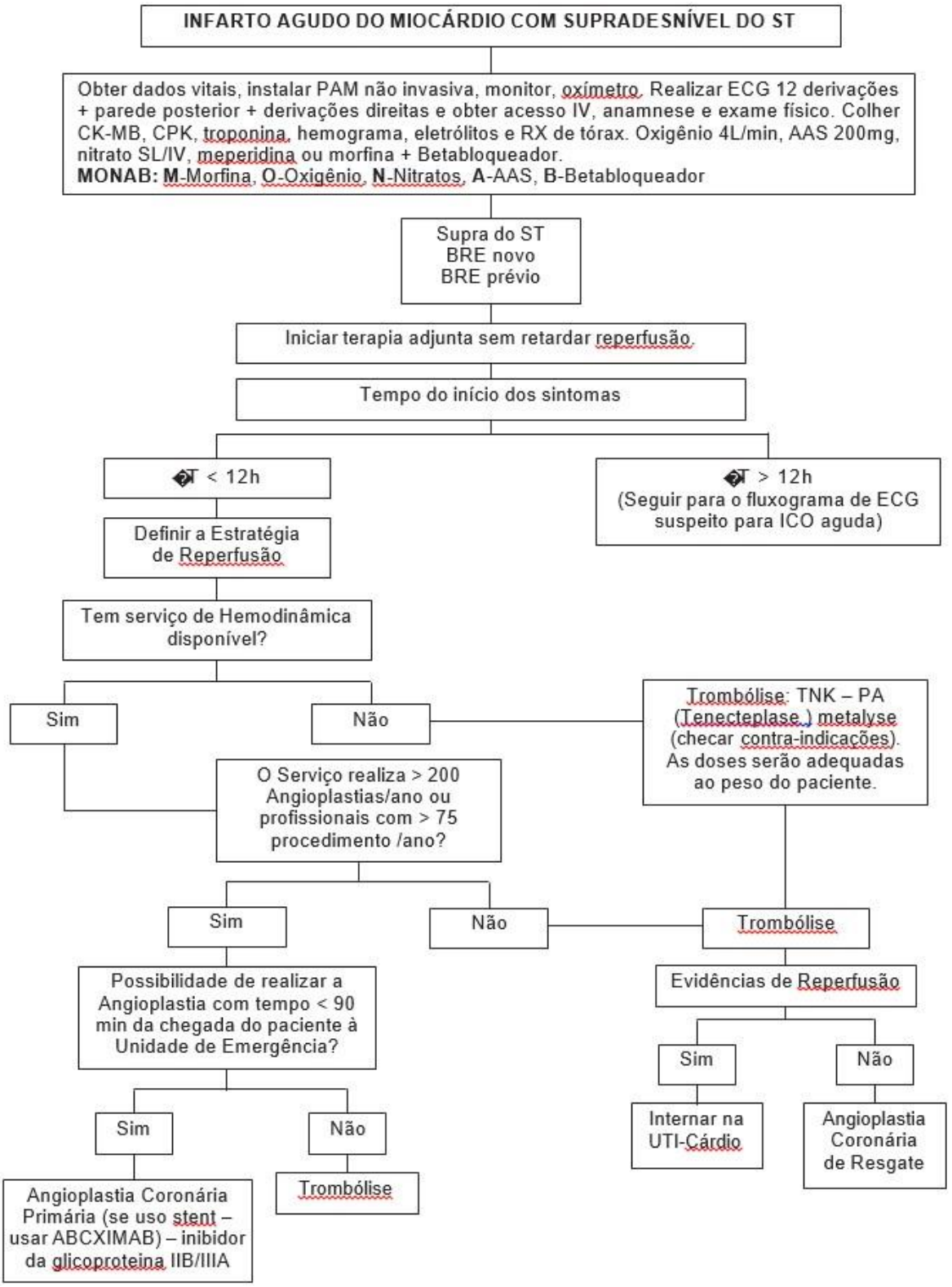
Objetivos do Tratamento de FA.

Controle da FC;
Restauração e manutenção do Ritmo Sinusal;
Prevenção de Recorrências;
Prevenção de tromboembolismo.

TRATAMENTO DE PACIENTES COM FA

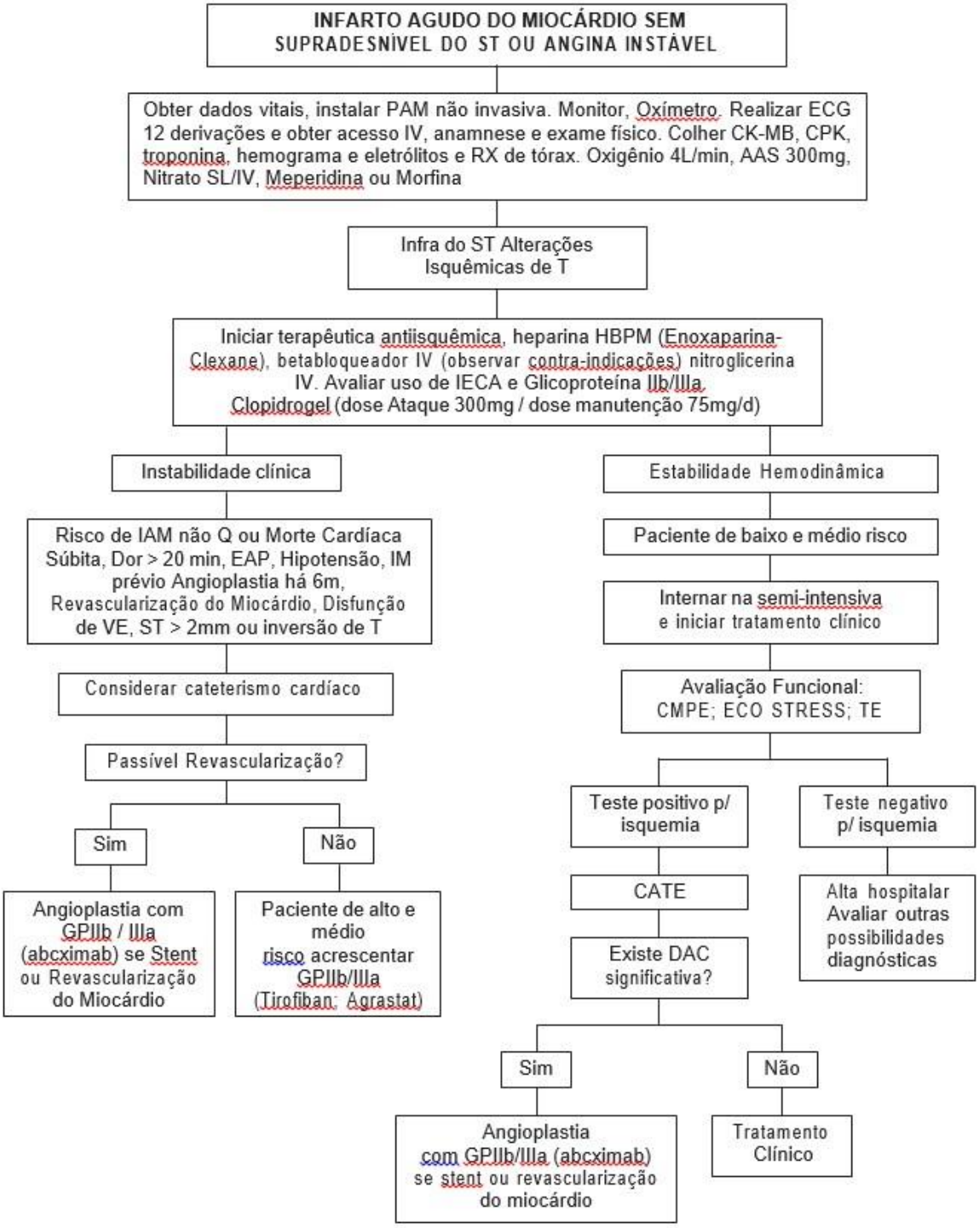


DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO ST



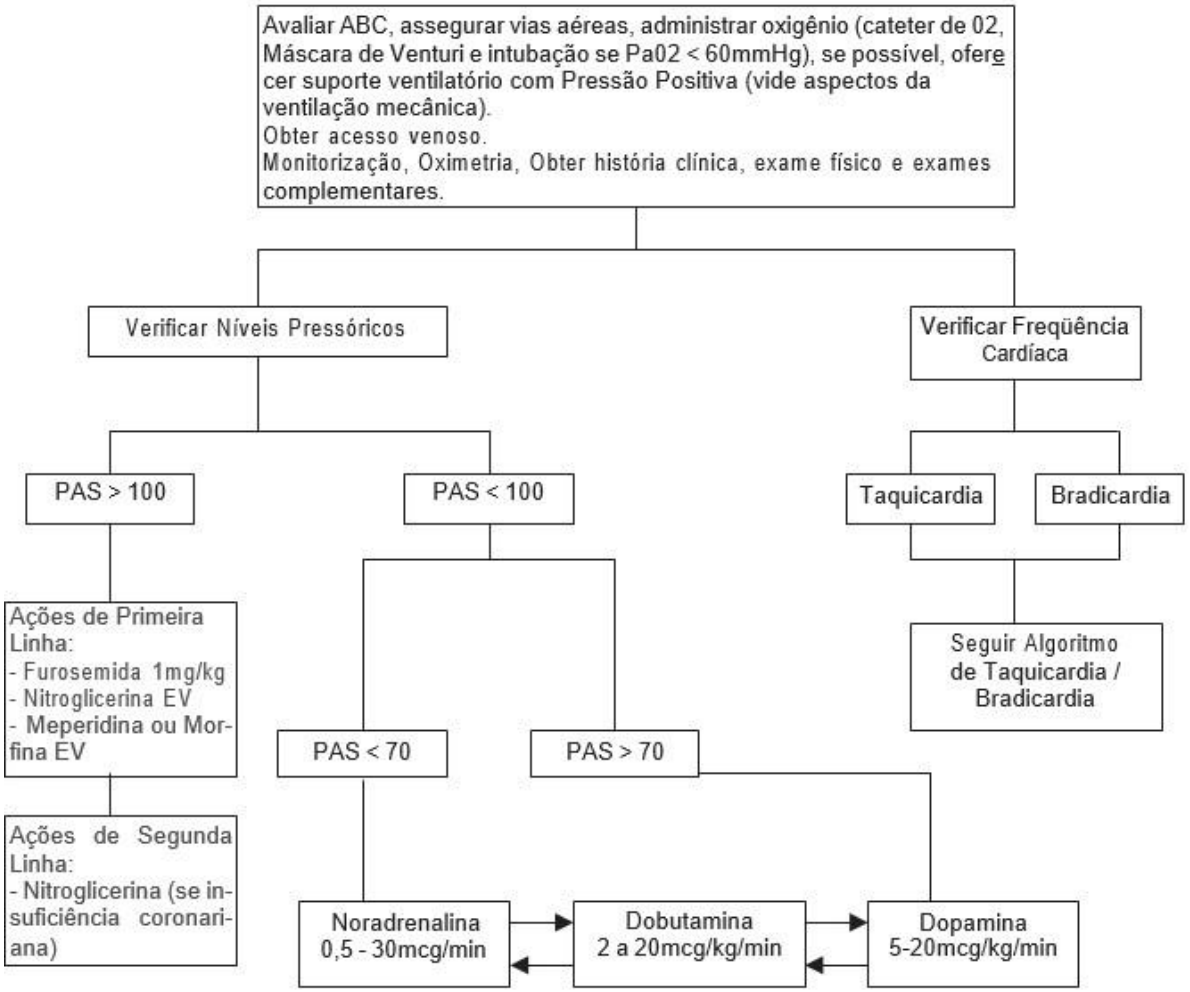
I.A.M SEM SUPRA DE ST

ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA COM INFRADESNÍVEL ST OU INVERSÃO DE T



CMPE = Cintilografia miocárdica de perfusão
DAC = Doença Arterial Coronária

EDEMAAGUDO DE PULMÃO



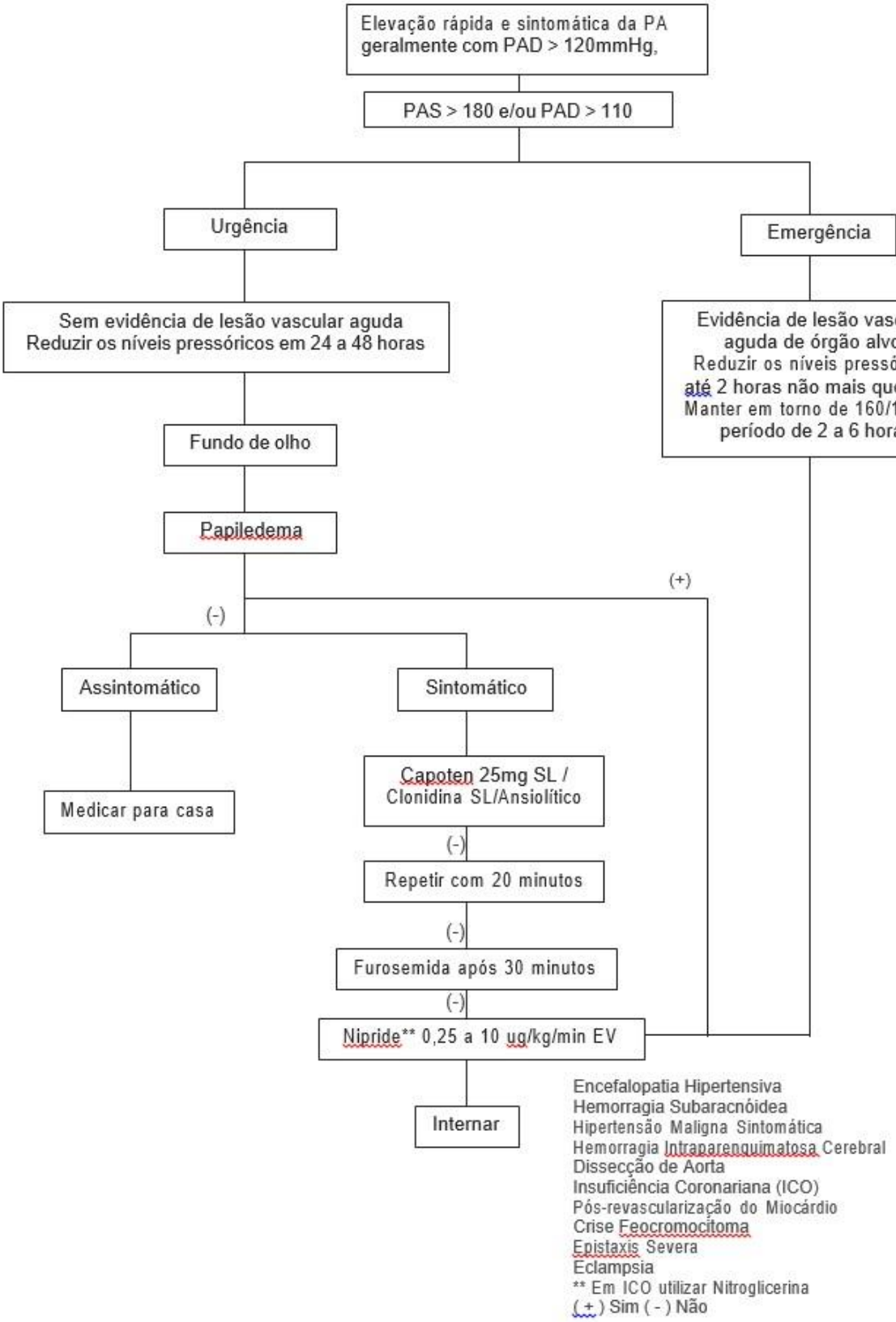
OBS.:
- Mude para DOPAMINA e suspenda NORADRENALINA quando a PA melhorar.
- Se DOPAMINA > 20mcg/kg/min adicionar NORADRENALINA.
- Investigar causa de EAP para tratamento adequado como angioplastia no caso de IAM, heparinização se causa for TEP.

Tratar taquiarritmias seguindo algoritmo adequado.
Se Taquicardia – cardioversão elétrica ou química. (Exceto taquicardia sinusal).
Se Bradicardia – avaliar uso de marcapasso provisório.

EXAMES A SEREM REALIZADOS:
- ECG, rad. de tórax no leito, gasometria, enzimas cardíacas, função renal, eletrólitos, hemograma.

• Em caso de não melhora dos sintomas, parada Cardiorrespiratória, proceder intubação Orotraqueal e transferir para UTI (após realização de medidas cabíveis para transferir com segurança).
• Observar critérios para intubação Orotraqueal
• Se FA com freqüência ventricular elevada usar Cedilanide.

CRISE HIPERTENSIVA



EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: Quando há risco de vida em potencial e deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução imediata da PA em minutos.

URGENCIAS HIPERTENSIVAS: Quando há risco de vida em potencial e é mais remoto a deterioriza-ção de órgão-alvo, requerendo redução mais lenta da PA em 24hs

OBS:

PSEUDO-CRISE HIPERTENSIVA: Elevação acentuada da PA, sem sinais de deteriorização de órgão-alvo, geralmente desencadeada por dor, desconforto, ansiedade, etc.

EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:

1) H.A.Maligna (Acelerada):

Meta: redução da PAD para níveis de 100 – 110 mmHg em 2 a 6 hs.
Tratamento: Nitroprussiato de Na. 0,25 mcg – 10 mcg (infusão contínua) 50 – 100mg (1 a 2 ampolas) em SG 250ml.

2) Encefalopatia Hipertensiva:

Meta: redução da PAD a níveis de 120 mmHg em hipertensos crônicos.
Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

3) Hemorragia Intracerebral:

Meta: redução da PAS a 160 – 140 mmHg, não excedendo.
Intervir quando PAS > 170 mmHg.
Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

4) Hemorragia Subaracnóidea:

Meta: redução de 20% - 25% da PAS (cuidado com a redução da PA pois a elevação pode ser devida a vasoespasmo cerebral – Reflexo de Cushing em pacientes normotensos).
Tratamento: Nitroprussiato de Sódio.

5) Dissecção Aguda da Aorta:

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg, ou seja, o máximo tolerável.
Tratamento: Nitroprussiato de Na. Beta bloqueador injetável: metropolol 5mg EV repetir a cada 10 min, até um total de 20 mg. Propanolol 1 – 3 mg EV; repetir após 20 min.

6) ICC com EAP:

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.
Tratamento: Diuréticos de Alça venoso: Furosemide 20 a 60 mg EV
Nitroglicerina EV 5 – 100 mcg/min., 50 mg (01 ampola em 500 ml de AD ou SG 5%) em frasco de vidro + morfina.

7) IAM:

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.
Tratamento: Nitroglicerina ou nitroprussiato de Na. Betabloqueador venoso. (Vide acima).

8) Insuficiência Renal rapidamente progressiva:

Meta e Tratamento: Nitroprussiato de Na.

9) Crises Adrenérgica graves e uso de drogas ilícitas (cocaína, crack, LSD):

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg se for tolerado.
Tratamento: Nitroprussiato de na, Propanolol ou Metropolol (vide acima) Verapamil 5 – 10 mg EV lento.

10) Eclampsia:

Meta: redução da PAD quando ultrapassar 100 mmHg.
Tratamento: Hidralazina venosa. 10 – 20 mg EV ou 10 – 40 mg IM cada 6h, Sulfato de Mg por 24 hs (de acordo com avaliação obstétrica).

11) H.A. Perioperatória:

Meta: redução de 20% - 25% da PAM.

URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:

1) H.A. ACELERADA SEM PAPILEDEMA:

Tratamento: IECA, Inibidor de Ca (Nifedipina fracionada)
Captopril 25 mg SL, repetir após 1 hora
Nifedipina 5 a 10 mg SL fracionada.

2) ICO:

Tratamento: Betabloqueador, IECA.
Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO.
Captopril 25 mg VO ou SL.

3) ICC:

Tratamento: Diuréticos, IECA,
Furosemide 40 a 80 mg EV
Captopril 25mg VO ou SL, Nifedipina 5 a 10 mg fracionada.

4) ANEURISMA DE AORTA:

Tratamento: Betabloqueador, IECA.
Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO.

5) AVCI NÃO COMPLICADO:

Meta: Intervir quando PAS > 190 mmHg ou PAD > 110 mmHg.
Tratamento: Captopril 25 mg VO ou SL.

6) CRISES RENAIS:

Tratamento: Clonidina, IECA (cuidado com hiper-reninismo podendo ocorrer diminuição acentuada da PA).
Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO até 0,6 mg, Captopril 25 mg VO ou SL.

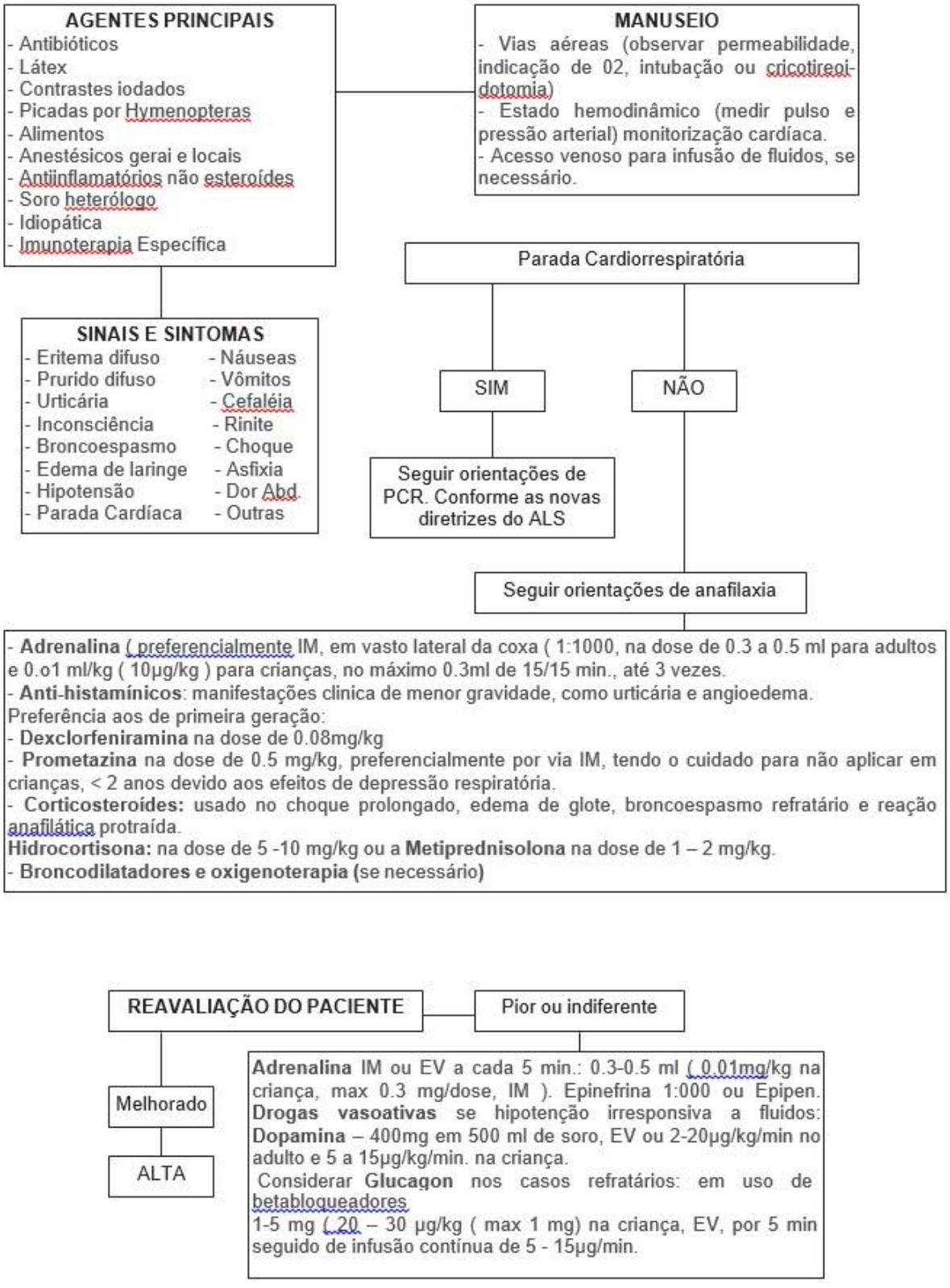
7) PERIOPERATÓRIO:

Tratamento: IECA, Clonidina, betabloqueador.
Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40mg VO
Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

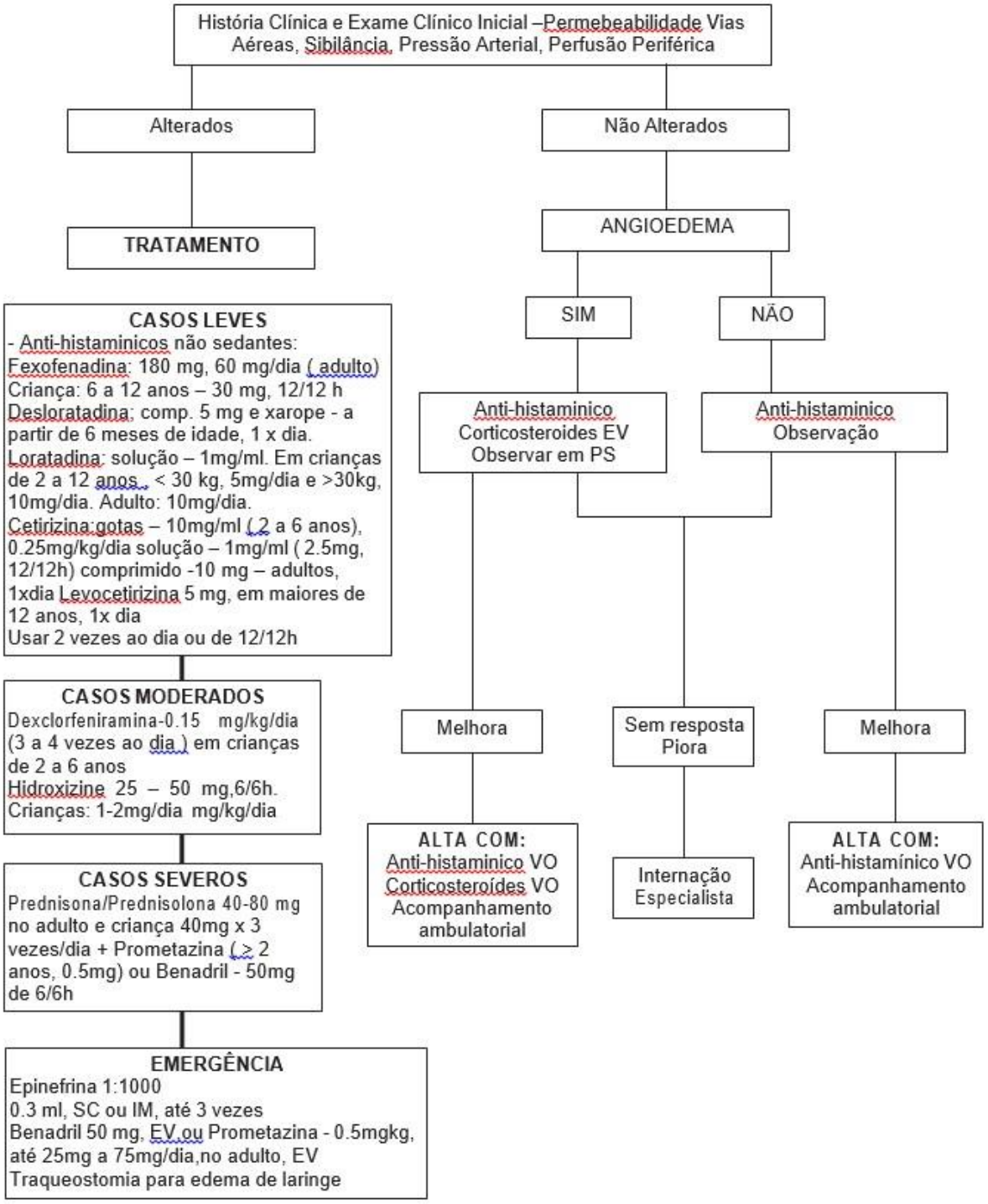
8) CRISES ADRENÉRGICAS MODERADAS:

Tratamento: IECA, Clonidina.
Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40 mg VO
Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

ANAFILAXIA


AGENTES PRINCIPAIS
- Antibióticos
- Látex
- Contrastes iodados
- Picadas por Hymenopteras
- Alimentos
- Anestésicos gerai e locais
- Antiinflamatórios não esteroídes
- Soro heterólogo
- Idiopática
- Imunoterapia Específica
MANUSEIO
- Vias aéreas (observar permeabilidade, indicação de 02, intubação ou cricotireoi-dotomia)
- Estado hemodinâmico (medir pulso e pressão arterial) monitorização cardíaca.
- Acesso venoso para infusão de fluidos, se necessário.
SINAIS E SINTOMAS
- Eritema difuso
- Prurido difuso
- Urticária
- Inconsciência
- Broncoespasmo
- Edema de laringe
- Hipotensão
- Parada Cardíaca
- Náuseas
- Vômitos
- Cefaléia
- Rinite
- Choque
- Asfixia
- Dor Abd.
- Outras
Parada Cardiorrespiratória
SIM
NÃO
Seguir orientações de PCR. Conforme as novas diretrizes do ALS
Seguir orientações de anafilaxia
- Adrenalina (preferencialmente IM, em vasto lateral da coxa (1:1000, na dose de 0.3 a 0.5 ml para adultos e 0.o1 ml/kg (10µg/kg) para crianças, no máximo 0.3ml de 15/15 min., até 3 vezes.
- Anti-histamínicos: manifestações clinica de menor gravidade, como urticária e angioedema.
Preferência aos de primeira geração:
- Dexclorfeniramina na dose de 0.08mg/kg
- Prometazina na dose de 0.5 mg/kg, preferencialmente por via IM, tendo o cuidado para não aplicar em crianças, < 2 anos devido aos efeitos de depressão respiratória.
- Corticosteroides: usado no choque prolongado, edema de glote, broncoespasmo refratário e reação anafilática protraída.
Hidrocortisona: na dose de 5 -10 mg/kg ou a Metiprednisolona na dose de 1 – 2 mg/kg.
- Broncodilatadores e oxigenoterapia (se necessário)
REAVALIAÇÃO DO PACIENTE
Pior ou indiferente
Melhorado
ALTA
Adrenalina IM ou EV a cada 5 min.: 0.3-0.5 ml (0.01mg/kg na criança, max 0.3 mg/dose, IM). Epinefrina 1:000 ou Epipen.
Drogas vasoativas se hipotenção irresponsiva a fluidos:
Dopamina – 400mg em 500 ml de soro, EV ou 2-20µg/kg/min no adulto e 5 a 15µg/kg/min. na criança.
Considerar Glucagon nos casos refratários: em uso de betabloqueadores
1-5 mg (20 – 30 µg/kg (max 1 mg) na criança, EV, por 5 min seguido de infusão contínua de 5 - 15µg/min.

URTICÁRIAEANGIOEDEMA



ASMA

CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE DA CRISE DE ASMA EM ADULTOS E CRIANÇAS:

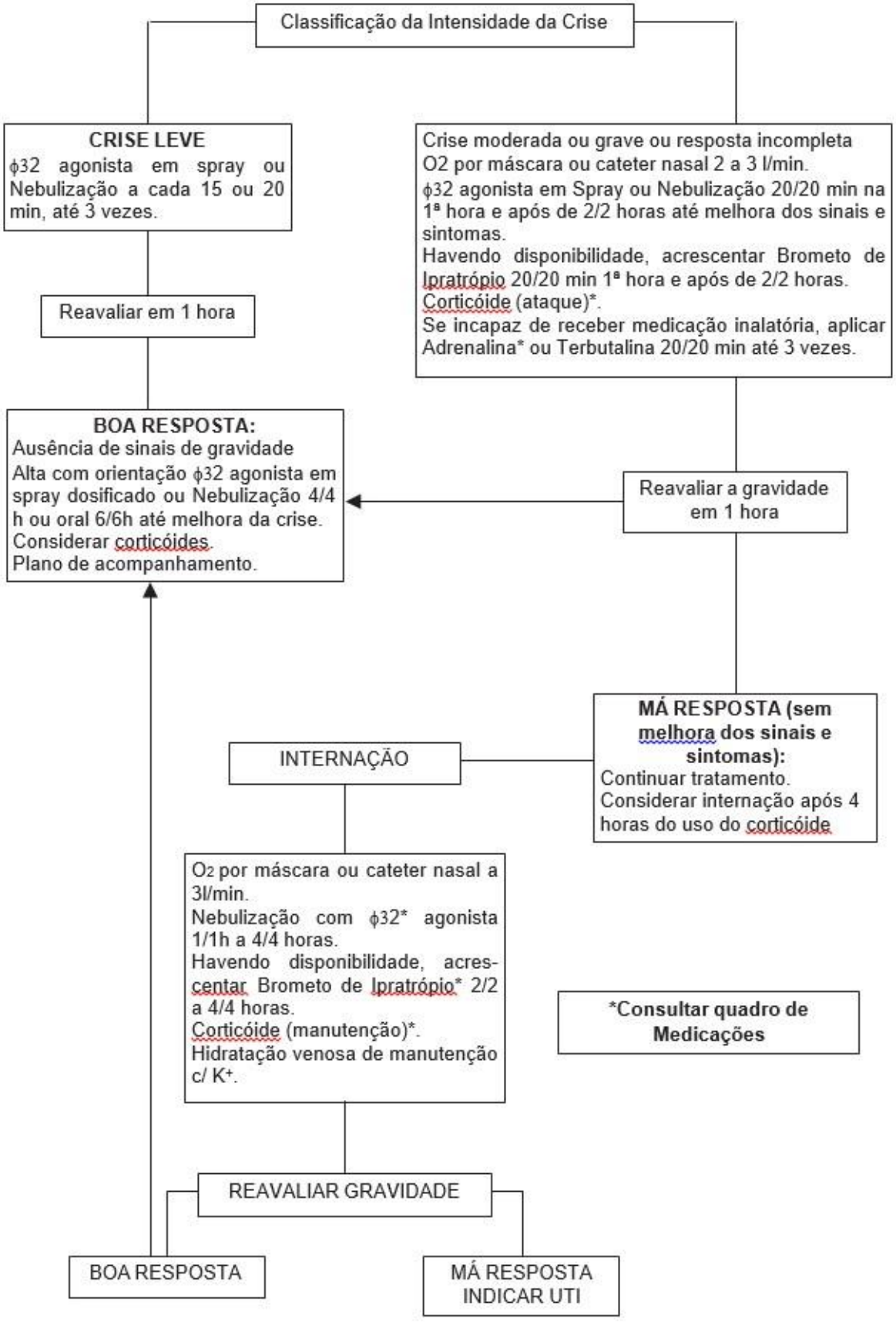
ACHADO *	LEVE/MODERADA	GRAVE	MUITO GRAVE
Pico de fluxo (% melhor ou previsto)	>50%	30-50%	<30%
Gerais	Normais	Normais	Cianose, sudorese exaustão.
Dispnéia	Ausente/leve	Moderada	Grave
Fala	Frases completas	Frases incompletas/ parciais. Lactente choro curto, dificuldade de alimentar	Frases curtas/monossilábicas Lactente:maior dificuldade de alimentar
Estado mental	Normal	Normal	Agitação, confusão, sonolência.
Musculatura acessória	Retração intercostal ausente ou leve	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)
Sibilos	Ausentes com MV normal/localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV↓, localizados ou difusos.
Freqüência Respiratória (irpm)**	Normal ou τ	τ	τ
Freqüência Cardíaca (bpm)	≤ 110	110-140	>140 ou bradicardia
SaO_2 (ar ambiente)	> 95%	91-95%	≤ 90%
PaO_2 (ar ambiente)	Normal	60 mmHg	< 60mmHg
$PaCO_2$(ar ambiente)	< 40 mmHg	< 40 mmHg	>45 mmHg

*A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indicam a classificação geral da crise.
**FR em crianças normais: < 2 meses: <60 irpm; 2-11 meses: <50 irpm;
1 a 5 anos: <40 irpm; 6 a 8 anos: < 30 irpm
> 8 anos = adulto

Exames complementares:

1. Gasometria (sinais de gravidade, PFE < 30% após tratamento ou SaO_2 ≤ 93%)
2. Radiografia do tórax (possibilidade de pneumotórax, pneumonia ou necessidade de internação por crise grave);
3. Hemograma (suspeita de infecção. Neutrófilos aumentam quatro horas após o uso de corticosteróides sistêmicos);
4. Eletrólitos (coexistência com doenças cardiovasculares, uso de diurético ou de altas doses de ↑2 agonistas, especialmente se associados a xantinas e corticosteróides)

MANEJO DA CRISE DE ASMA



INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO NA UTI:

$PaCO_2$ > 40 mmHg
PO_2 < 60 mmHg
Saturação O_2 < 90 mmHg em FiO_2 > 60 %
Piora dos parâmetros clínicos: dificuldade em falar, uso intenso da musculatura acessória, exaustão, cianose e inconsciência
Pico de fluxo < 30% do basal
Acidose metabólica
Pulso Paradoxal > 18 mmHg (adolescente) e > 10 mmHg (criança)
Pneumotórax/ Pneumomediastino
Alteração do ECG

NA UTI:

Terapias não convencionais: Magnésio EV, Mistura de gases oxigênio e hélio, Quetamina e Anestésicos por inalação

Características de pacientes asmáticos de alto risco:

Três ou mais visitas à emergência ou duas ou mais hospitalizações por asma nos últimos 12 meses;
Uso freqüente de corticosteróide sistêmico;
Crise grave prévia, necessitando de intubação;
Uso de dois ou mais tubos de aerossol dosimetrado de broncodilatador/mês
Problemas psicossociais (ex: depressão);
Co-morbidades – doença cardiovascular ou psiquiátrica;
Asma lábil, com marcadas variações de função pulmonar (> 30% do PFE ou do VEF previstos);
Má percepção do grau de obstrução.

Recomendações Importantes:

Utilizar O_2 a 3 l/min sob cateter nasal, quando Sat = 95%

Dar preferência ao uso do ⍺2 agonista por via inalatória. O efeito por nebulização a jato é o mesmo que obtido por aerossol dosimetrado com espaçador, mesmo em casos de crise muito grave e pode resultar em reversão mais rápida da obstrução.

Brometo de Ipratrópio associar na nebulização ao ⍺2 agonista, quando crise grave

Corticóide oral ou parenteral tem efeito equivalente, portanto dar preferência à via oral. Prescrever a via parenteral a pacientes incapazes de deglutir. Os corticóides sistêmicos devem ser utilizados precocemente na emergência.

Não sedar.

Aminofilina: Não tem indicação como tratamento inicial. Em pacientes muito graves, hospitalizados, poderá ser considerada como tratamento adjuvante.

Uso de corticóide em casa, por 5 a 10 dias, em pacientes com história de:

- Asma corticóide-dependente.
- Duração da crise > 6 horas.
- Crises severas anteriores.
- Insuficiência respiratória durante crise anterior ou nesta crise.
- Internações anteriores.
- Ausência de resposta à Adrenalina ou a nebulizações.

MEDICAÇÕES DA ASMA:

MEDICAMENTOS	CRIANÇAS	ADULTOS
⍺2-agonista: Spray Dosimetrado	200 a 300 µg/dose, limite de dose: FC>120 bpm, tremores e arritmias, a cada 20 minutos, até 1 hora + aerocâmera	400 a 500g até 800 mg/dose até 15/15 minutos ou 1 jato/minuto + espaçador de grande
Nebulizador de jato: Adicionar soro fisiológico 3 a 5 ml e O_2 6 l/min, com máscara bem adaptada à face	0,1 a 0,15 mg/Kg/dose mínimo: 5 gotas máximo:5 mg/dose (20 gotas)	2,5 mg a 5 mg (10 a 20 gotas/dose)
Solução	Contínua: 5 mg/Kg/h (máx.10 mg/h).	
Comprimido	0,6mg/ mg/kg/dia 6/6 h (1 ml/kg/dia) (máximo = 2mg = 5ml/dose)	1 cp (2mg) 6/6 horas
Endovenoso	Ataque:10 mcg/kg em 30 minutos Manutenção: 0,3mcg/Kg/min*	Ataque: 250 mcg em 10 minutos Manutenção: 3 a 20 mcg/min**
Anti-colinérgico: Brometo de Ipratrópio	250-500mcg/dose (20 a 40 gotas)	250 - 500 mcg/dose (20 a 40 gotas)

Corticóides Sistêmicos **Hidrocortisona EV** Dose de Ataque Dose de Manutenção	 20 mg/Kg/dose 20 mg/Kg/dia 6/6 h	 200 mg /dose 200 mg 6/6 h
Metilprednisolona EV Dose de Ataque Dose de Manutenção	 1 a 2 mg/ Kg/dose 1 a 2 mg/ Kg/dia 6/6 h	 40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg 6/6 h
Prednisona ou Prednisolona Dose de Ataque Dose de Manutenção	 1 a 2 mg/Kg até 40 mg/dia 1 a 2 mg/ Kg/dia 1 a 2 x / dia	 1 a 2 mg/ Kg até 40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg/dia
Aminofilina (amp. 24mg/ml) Dose de Ataque Dose de Manutenção	Infusão contínua: 1 a 6 meses= 0,5 mg/kg/h 6 m a 1 ano = 1 mg/kg/h 1 a 9 anos = 1,5 mg/kg/h 10 a 16 anos = 1,2 mg/kg/h	5-6mg, se não usou nas últimas 24h (50% desta nos demais). Depuração: Normal – 0,6 mg/Kg/hora Aumentada- 0,9 mg/Kg/hora Reduzida- 0,3 mg/Kg/hora
Adrenalina (1:1000) SC ou IM	0,01 ml/kg/dose, de 20/20 min, até 3 doses (máx. 0,3 ml/dose)	

*Aumentar 0,1 mcg/Kg a cada 30 min até melhora clínica ou queda da $PaCO_2$ (dose máxima 8 mcg/Kg/min). Reduzir taxa de infusão se ocorrer queda da $PaCO_2$ > 10 mmHg, FC>200 bpm, arritmia cardíaca ou hipotensão. Iniciar desmame após 12 horas de uso de taxa de infusão considerada ótima, melhora clínica, $PaCO_2$ < 40 mmHg. Reintroduzir }2 agonista sob nebulização.

** Ajustar de acordo com a resposta e FC

Solução 10 ampolas em 500 ml de S.F.- (10 mcg/ml) 1 ampola = 500mcg/ml

Erros e Deficiências mais comuns nas Emergências.:

Uso de mucolíticos ou fluidificantes VO ou inalados.
Uso de dexametasona via inalatória.
Nebulização com álcool ou vodka ou água destilada.
Tapotagem.
Percepção inadequada da gravidade da crise por parte do paciente e/ou médico.
História e exames físicos inadequados
Hiperhidratação.
Falta de reposição de potássio.
Uso de aminofilina como tratamento central.
Demora ou não indicação de corticosteróides.
Antibióticos de rotina.
Uso de sedativos.
Falta de suplementação de oxigênio.
Alta precoce do pronto-socorro ou hospital.
Falta de intensificação no tratamento após a alta.
Não informar ao paciente ou responsável sobre o diagnóstico adequado da Crise de Asma usando termos como Bronquite ou Chiado no peito;
Falta de medidas funcionais para avaliação da gravidade e da resposta ao tratamento;
Uso incorreto de medicações
Entregar a receita sem o total entendimento do uso da medicação;
Não fazer a Classificação da Gravidade da Asma e encaminhamento inadequado aos Centros de Referência do Programa de Asma

"A crise de asma é como um incêndio: quanto mais cedo se apaga, menores as perdas e danos e menos água se gasta."

ANGINAS

Processo Inflamatório Infeccioso, de origem local ou geral, da Mucosa Faríngea.

SINAIS E SINTOMAS
Hipertermia
Disfagia
Aumento e Hiperemia das Amígdalas Palatinas
Linfadenopatia Cervical Anterior (sim ou não)

EXAMES COMPLEMENTARES
Orocultura c/ antibiograma
Sorologia p/ mononucleose

CLASSIFICAÇÃO

FARINGITE DIFUSA
Coriza 2 a 3 dias
Febre baixa
Mal estar geral
Adenopatia

MONONUCLEOSE
Sonolência
Adenopatia importante
Infecção Difusa do Faringe

ABCESSO PERIAMIGDALIANO
Odinofagia
evolução de 3 a 7 dias
Trismo
Sialorréia
Edema e desvio de Uvula

CANDIDÍASE
Eritema Difuso
Placas esbranquiçadas sobre Mucosa Hiperemiada
Paciente Imunodeprimido

AMIGDALITE AGUDA
Hipertermia
Adenopatia

TRATAMENTO DE ANGINAS

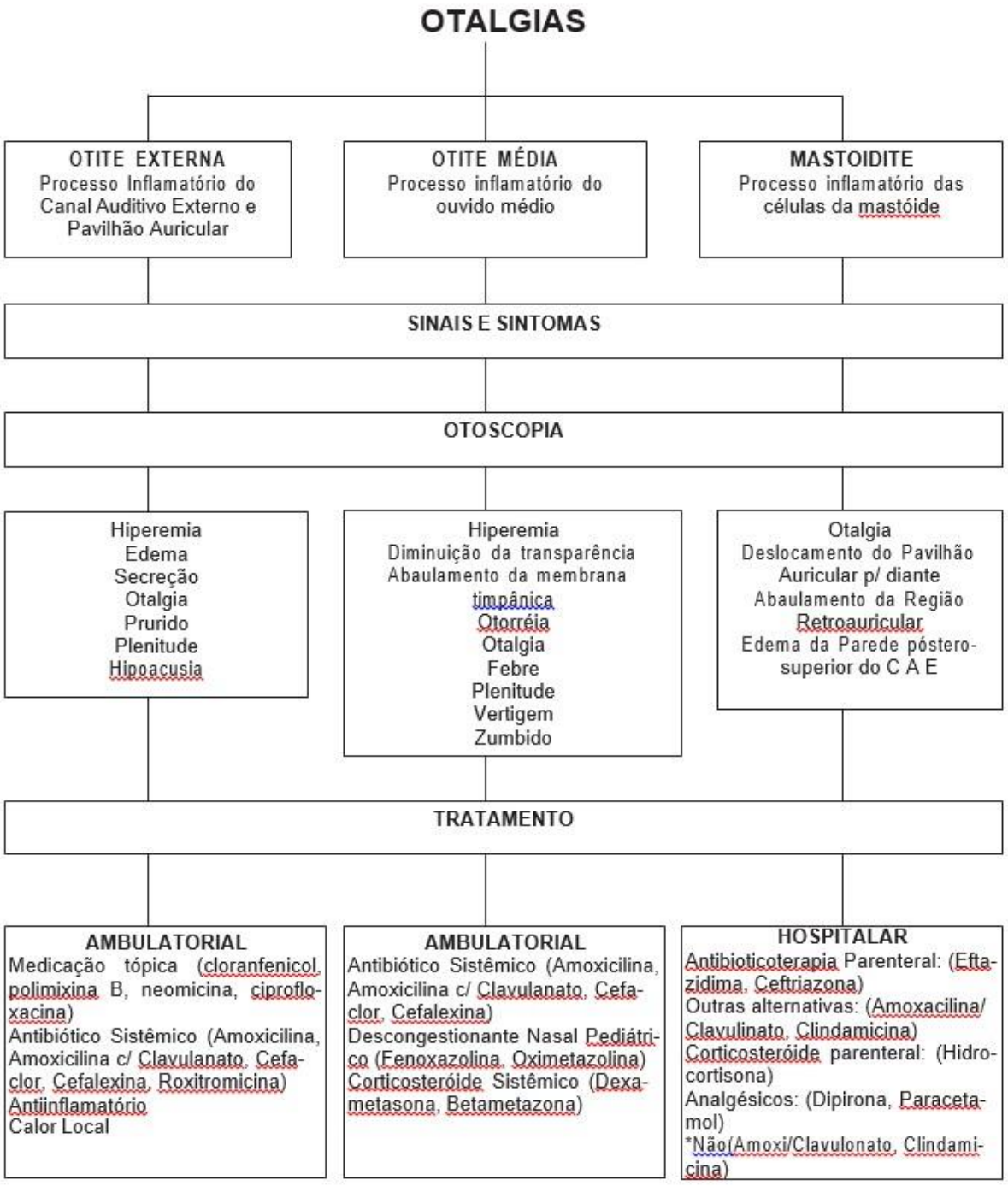
CANDIDÍASE
Ambulatorial
Nistatina
Sintomáticos

MONONUCLEOSE
Ambulatorial
Sintomáticos

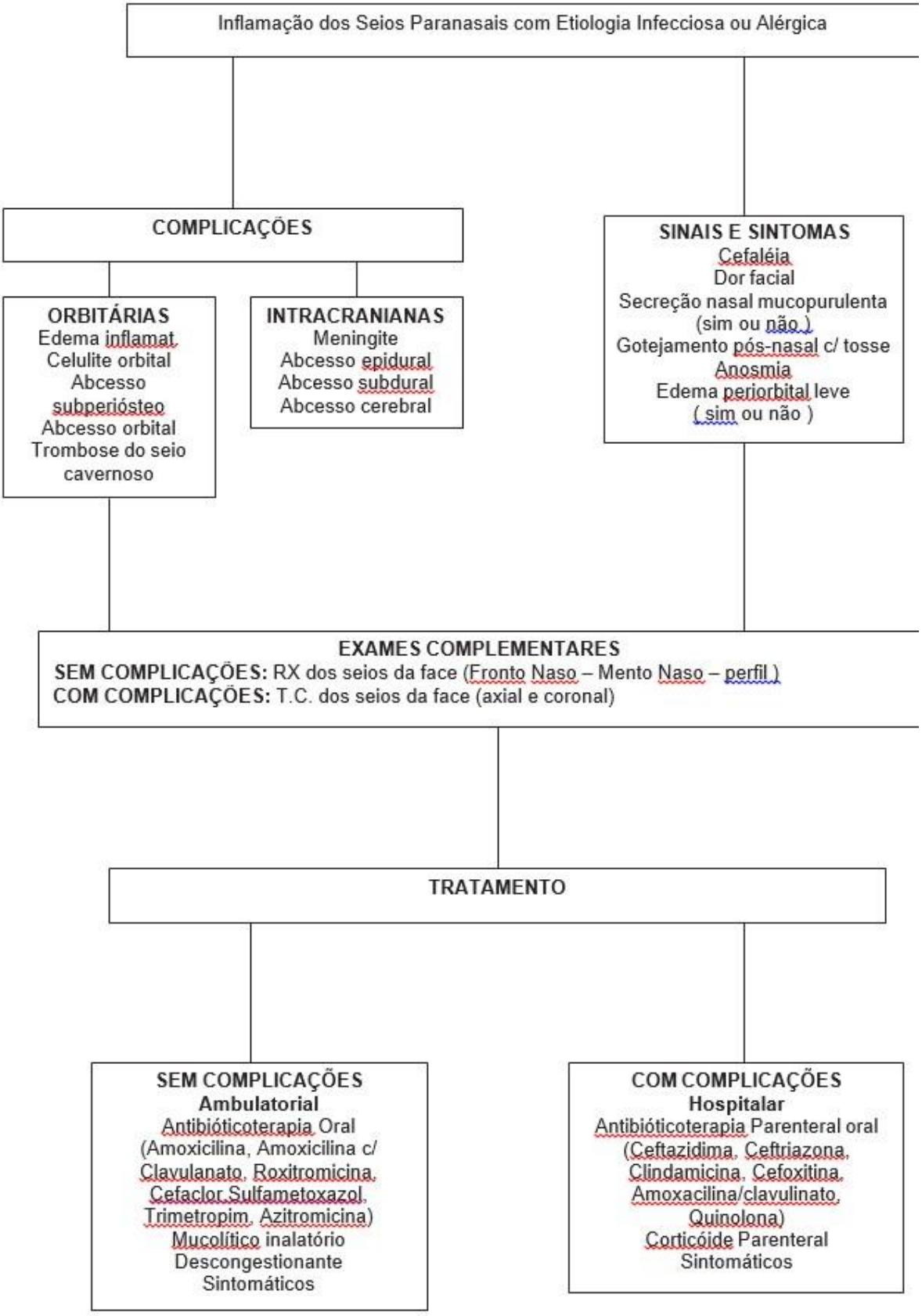
FARINGITE DIFUSA
Ambulatorial
Sintomáticos

AMIGDALITE
Ambulatorial
Antibióticos:
Amoxi c/ clavulanato
Cefaclor
Lincomicina
Sintomáticos

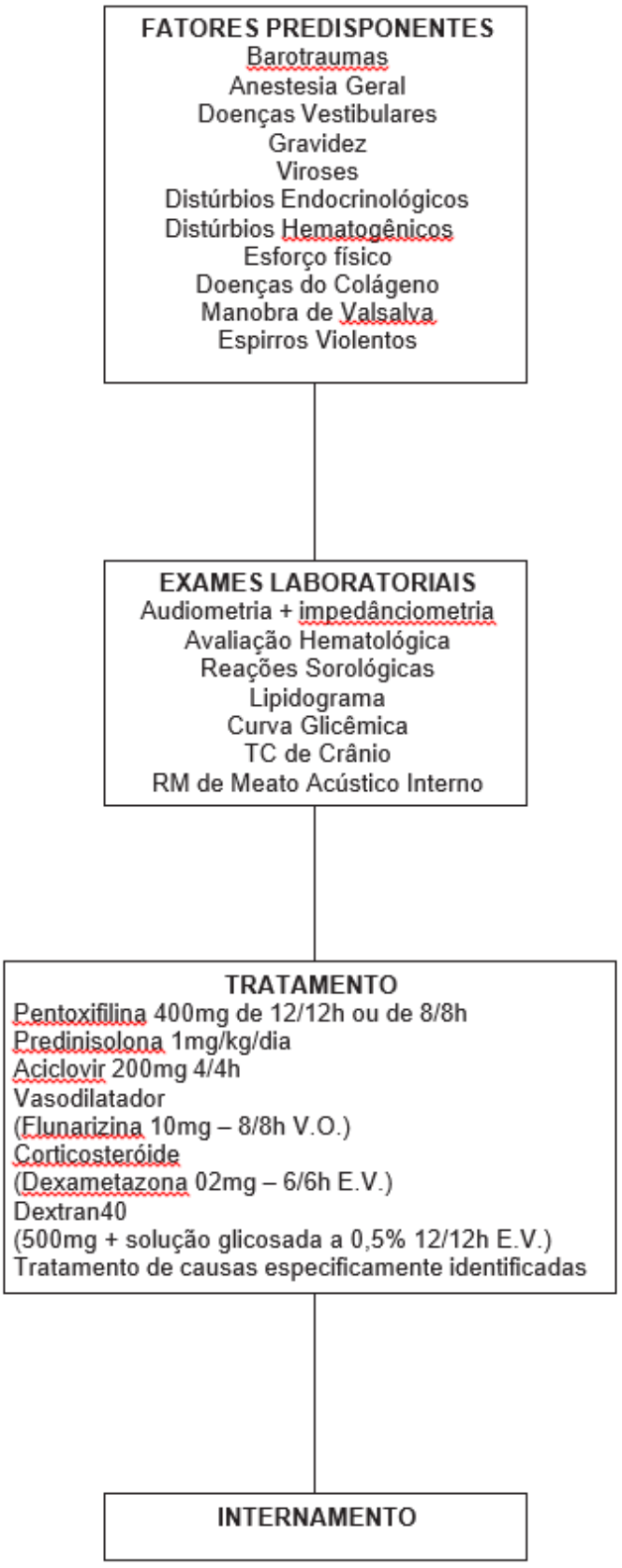
ABCESSO PERI –AMIGDALIANO
Hospitalar
Antibióticoterapia parenteral:
Amoxi c/ clavulanato
Cefaclor
Clindamicina
Sintomáticos


OTALGIAS
OTITE EXTERNA
Processo Inflamatório do Canal Auditivo Externo e Pavilhão Auricular
OTITE MÉDIA
Processo inflamatório do ouvido médio
MASTOIDITE
Processo inflamatório das células da mastóide
SINAIS E SINTOMAS
OTOSCOPIA
Hiperemia
Edema
Secreção
Otalgia
Prurido
Plenitude
Hipoacusia
Hiperemia
Diminuição da transparência
Abaulamento da membrana timpânica
Otorréia
Otalgia
Febre
Plenitude
Vertigem
Zumbido
Otalgia
Deslocamento do Pavilhão Auricular p/ diante
Abaulamento da Região Retroauricular
Edema da Parede póstero-superior do C A E
TRATAMENTO
AMBULATORIAL
Medicação tópica (cloranfenicol, polimixina B, neomicina, ciprofloxacina)
Antibiótico Sistêmico (Amoxicilina, Amoxicilina c/ Clavulanato, Cefaclor, Cefalexina, Roxitromicina)
Antiinflamatório
Calor Local
AMBULATORIAL
Antibiótico Sistêmico (Amoxicilina, Amoxicilina c/ Clavulanato, Cefaclor, Cefalexina)
Descongestionante Nasal Pediátrico (Fenoxazolina, Oximetazolina)
Corticosteróide Sistêmico (Dexametasona, Betametazona)
HOSPITALAR
Antibioticoterapia Parenteral: (Eftazidima, Ceftriazona)
Outras alternativas: (Amoxacilina/ Clavulinato, Clindamicina)
Corticosteróide parenteral: (Hidrocortisona)
Analgésicos: (Dipirona, Paracetamol)
*Não(Amoxi/Clavulonato, Clindamicina)

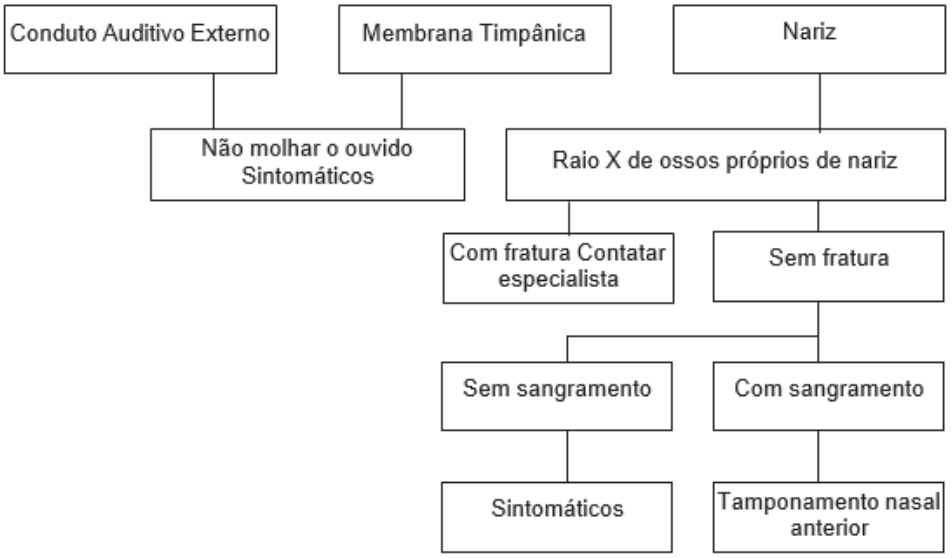
SINUSITE


Inflamação dos Seios Paranasais com Etiologia Infecciosa ou Alérgica
COMPLICAÇÕES
ORBITÁRIAS
Edema inflamat.
Celulite orbital
Abcesso subperiósteo
Abcesso orbital
Trombose do seio cavernoso
INTRACRANIANAS
Meningite
Abcesso epidural
Abcesso subdural
Abcesso cerebral
SINAIS E SINTOMAS
Cefaléia
Dor facial
Secreção nasal mucopurulenta (sim ou não)
Gotejamento pós-nasal c/ tosse
Anosmia
Edema periorbital leve (sim ou não)
EXAMES COMPLEMENTARES
SEM COMPLICAÇÕES: RX dos seios da face (Fronto Naso – Mento Naso – perfil)
COM COMPLICAÇÕES: T.C. dos seios da face (axial e coronal)
TRATAMENTO
SEM COMPLICAÇÕES
Ambulatorial
Antibióticoterapia Oral (Amoxicilina, Amoxicilina c/ Clavulanato, Roxitromicina, Cefaclor,Sulfametoxazol, Trimetropim, Azitromicina)
Mucolítico inalatório
Descongestionante
Sintomáticos
COM COMPLICAÇÕES
Hospitalar
Antibióticoterapia Parenteral oral (Ceftazidima, Ceftriazona, Clindamicina, Cefoxitina, Amoxacilina/clavulinato, Quinolona)
Corticóide Parenteral
Sintomáticos

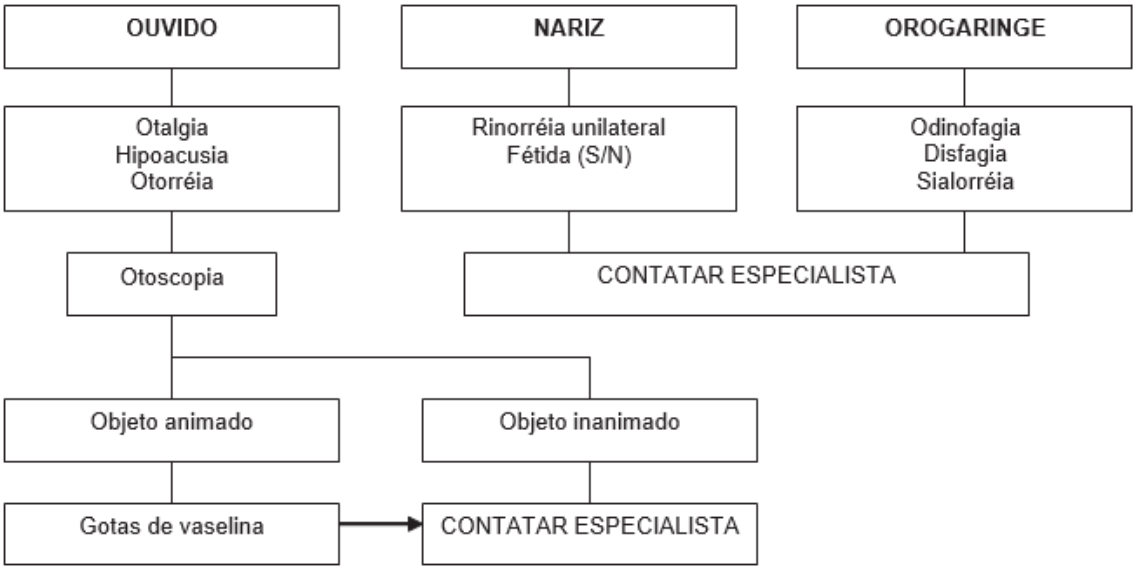
SURDEZ SÚBITA



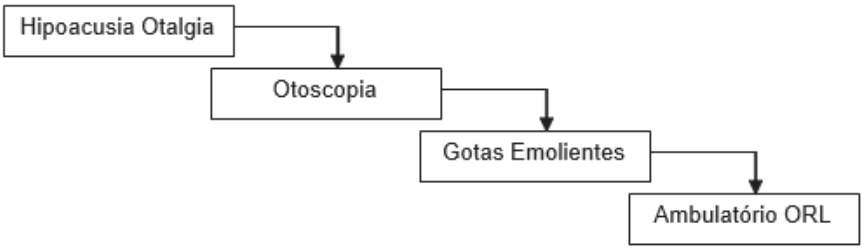
TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA



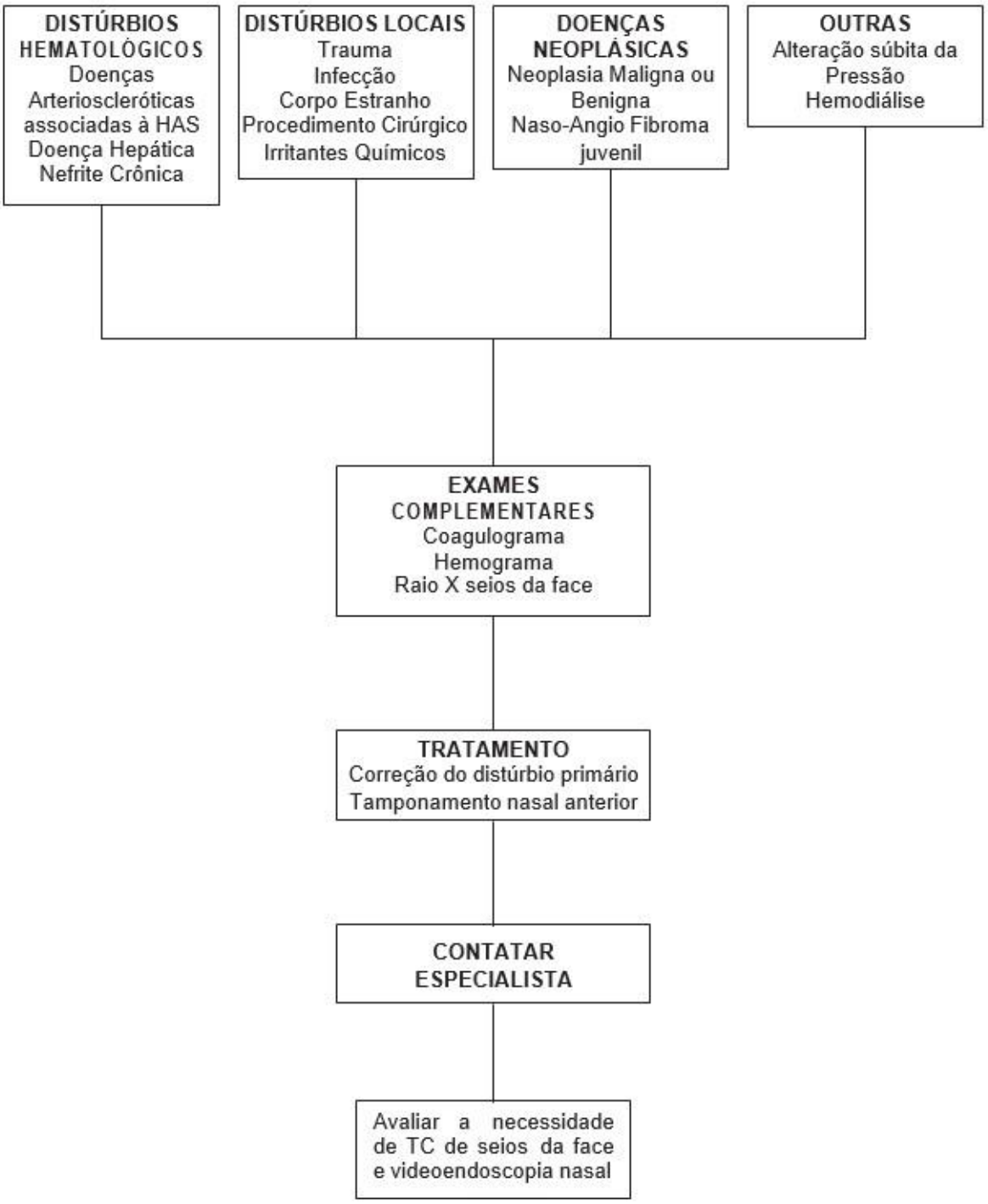
CORPO ESTRANHO



ROLHA CERUMINOSA



EPISTAXE



OBS.:

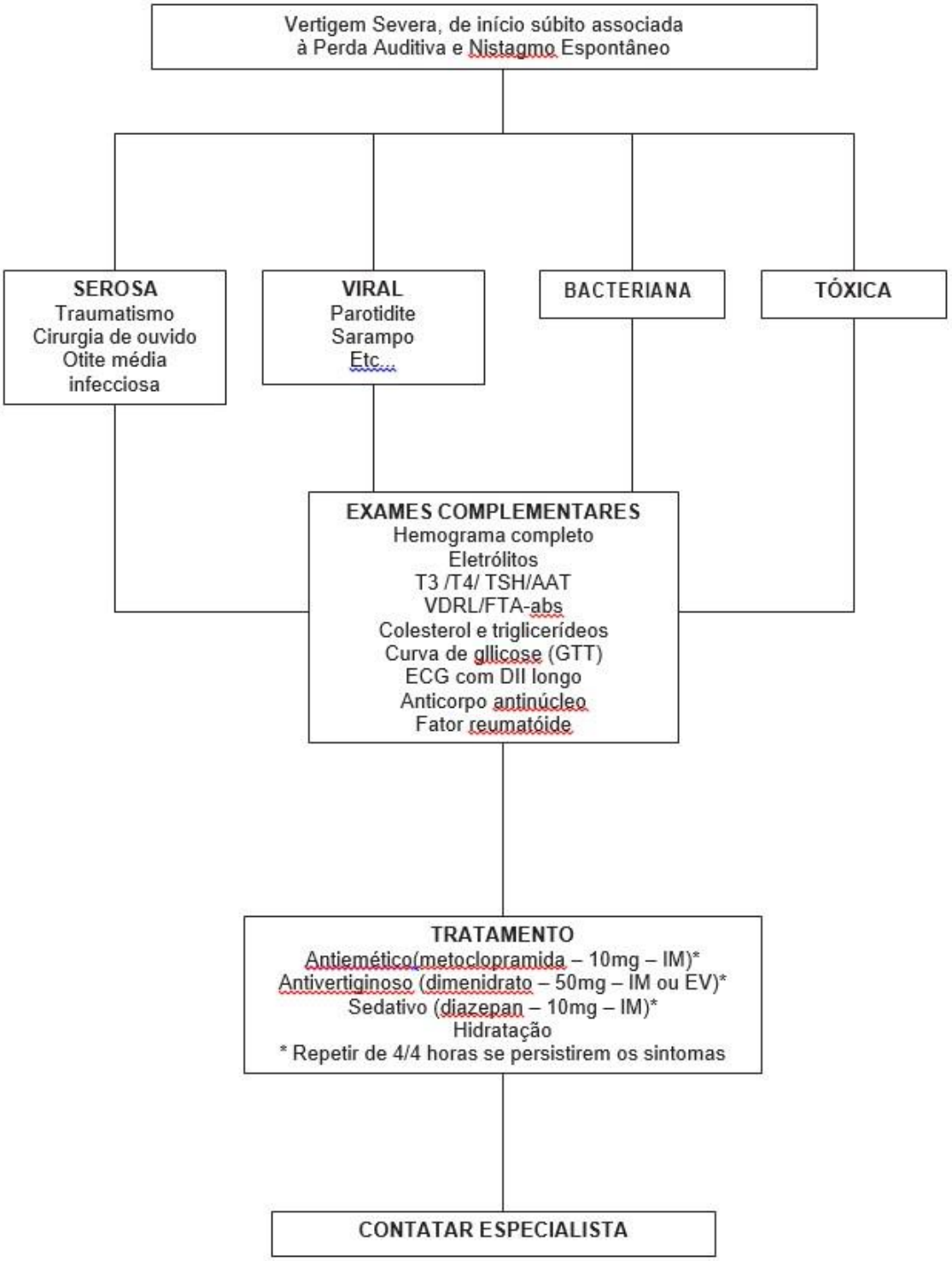
Tamponamento Nasal Anterior.

Introduzir na Fossa Nasal, com auxílio de uma pinça longa, gaze hidrófila ou gaze 4 aberta longitudinalmente embebida em substância lubrificante, entre o corneto médio e o septo nasal. Continua-se introduzindo a gaze em toda a extensão da fossa nasal à maneira do pregueamento de uma sanfona

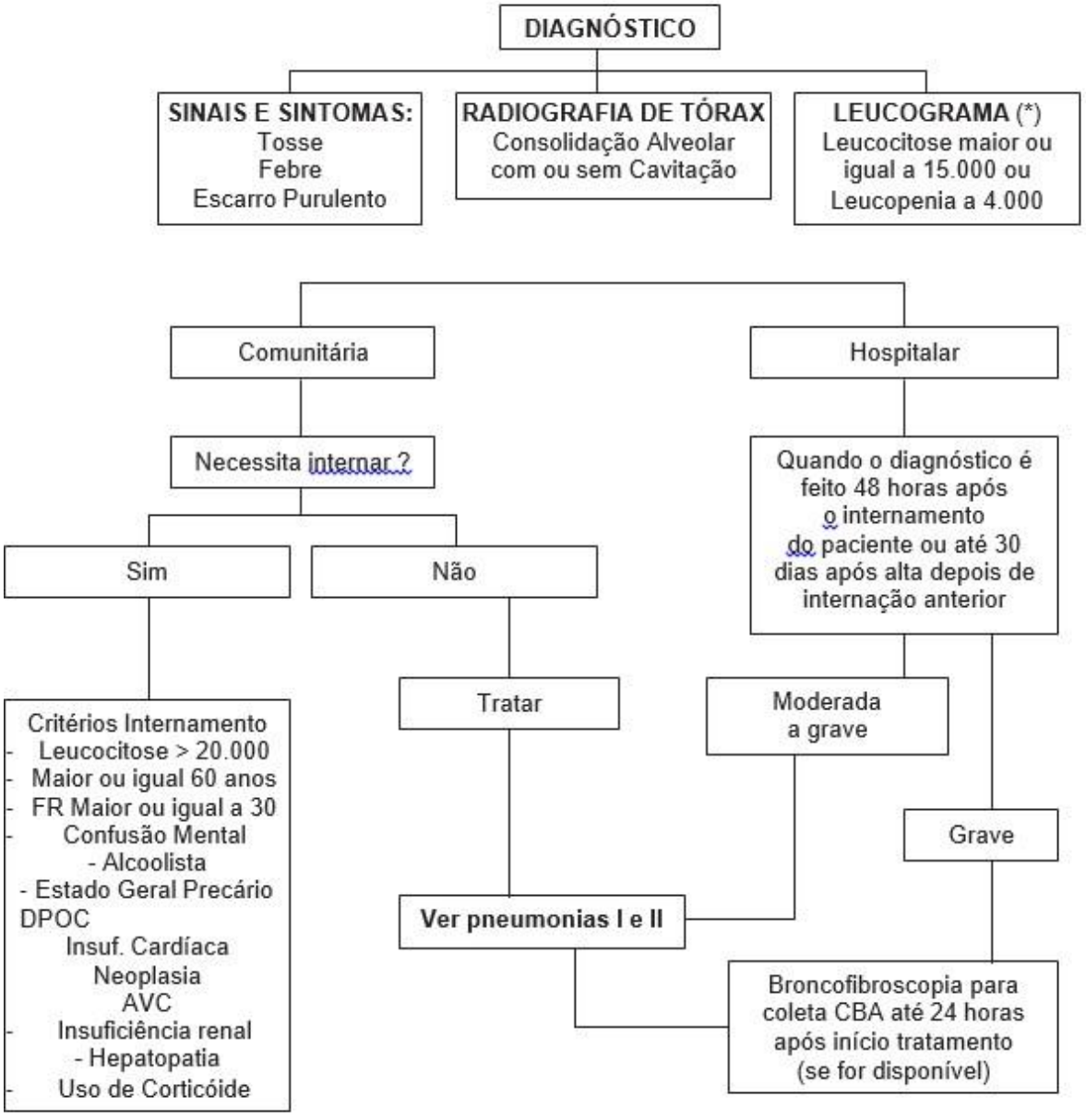
Tamponamento Nasal Posterior (Especialista)

Material utilizado: Caixa de Otorrino (PA), Fotóforo (Marocel - 2 unidades – C. Cirúrgico)

LABIRINTITEAGUDA



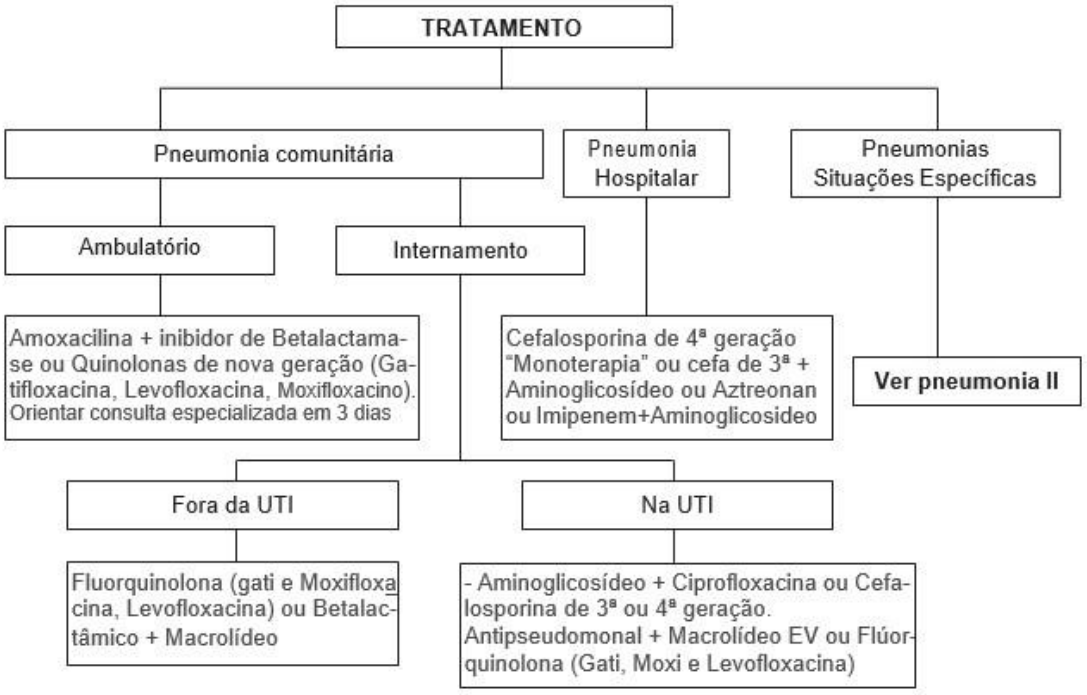
PNEUMONIAS (PN)



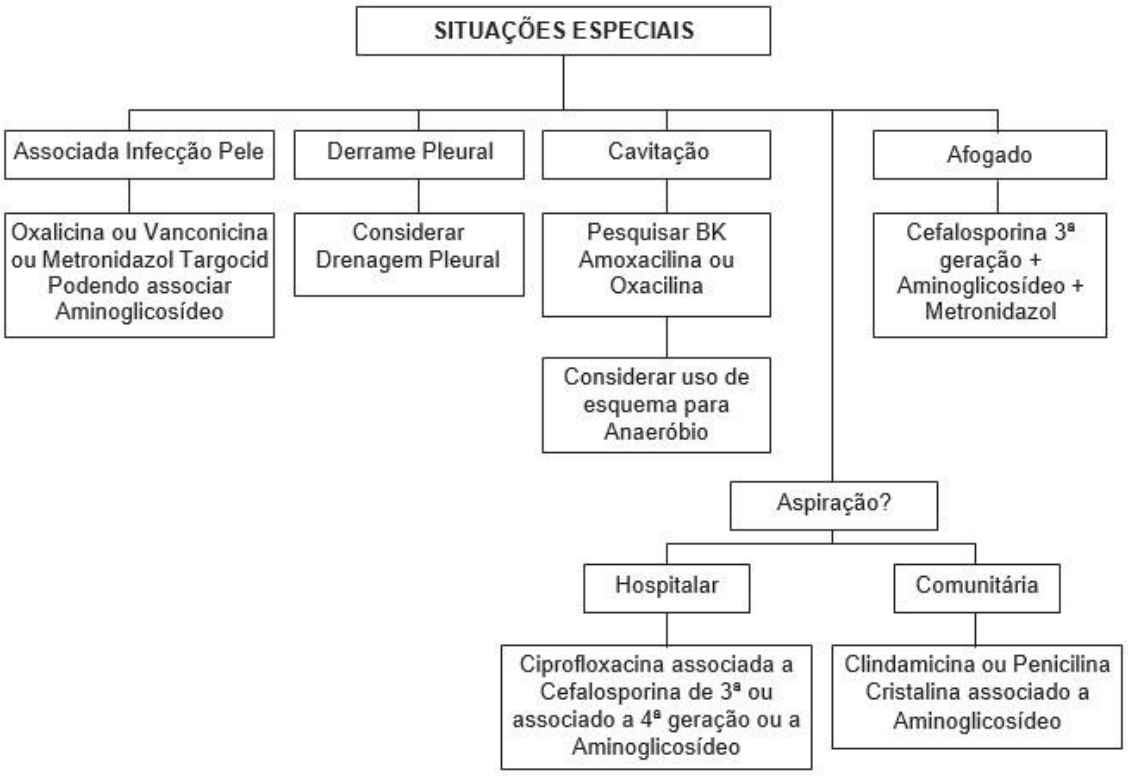
*Leucograma pode ser normal quando o patógeno for um agente atípico.

A Radiografia do tórax deve ser em PA e perfil.

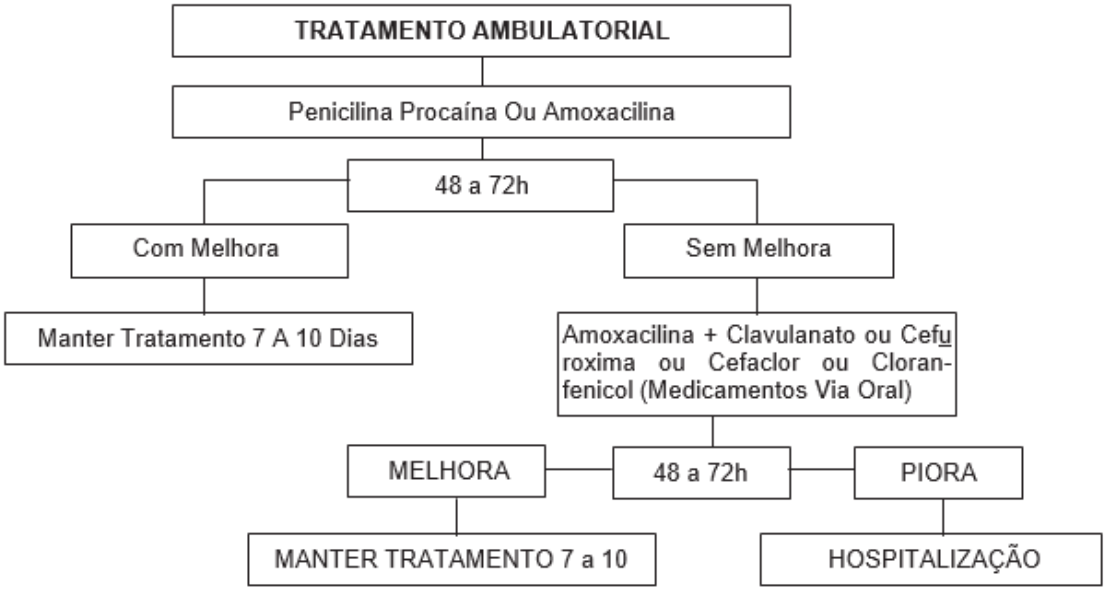
PNEUMONIAS - I

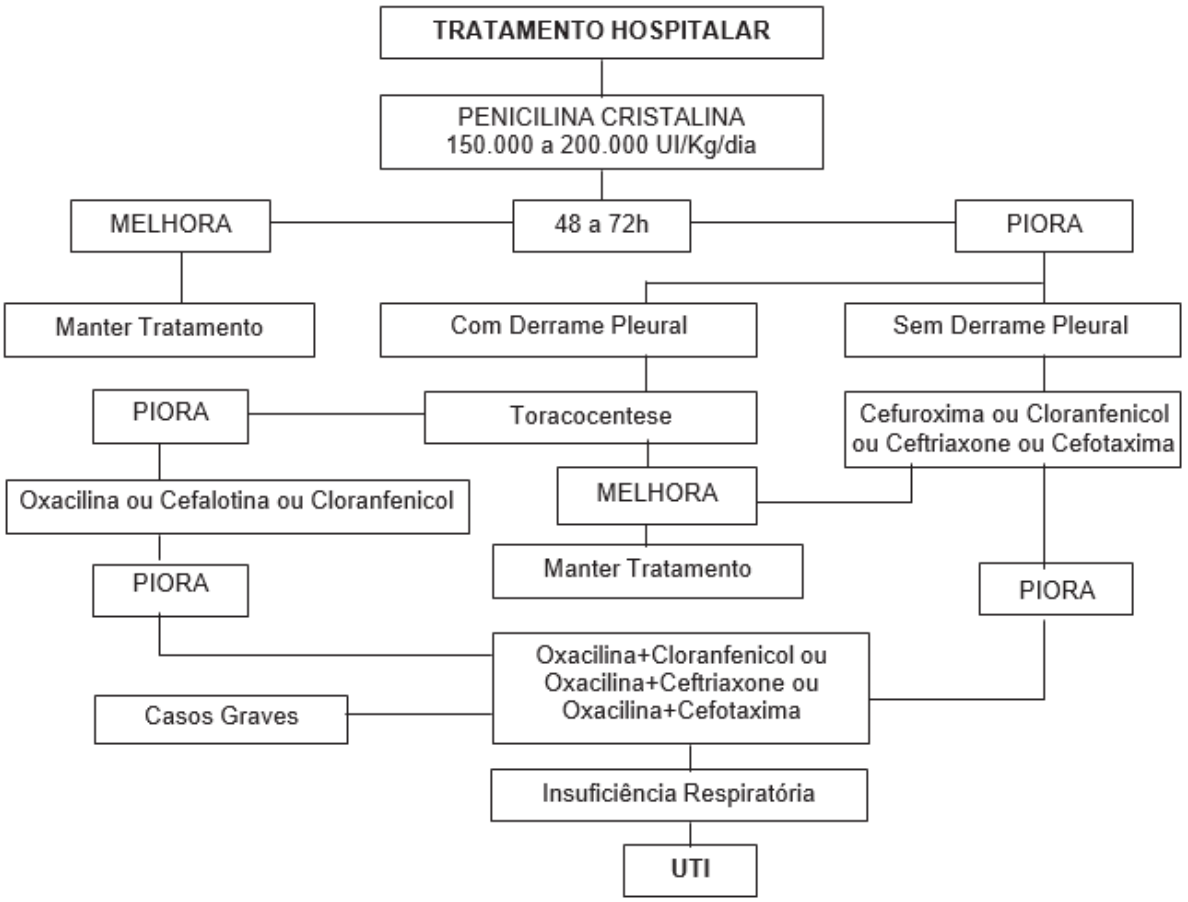


PNEUMONIAS - II

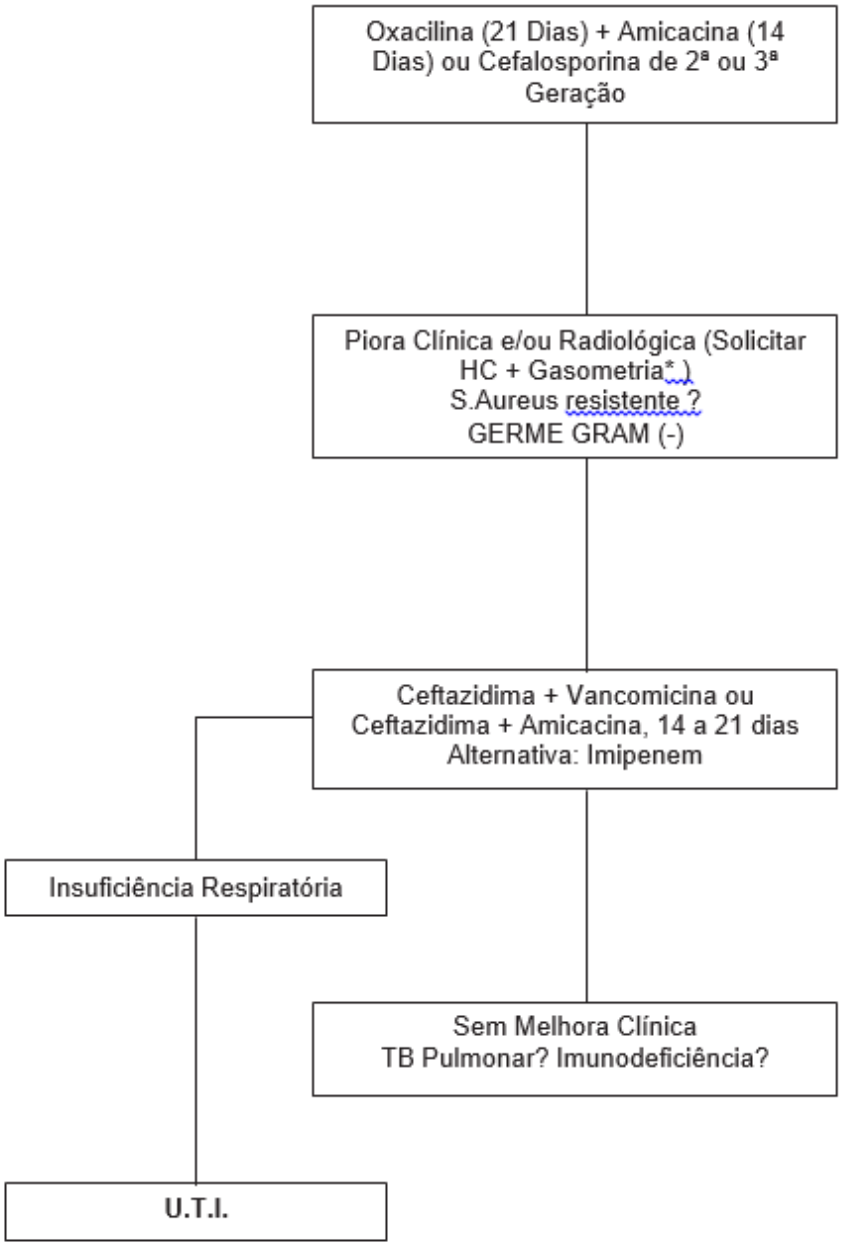


PNEUMONIACOMUNITÁRIAEM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES





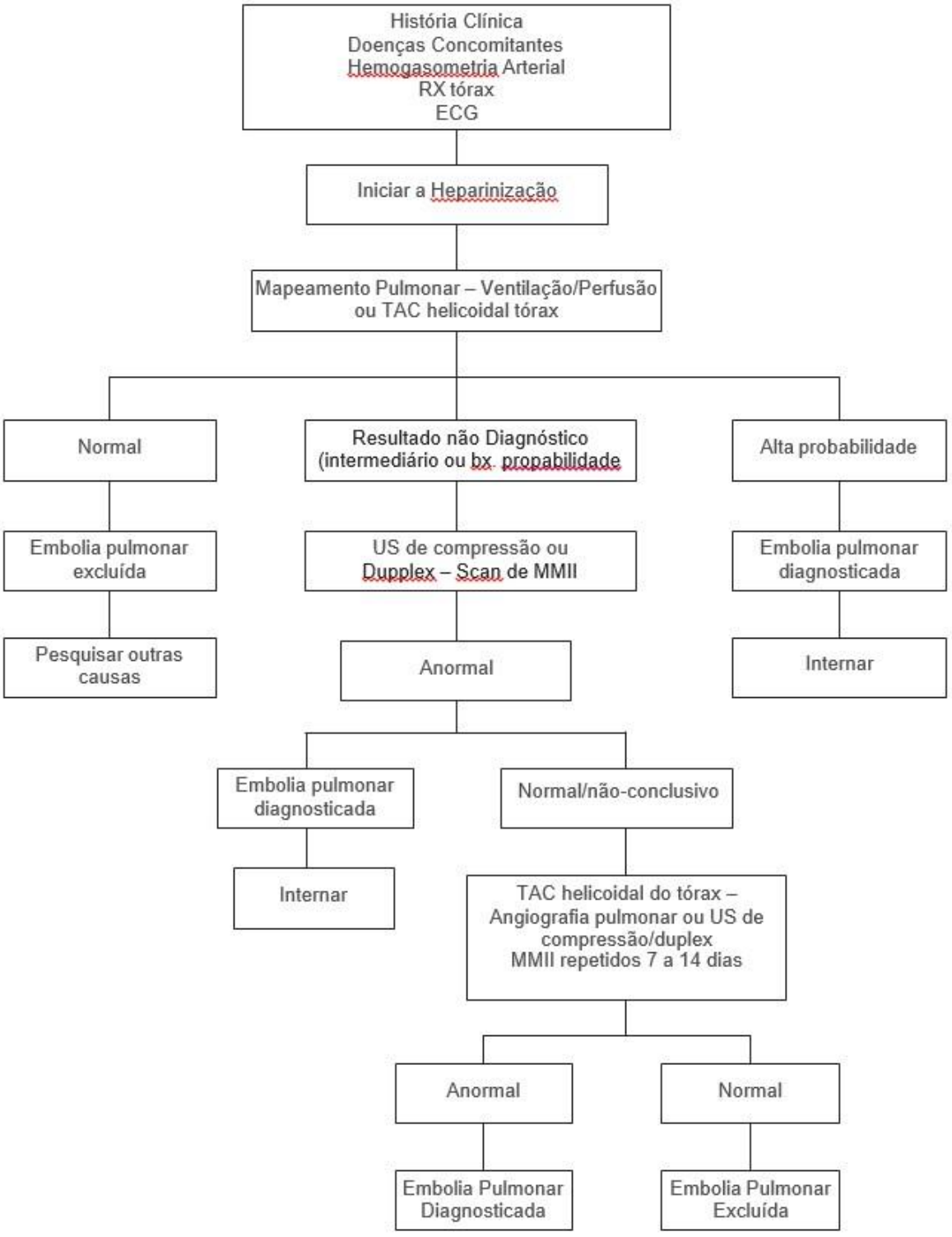
PNEUMONIAHOSPITALAR



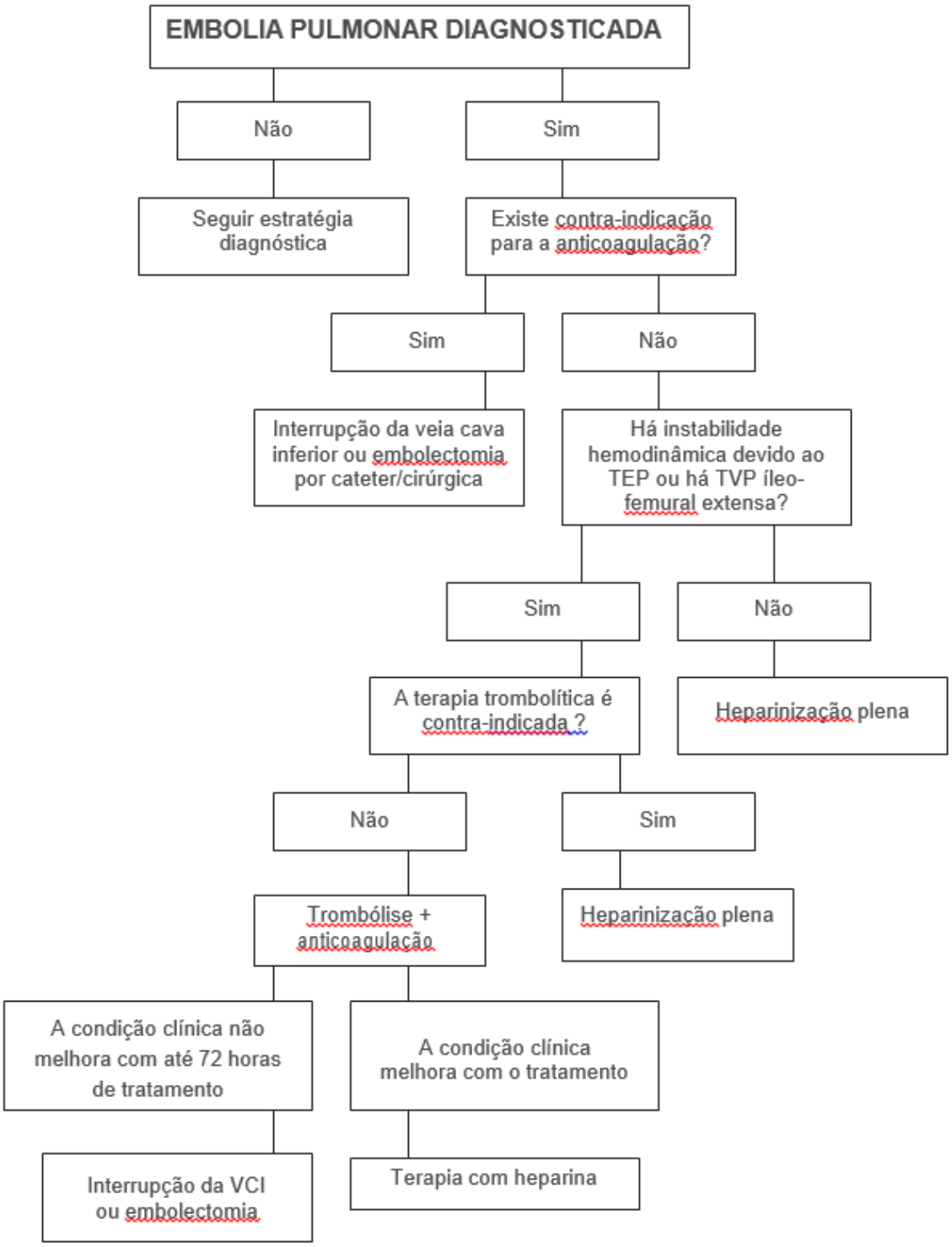
*** Gasometria com sinais de Insuficiência Respiratória - Indicar U.T.I.**

EMBOLIA PULMONAR

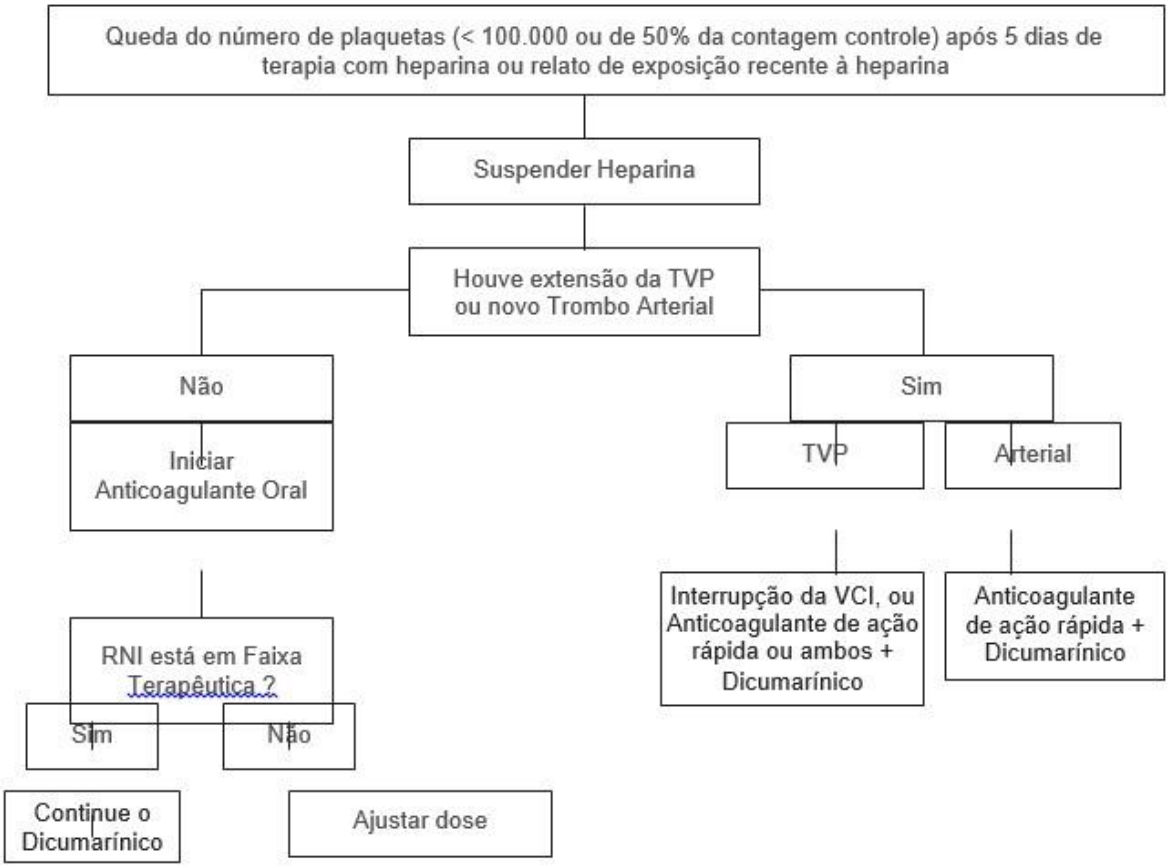
SUSPEITA DE EMBOLIA PULMONAR



TERAPÊUTICA PARA A EMBOLIA PULMONAR



MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA



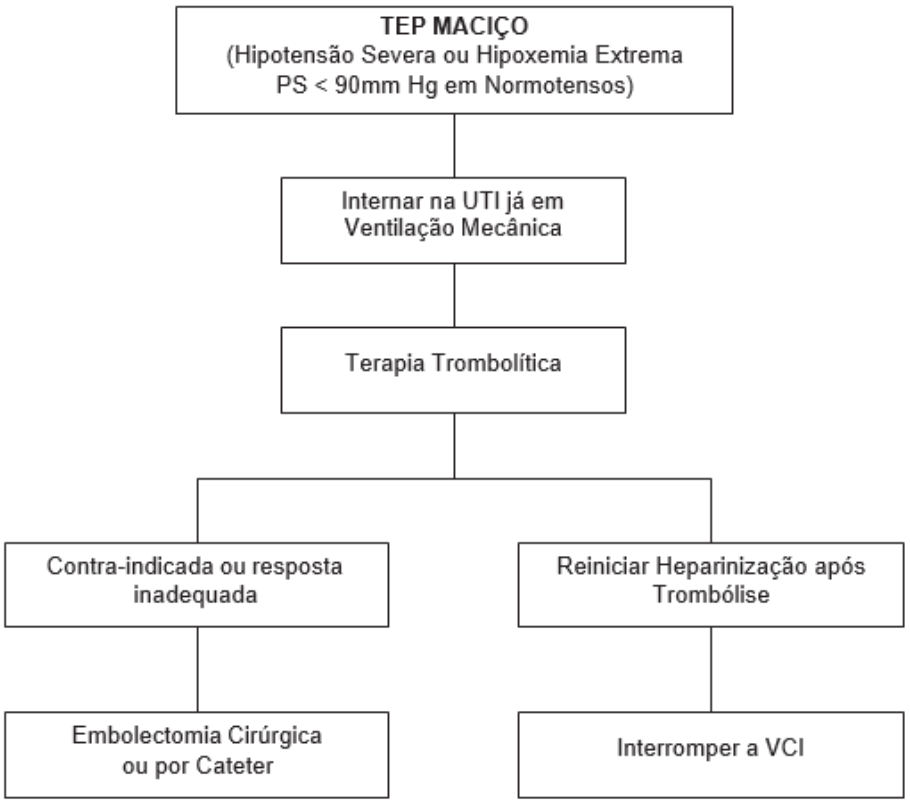
TROMBÓLISE NO TEP - INDICAÇÕES

Instabilidade Hemodinâmica.
Disfunção Sistólica de VD.
TEP Maciço.
TEP com Cardiopatia e Pneumopatia prévias.
TEP com diminuição de Perfusão em 1 lobo ou Múltiplos Segmentos Pulmonares.

OBS.:

1 - Heparina deve ser suspensa 6 horas antes da trombólise.
2 - A Heparina será reiniciada quando TTPa <= 80seg ou após 12 horas da Trombólise.
3 - Idade e câncer não são contra-indicações à Trombólise.
4 - A Trombólise pode ser realizada em até 14 dias do diagnóstico, preferencialmente no período diurno.
5 - A Angiografia deve ser feita ou no MSE ou por Punção Femural, abaixo do ligamento inguinal.

ABORDAGEMDOTROMBOEMBOLISMOPULMONARMACIÇO(TEP)

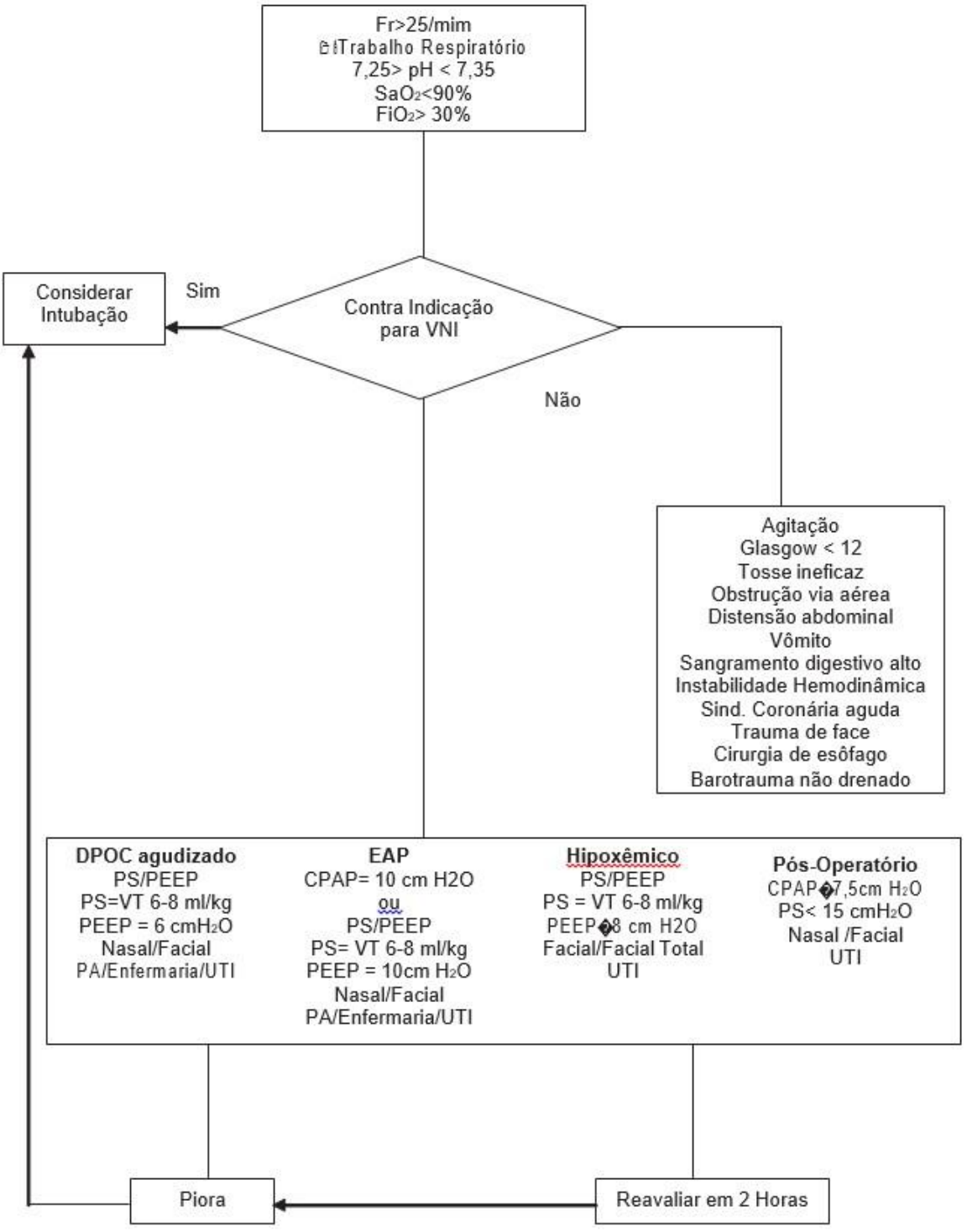


PARA AJUSTE DA INFUSÃO DE HEPARINA

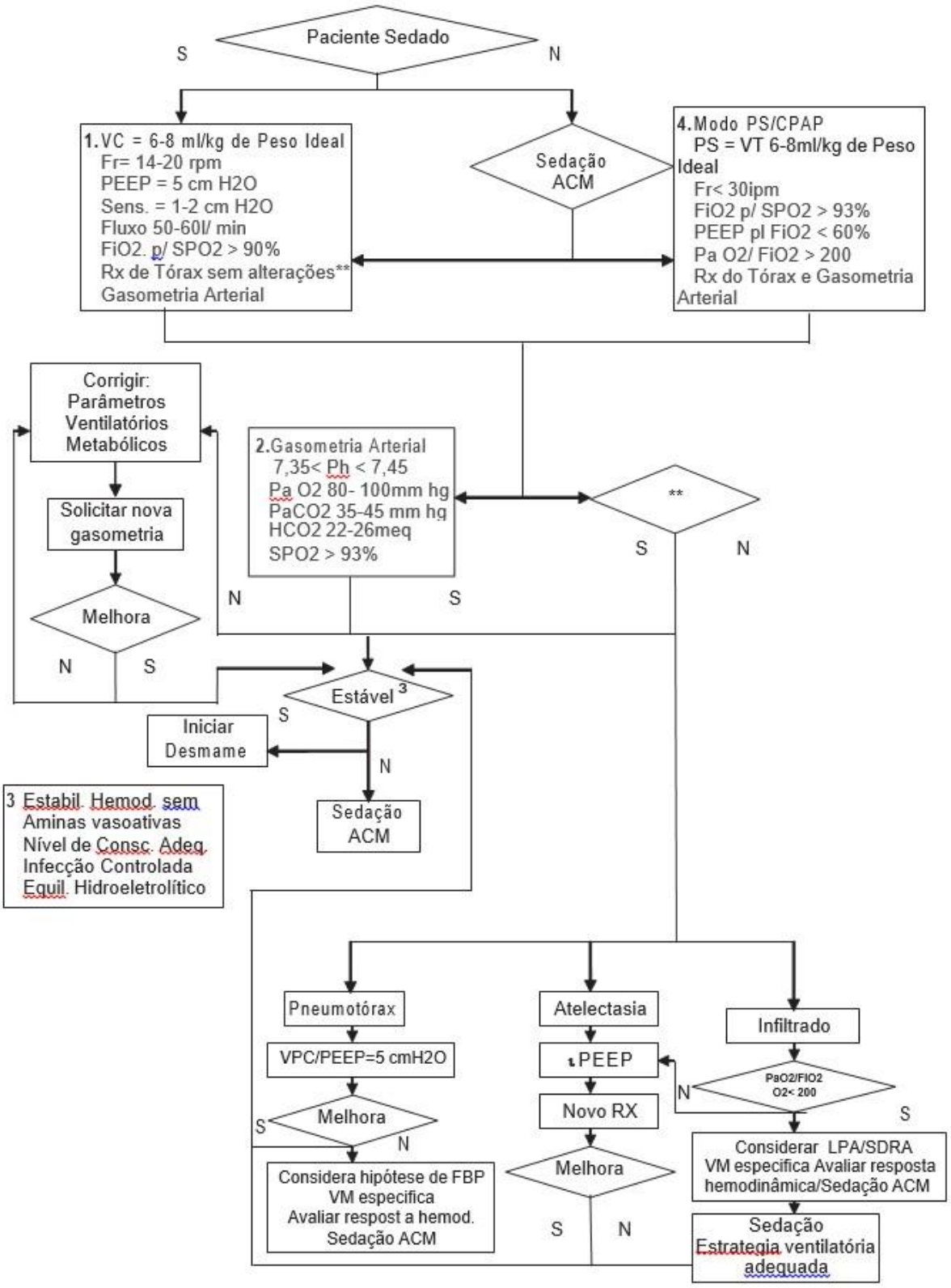
TTPa	REPETIR BOLUS	PARAR INFUSÃO (Min)	VELOCIDADE DE INFUSÃO ml/h	PRÓXIMO TTPa
< 50	5.000 UI	0	0 + 2	6h
50 - 59	0	0	0 + 3	6h
60 - 85	0	0	0	Próxima manhã
86 - 95	0	0	0 - 2	Próxima manhã
96 - 120	0	30	30 - 2	6h
> 120	0	60	60 - 4	6h

TVP TEP ou com TEP maior sem Heparina 5000 UI em bolus + 1000 a 1500 UI/h/24hs (solução 32.000)
Dose 80mg Kg IV bolus

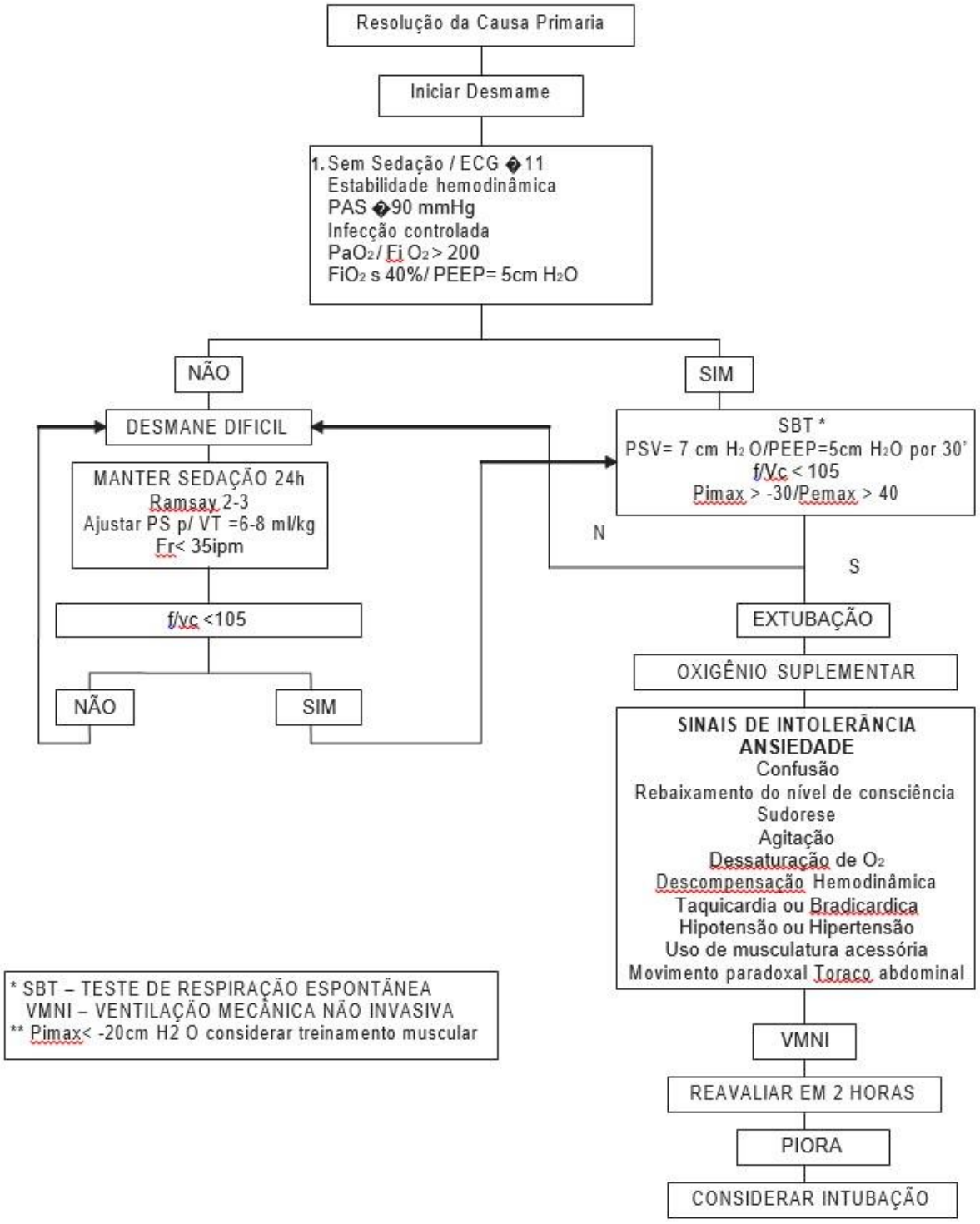
ASPECTOS DAMECÂNICARESPIRATÓRIA
VENTILAÇÃOMECÂNICANÃOINVASIVAADULTO



ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO

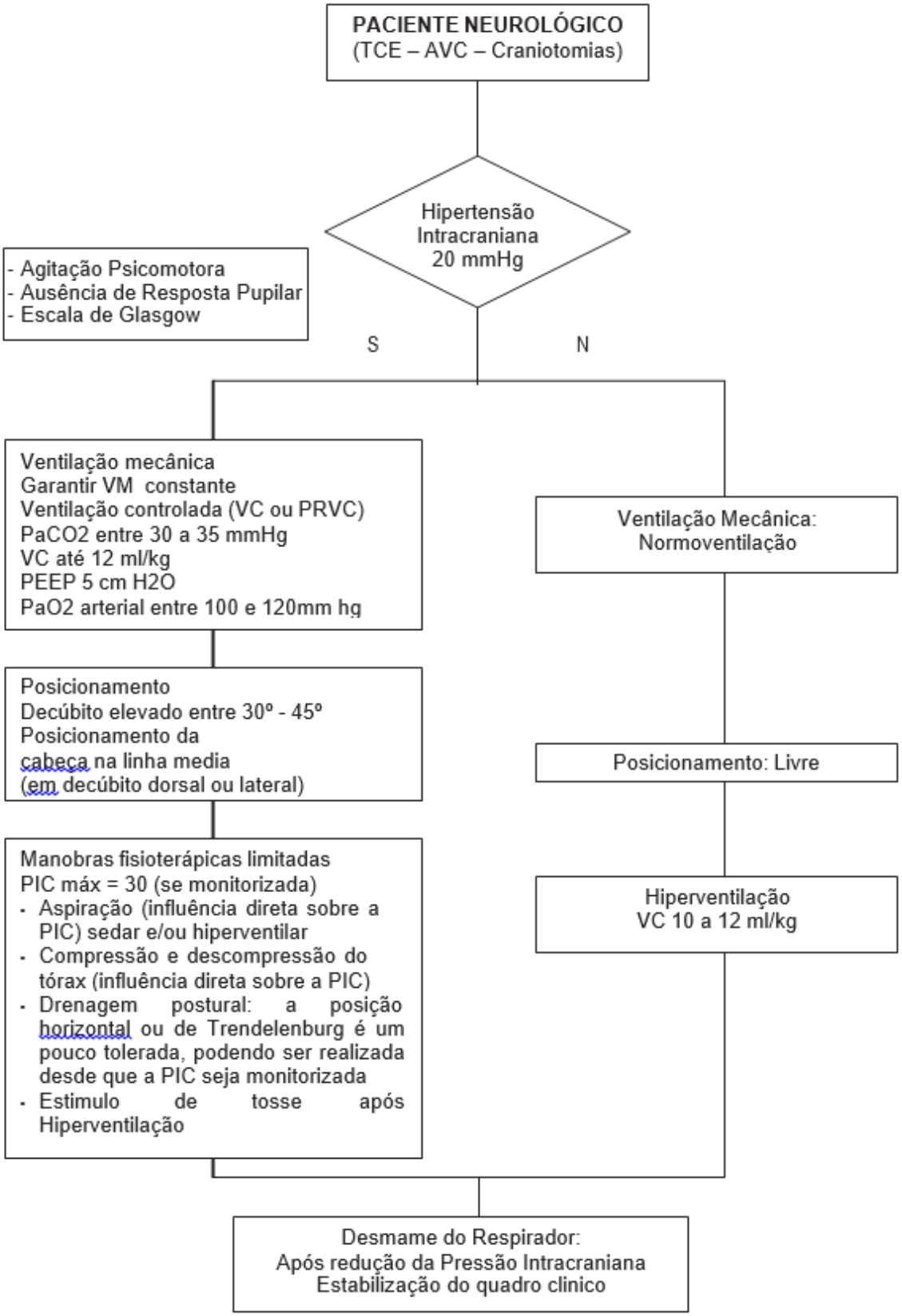


DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

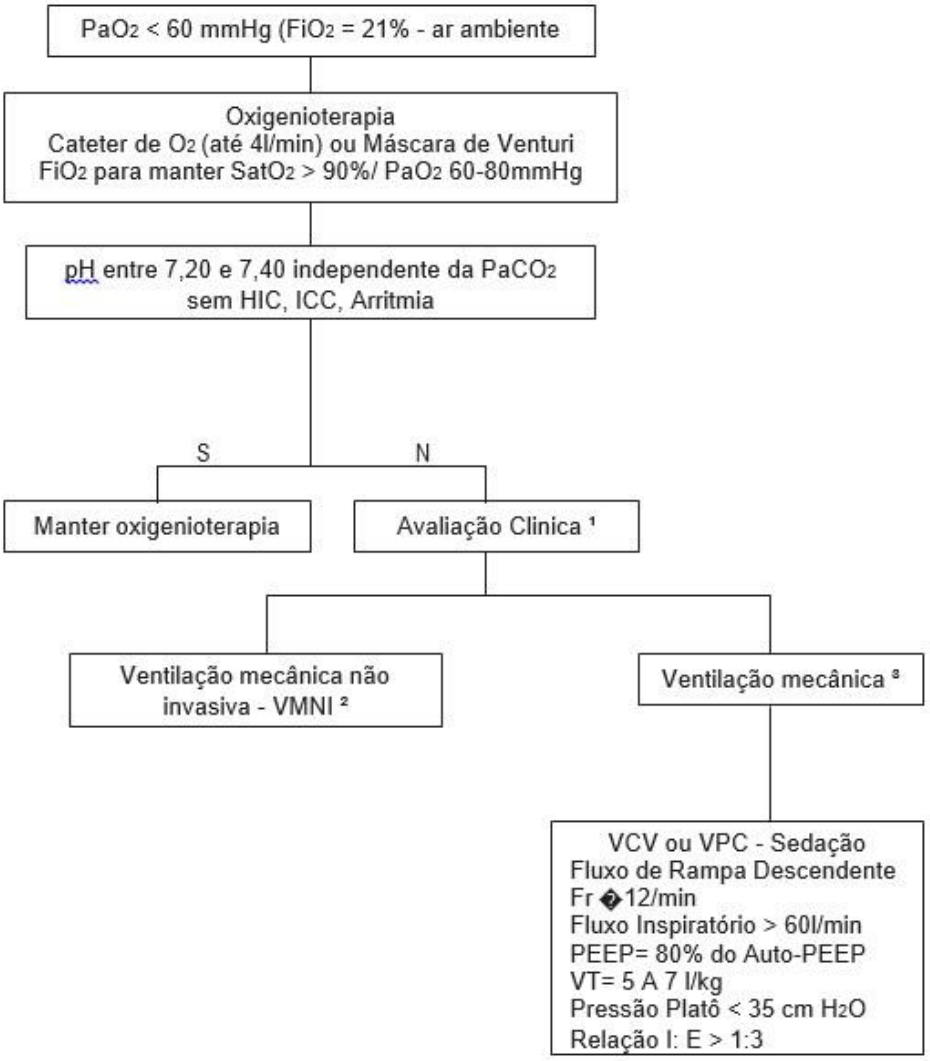


* SBT – TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
VMNI – VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA
** Pimax< -20cm H2 O considerar treinamento muscular

VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO



VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

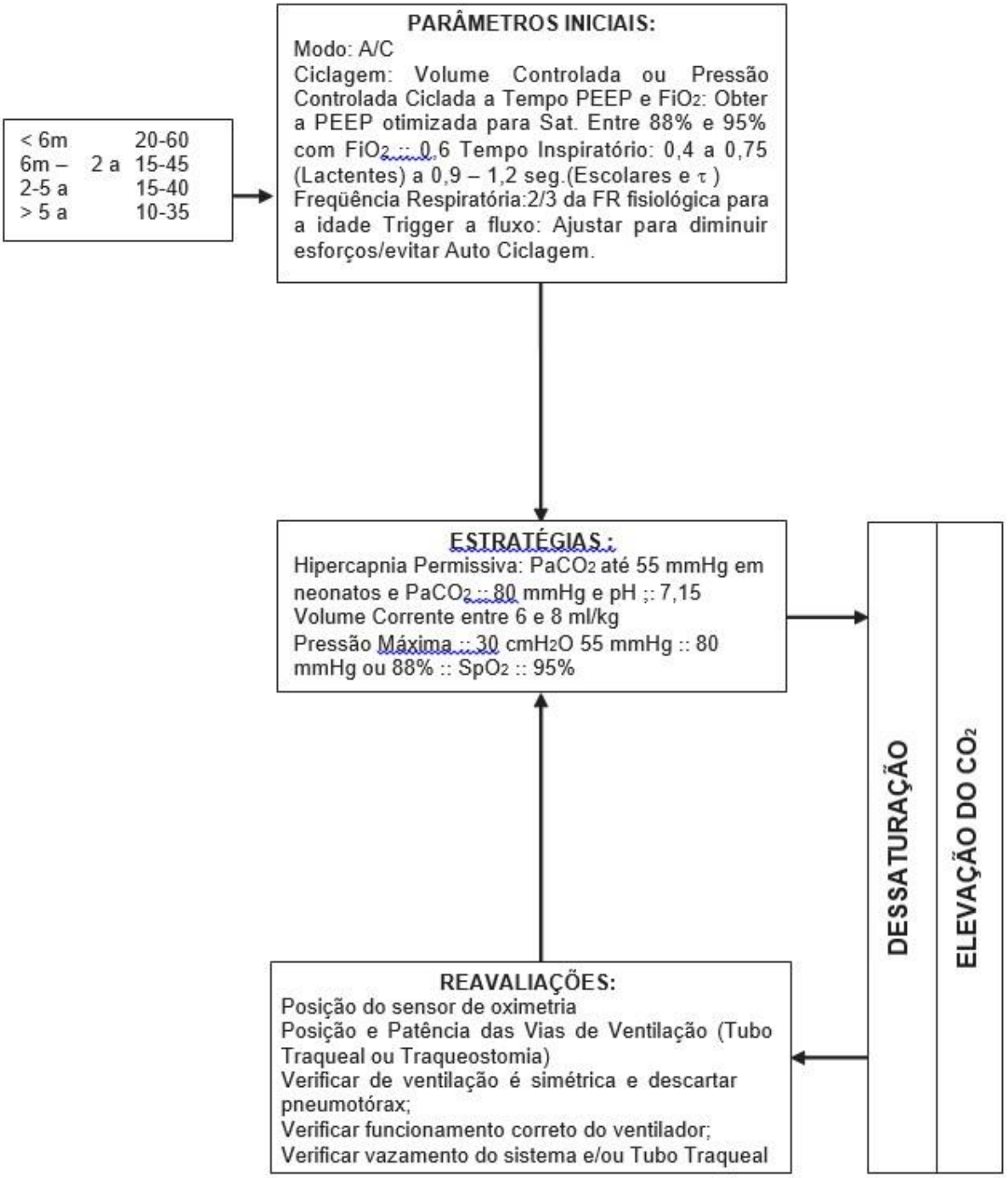


¹ Avaliação Clinica
Nível de consciência do paciente
Padrão Respiratório
Instabilidade Hemodinâmica

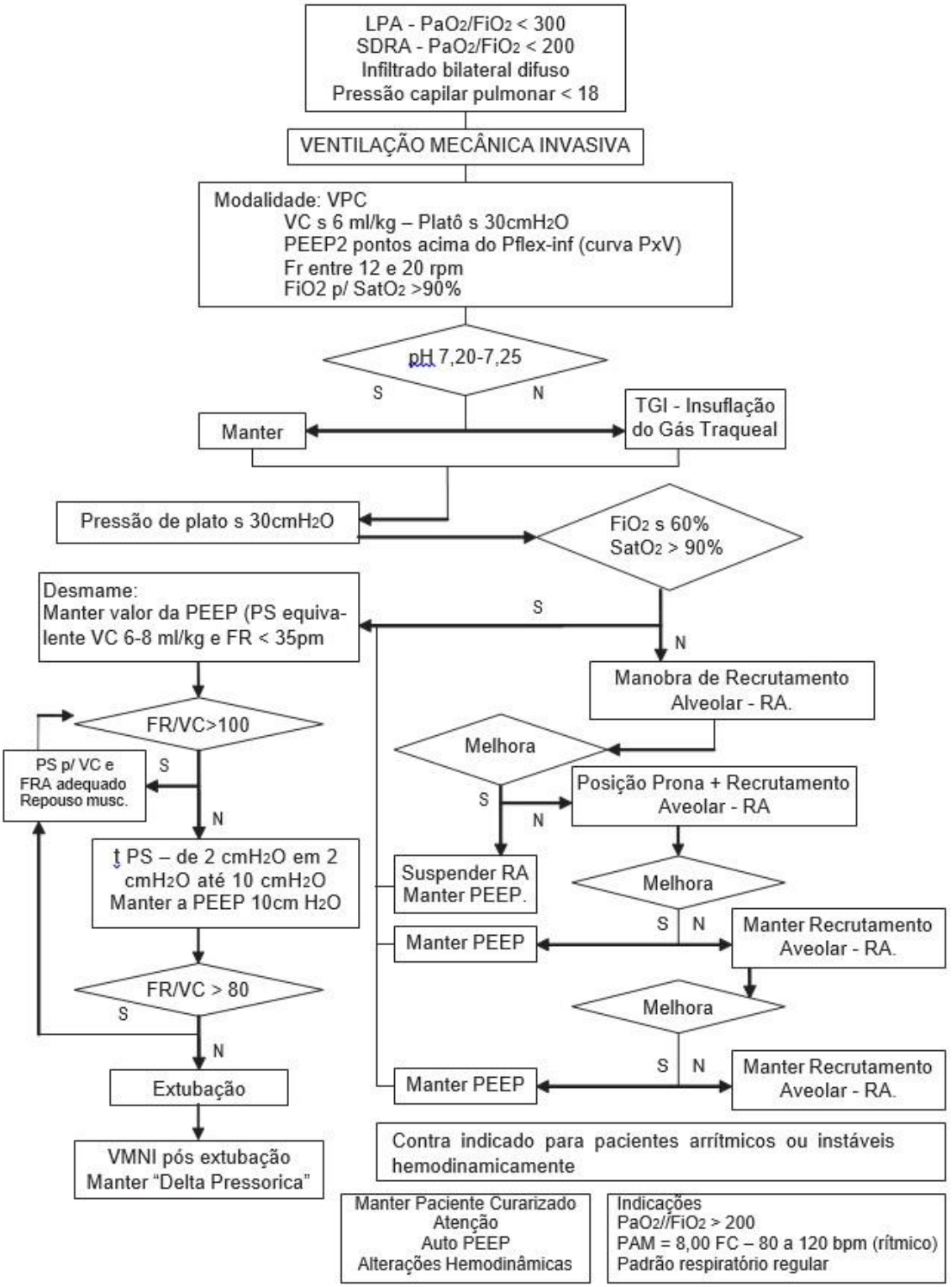
² Critérios para utilização de VMNI
Paciente colaborativo
Desconforto respiratório com Dispnéia moderada a severa / Fr < 35
Utilização de Musculatura Acessória
Estabilidade Hemodinamica
Nível de consc. rebaixado por Hipercapnia sem instabilidade Hemodinâmica

³ Critérios para IOT
Glasgow 8, agitação, não colaborativo com VMNI
PCR
Instabilidade Hemodinâmica
Hipersecreção Pulmonar

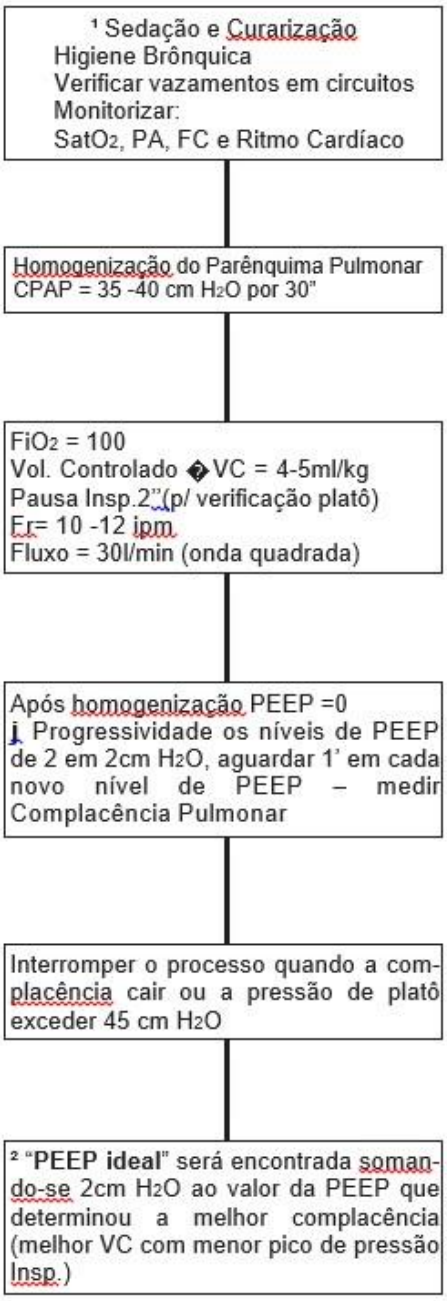
VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SDRA E CHOQUE SÉPTICO



VENTILAÇÃO MECÂNICALESÃO PULMONARAGUDA(LPA) SÍNDROMEDODESCONFORTORESPIRATÓRIO NOADULTO(SDRA)



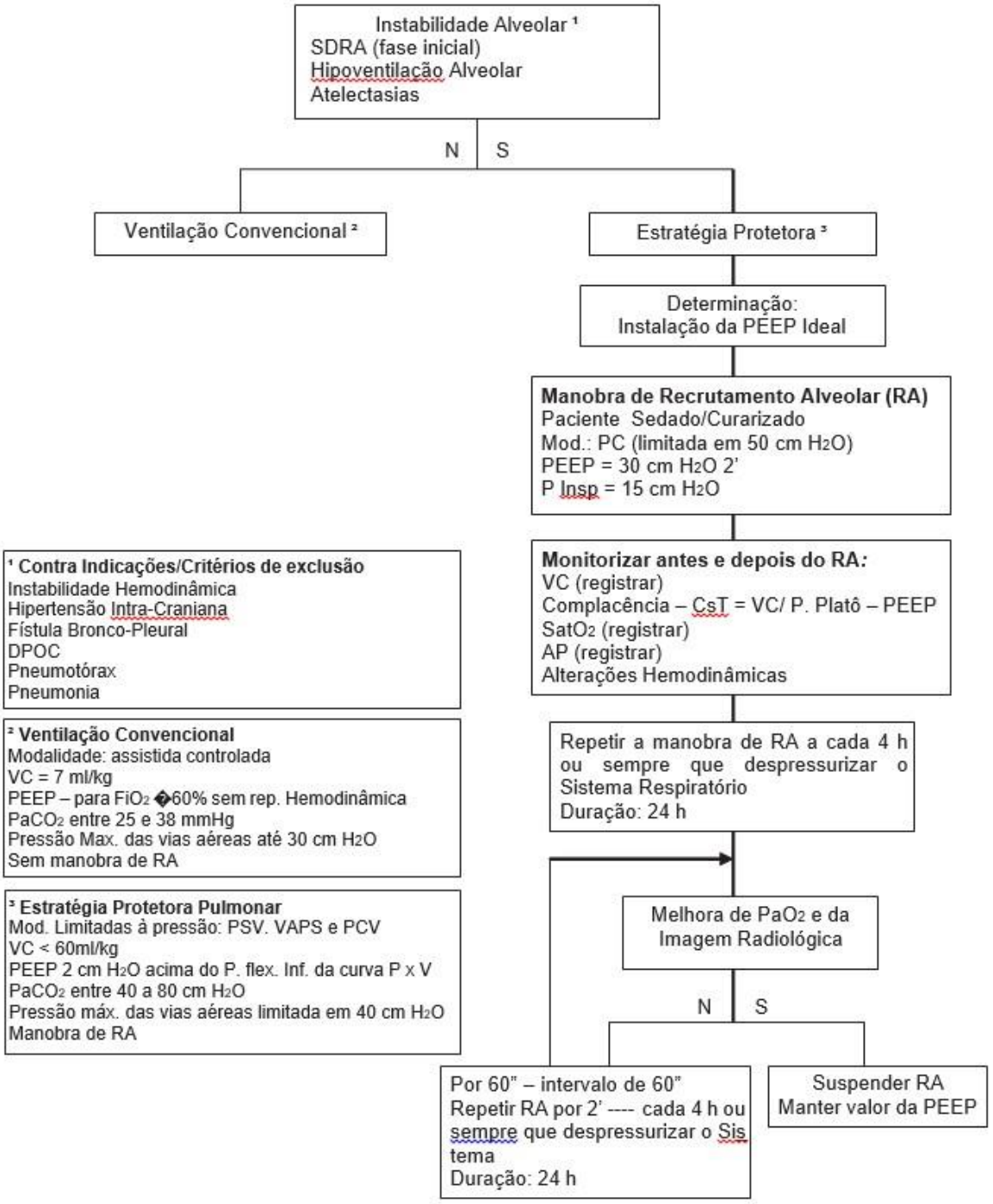
CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO



¹ Contra Indicações/ Critérios de exclusão:
Instabilidade Hemodinâmica (PAM 140 hpm/ arritmias)
Hipertenção Intracraniana
DPOC
Ocorrência de Pneumotórax e Fístula Bronco-pleural até pelo menos 48 hs
Situações onde está contra-indicado Hipercapnia

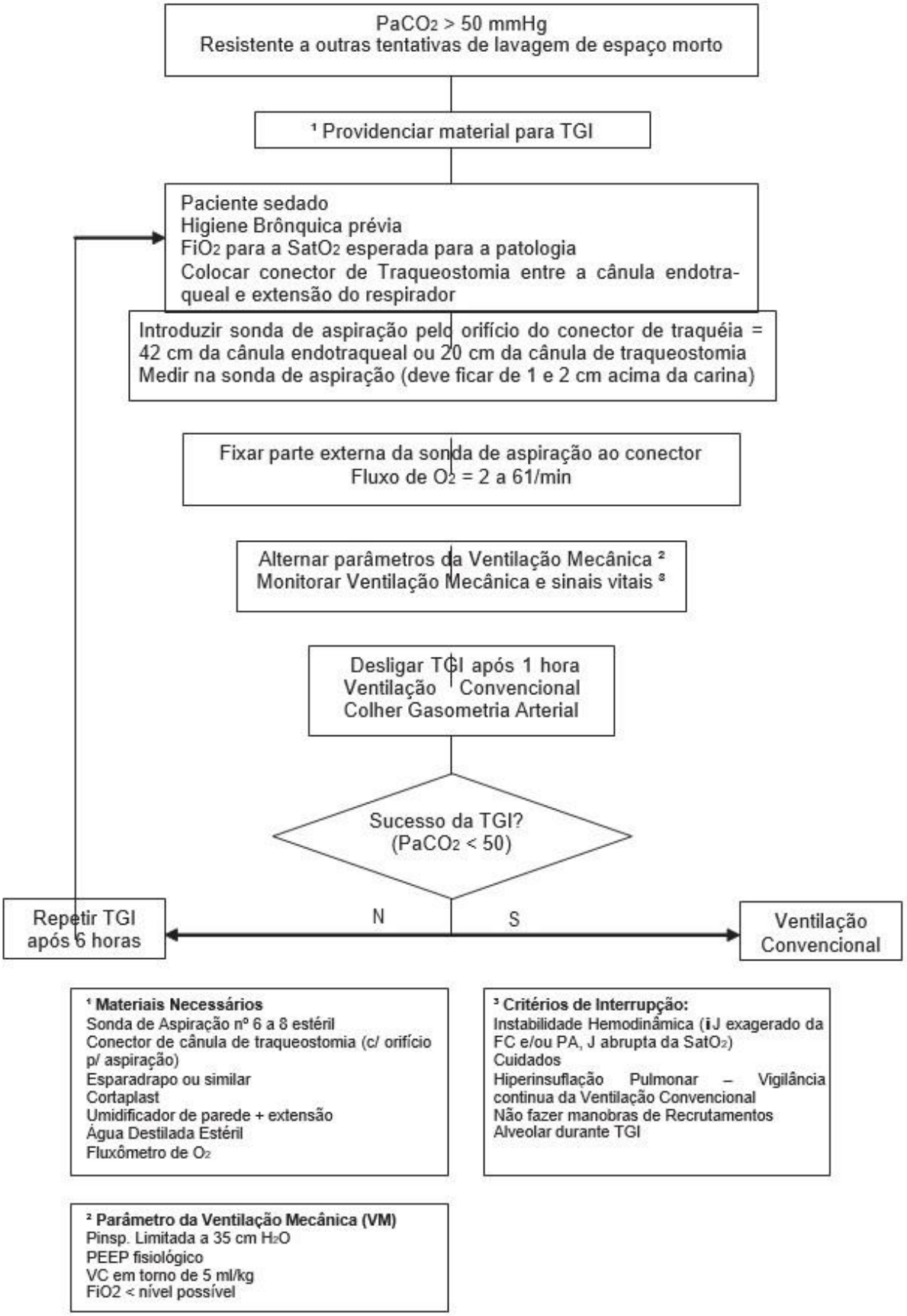
² Complacência = $\frac{VC}{Platô - PEEP}$

MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR (RA) NO ADULTO



HIPERCAPNIA – MANEJO FISIOTERÁPICO

INSUFLAÇÃO DE GÁS TRAQUEAL (TGI)

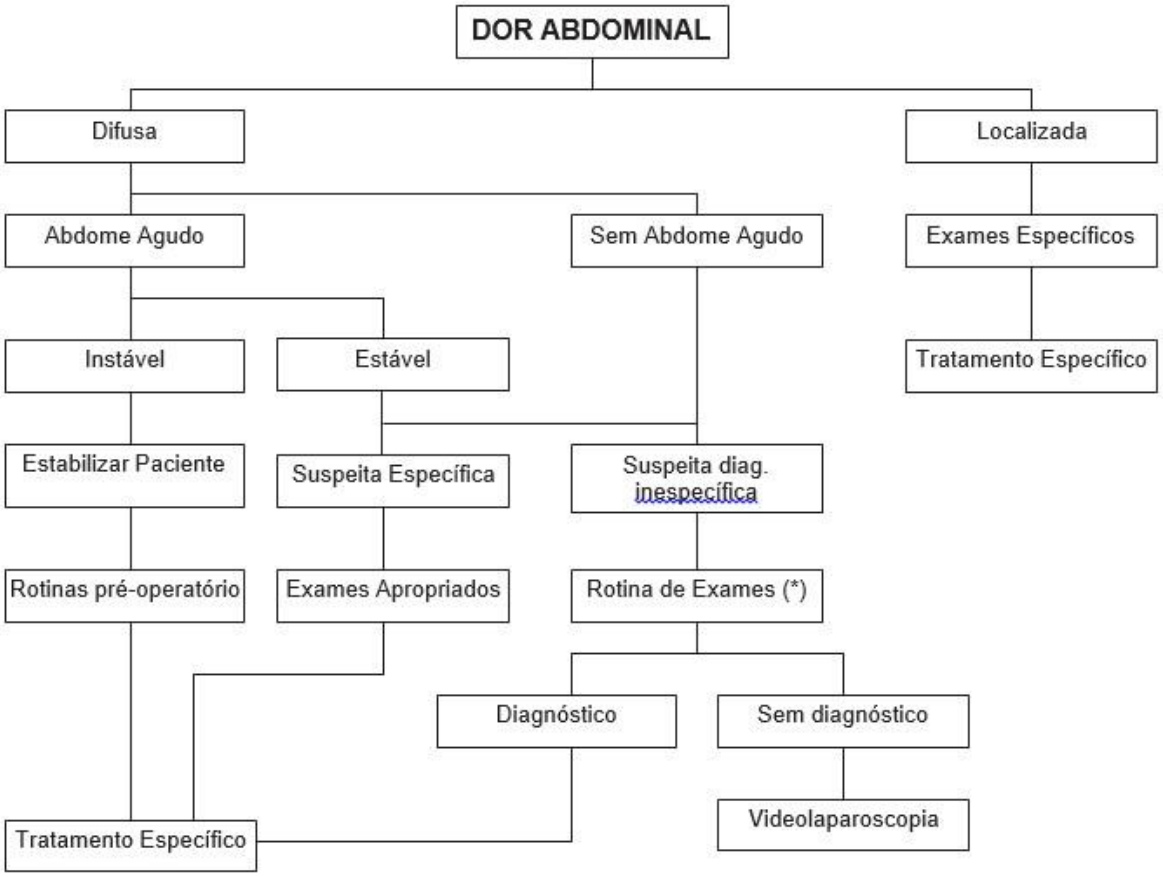


¹ Materiais Necessários
Sonda de Aspiração nº 6 a 8 estéril
Conector de cânula de traqueostomia (c/ orifício p/ aspiração)
Esparadrapo ou similar
Cortaplast
Umidificador de parede + extensão
Água Destilada Estéril
Fluxômetro de O_2

³ Critérios de Interrupção:
Instabilidade Hemodinâmica (↓J exagerado da FC e/ou PA, J abrupta da $SatO_2$)
Cuidados
Hiperinsuflação Pulmonar – Vigilância continua da Ventilação Convencional
Não fazer manobras de Recrutamentos Alveolar durante TGI

² Parâmetro da Ventilação Mecânica (VM)
Pinsp. Limitada a 35 cm H_2O
PEEP fisiológico
VC em torno de 5 ml/kg
FiO2 < nível possível

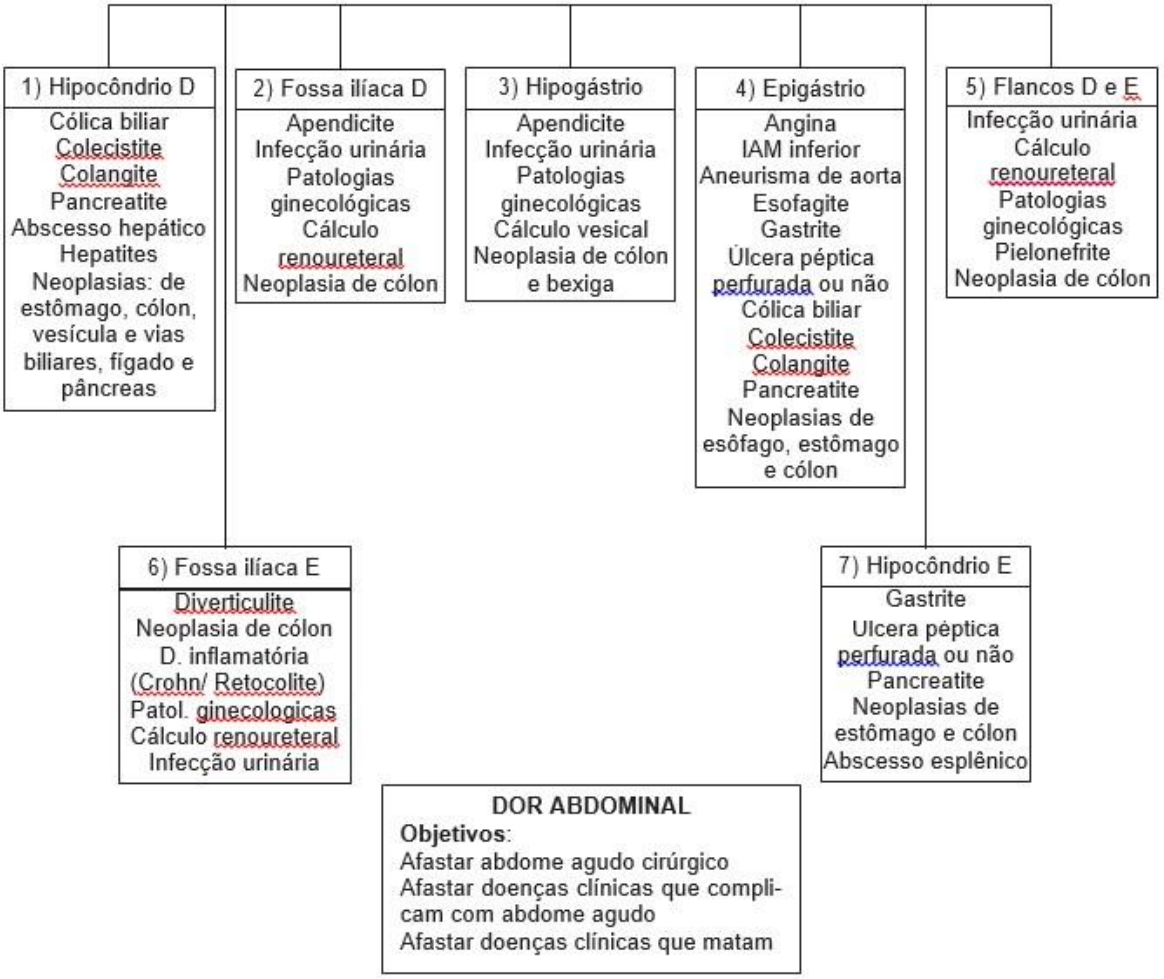
DOR ABDOMINAL AGUDA



DOR ABDOMINAL
1 – Deite o paciente
2 – Acalme
3 – Anamnese e exame físico silmutâneos
4 – Sedação da dor: se dor forte

(*) Rotina de Exames
Homem:
Hemograma; sumário de urina; amilase; RX. de tórax PA de pé; RX. de abdome PA de pé e deitado; Ultra Sonografia (US) de abdome total (após ver RX.)
Mulher em idade fértil (Até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo com laqueadura tubária.)
Hemograma; sumário de urina; amilase; US de abdome total e pelve (antes ou depois da radiografia a depender do quadro clínico); Beta HCG, se Beta HCG neg.; RX. de tórax PA de pé; RX. de abdome AP de pé e deitado.
Mulher fora da idade fértil
Rotina de exames p/ homem com US total e pelve

CAUSAS DA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA



A rotina de exames visa a não deixar descoberto doenças graves protelando assim seu diagnóstico e tratamento.

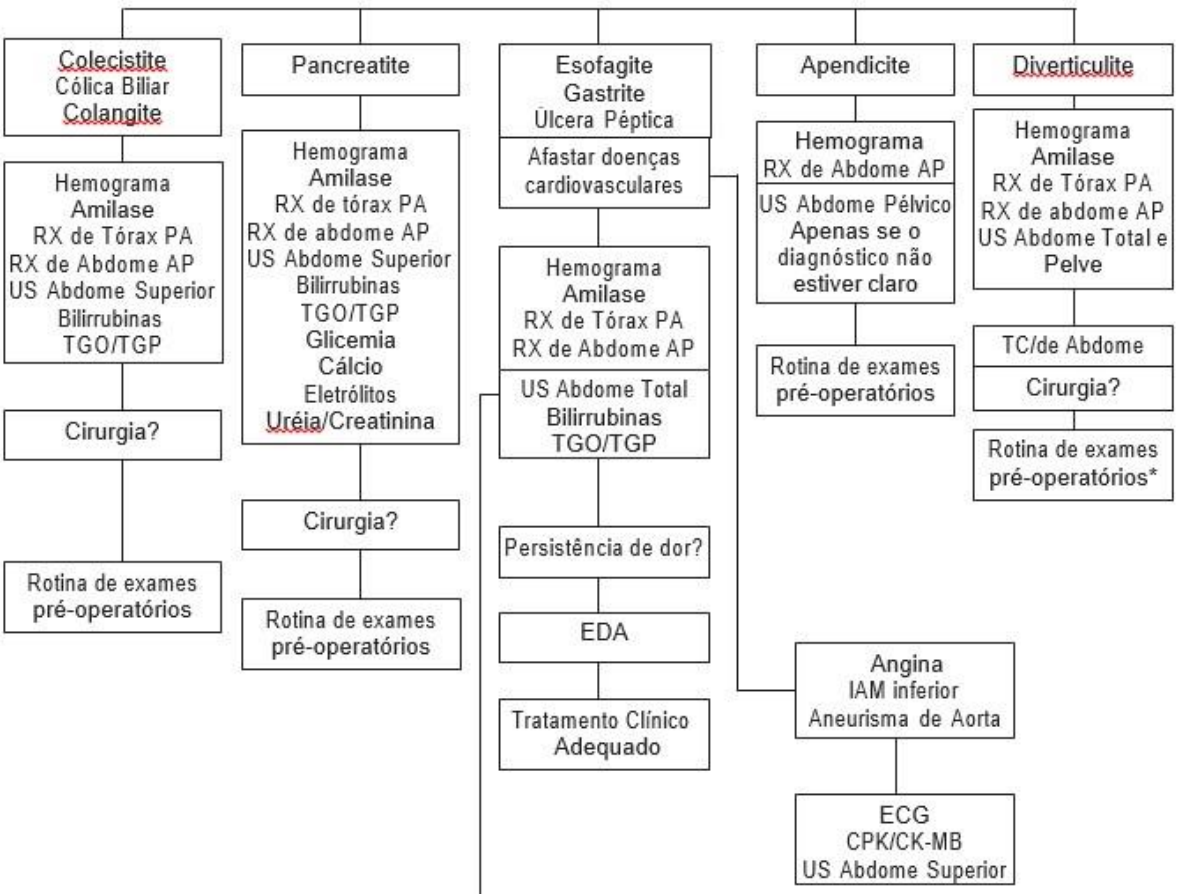
Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar.

A víscera acometida pode estar localizada em região topográfica abdominal diferente daquela localização da parede abdominal em que a dor se iniciou. A víscera acometida geralmente está na localização correspondente em que a dor passou a se localizar após a migração.

ROTINA DE EXAMES

1 – Hemograma completo, TGO, TGP, amilase
2 – EAS
3 – Ecografia abdominal superior ou total.

ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA



DOR ABDOMINAL

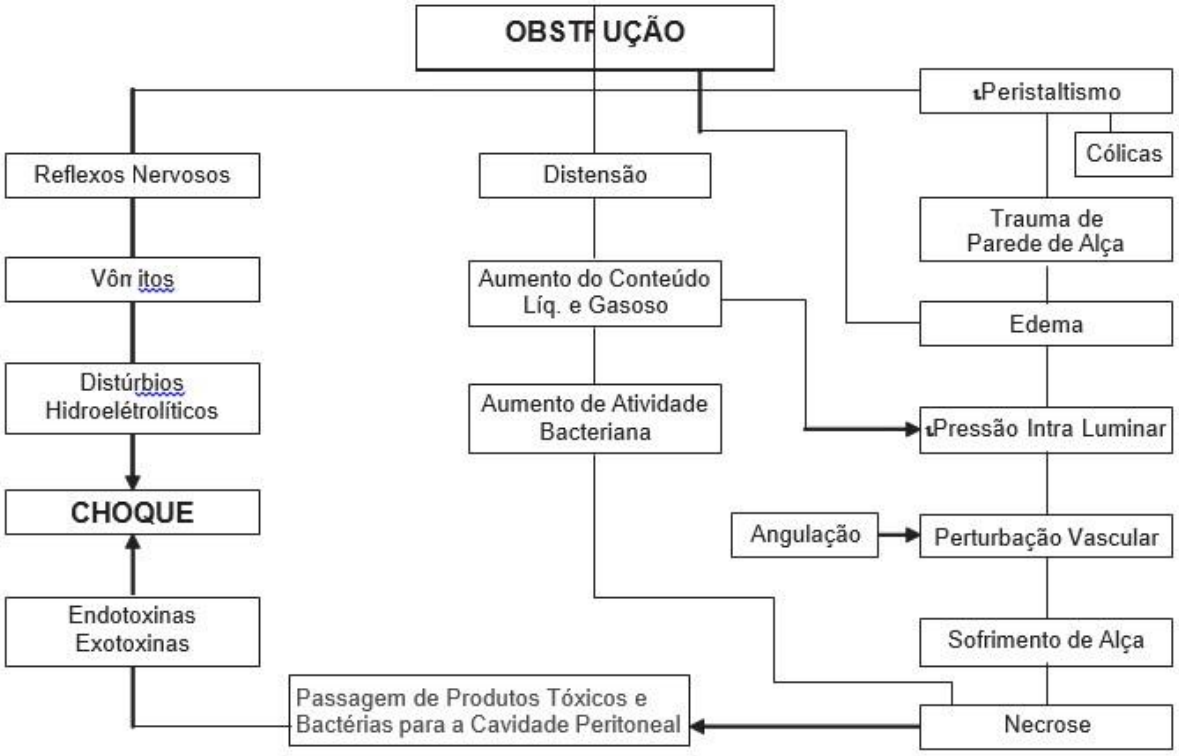
Objetivos:
Afastar Abdome Agudo Cirúrgico.
Afastar doenças clínicas que complicam com Abdome Agudo.
Afastar doenças clínicas que matam.

ROTINA PRÉ – OPERATÓRIA:

Hemograma Completo
Glicemia
Creatinina
Coagulograma.
EAS
Ecografia Abdominal Superior ou Total.
Parecer Cardiológico

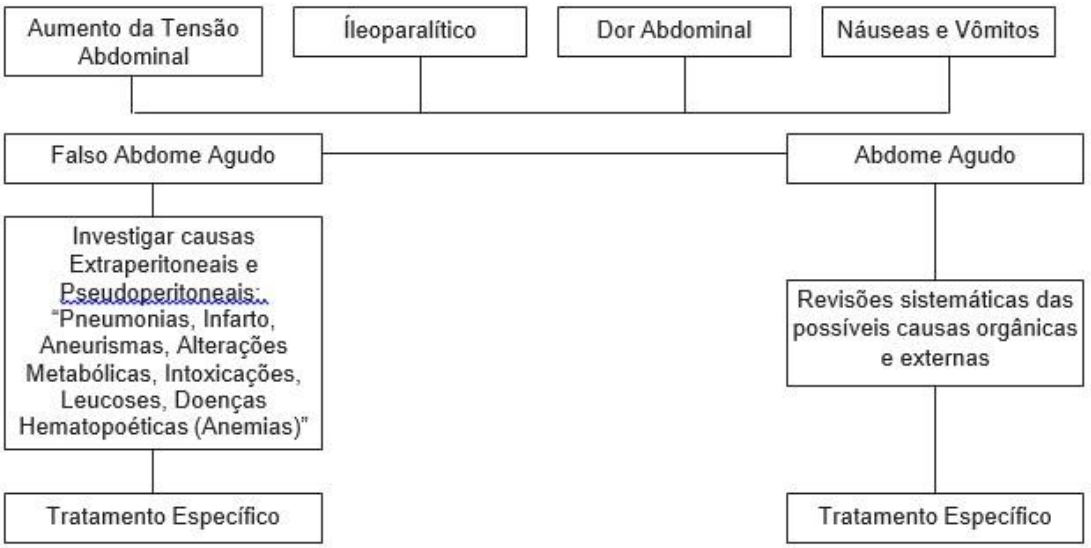
OBSTRUÇÃO INTESTINAL

FISIOPATOLOGIA



ABDOME AGUDO

DIAGNÓSTICOS

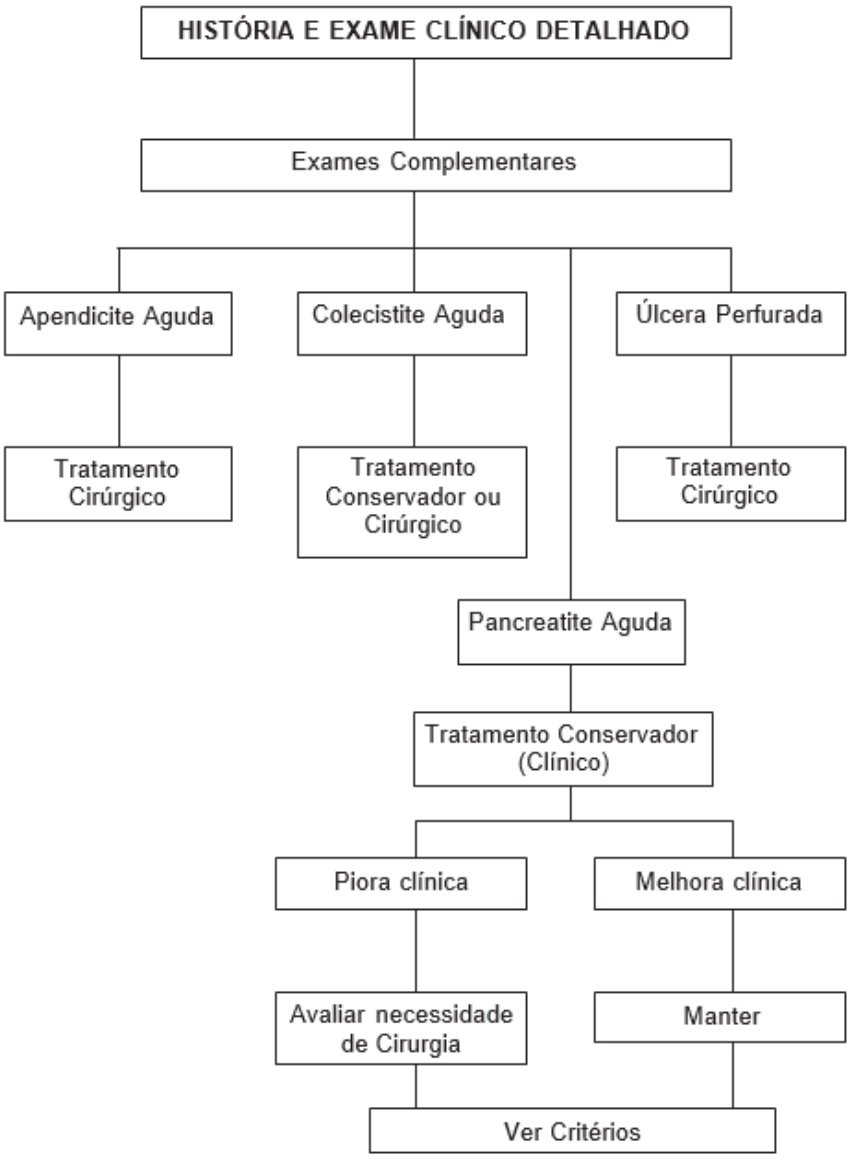


OBS:

Durante a fase de elucidação diagnóstica, deve-se prevenir o choque;

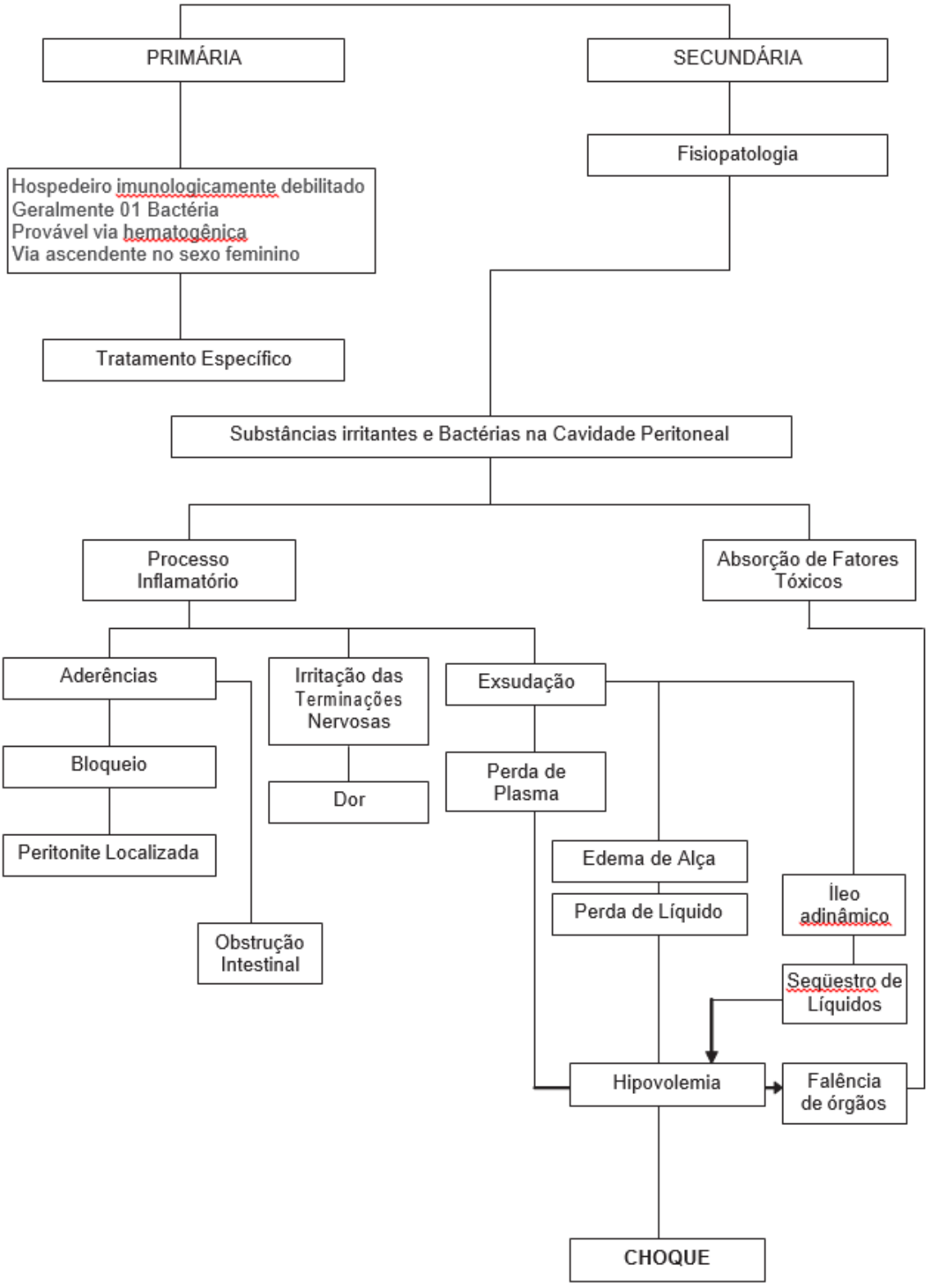
Exames Complementares: Hemograma, EAS e Rotina Radiológica para abdome agudo: Rx simples em AP, Rx Abdome em Decúbito Horizontal e Ortostase devem ser solicitados para todos os casos. Outros exames de valor Diagnóstico e Prognóstico devem ser solicitados de acordo com a necessidade.

ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

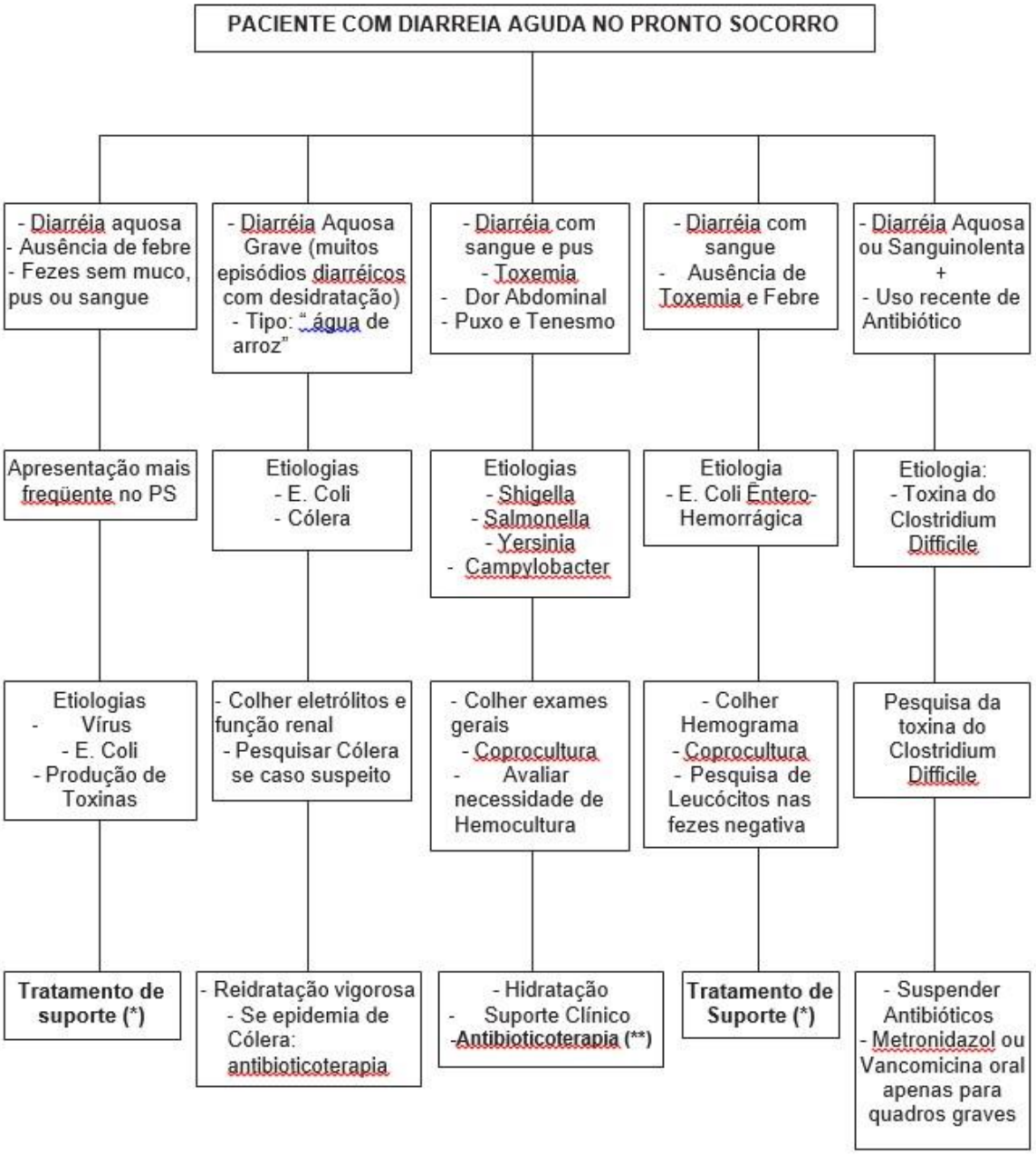


OBS:
Prevenir o choque
Fazer exames de rotina para abdome agudo para todos os casos e exames específicos quando indicado.

PERITONITES



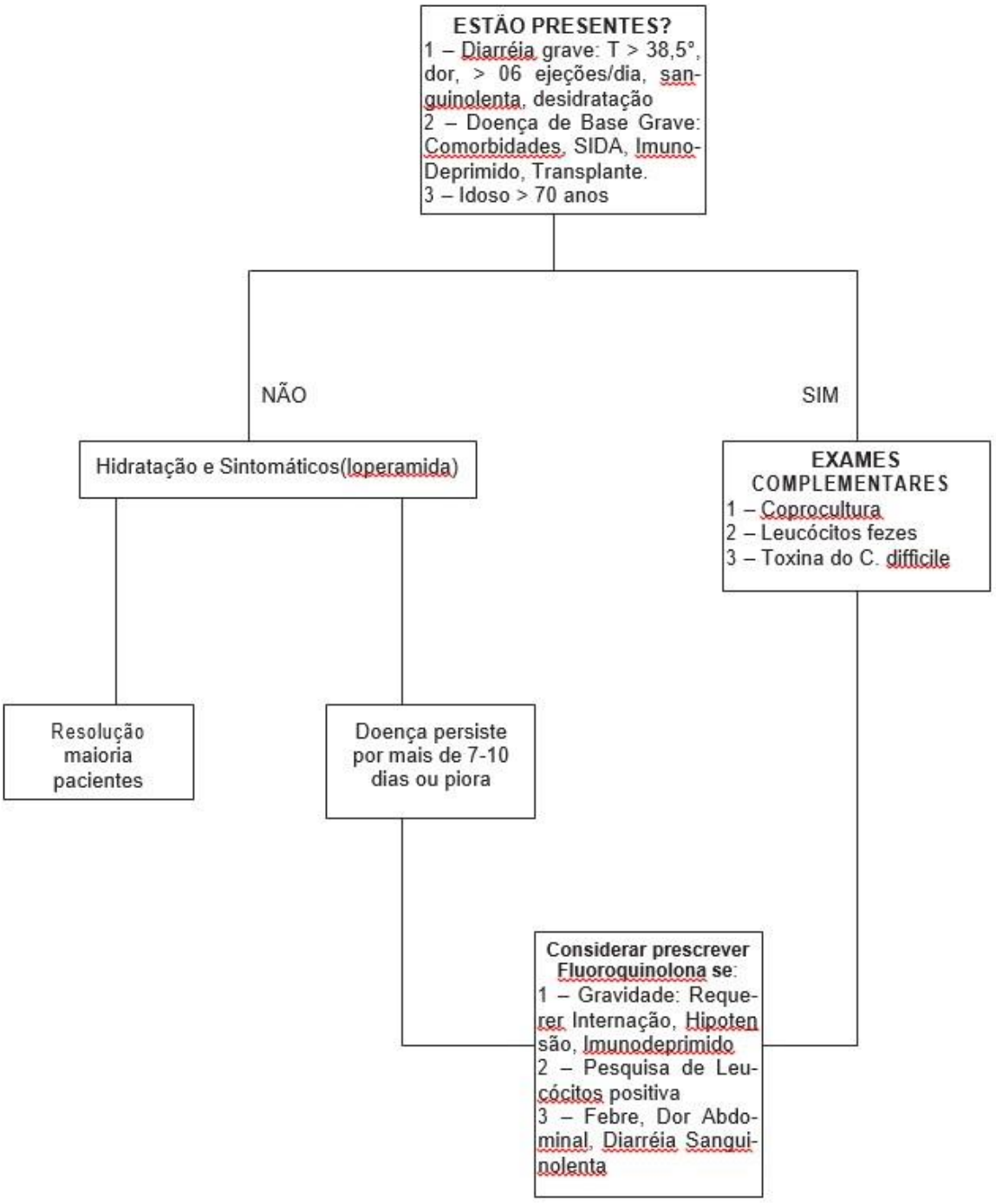
DIARRÉIAAGUDA



(*) - **Tratamento de Suporte**
1 - Dieta sem leite ou derivados
2 - Soro Oral
3 - Hioscina 20 mg/ml

(**) – Antibióticoterapia Oral
1 – Sulfametoxazol +Trimetoprim – 1 comprimido 12/12h
2 – Tetraciclina 250ml – 2 comprimidos 6/6h
3 – Ciprofloxacin 500mg – 1 comprimido 12/12h
4 – Metronidazol 250mg – 8/8h
5 – Vancomicina 200mg – 8/8h

DIARRÉIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS



PANCREATITE AGUDA – I

EXAMES	TRATAMENTO
Hemograma Uréia/Creatinina Sódio/Potássio Glicemia Transaminases Fosfatase alcalina Cálcio Proteínas totais e frações LDH Amilase Gasometrial arterial	Repouso absoluto Dieta zero Sonda nasogástrica em caso de distensão abdominal ou vômitos Sedar a dor Tratamento de alterações hidroeletrolíticas Inibidores da bomba de prótons Tratamento do choque ou hipovolemia com cristaloídes Observar débito urinário e PVC Identificar e tratar a hipovolemia Identificar e tratar a oligúria Antibióticos*

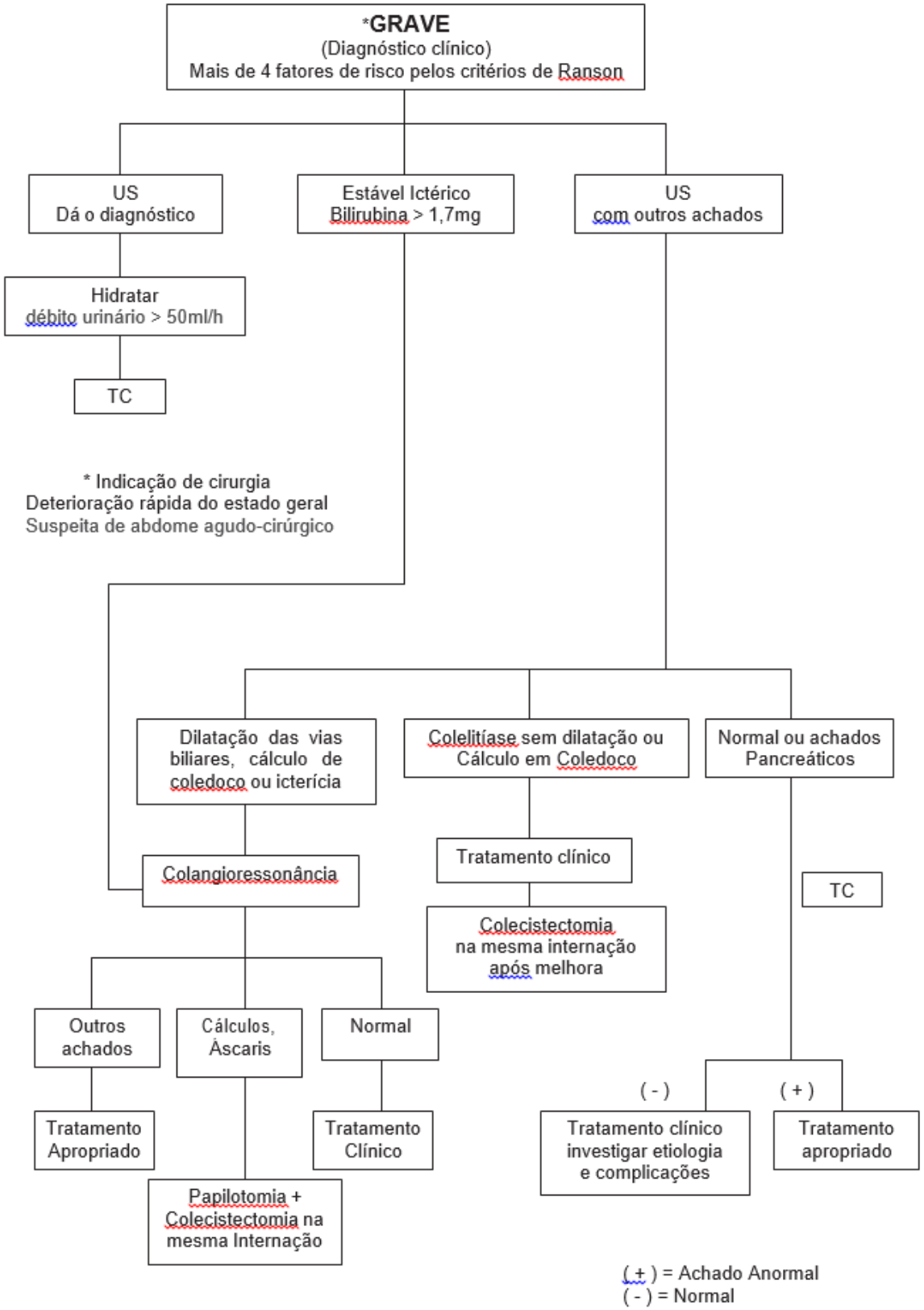
CRITÉRIOS DE RANSON E COLS (1974,1981)	
PANCREATITE NÃO-BILIAR	**PANCREATITE BILIAR**
À admissão	À admissão
1. Idade > 55 anos	1. Idade > 70 anos
2. Número de leucócitos > 16.000mm^3	2. Número de leucócitos > 18.000mm^3
3. Glicose > 200mg/dl	3. Glicose > 220mg/dl
4. TGO > 250UI/L	4. TGO > 250UI/L
5. LDH > 350UI/L	5. LDH > 250UI/L
Durante as 48 horas iniciais	Durante as 48 horas iniciais
6. Queda maior que 10% no hematócrito	6. Queda maior que 10% no hematócrito
7. Aumento no BUN > 5mg/dl	7. Aumento da uréia > 2mg/dl
8. Cálcio sérico < 8mg/dl	8. Cálcio sérico < 8mg/dl
9. PaO2 < 60mmHg	9. Déficit de base > 5mEq/L
10. Déficit de base > 4mEq	10. Sequestração hídrica > 4 litros
11. Sequestração hídrica > 6 litros	

Letalidade – < 3 sinais – 0,9%; 3-4 sinais – 16%; 5-6 sinais – 40%; > 6 sinais – 100%.

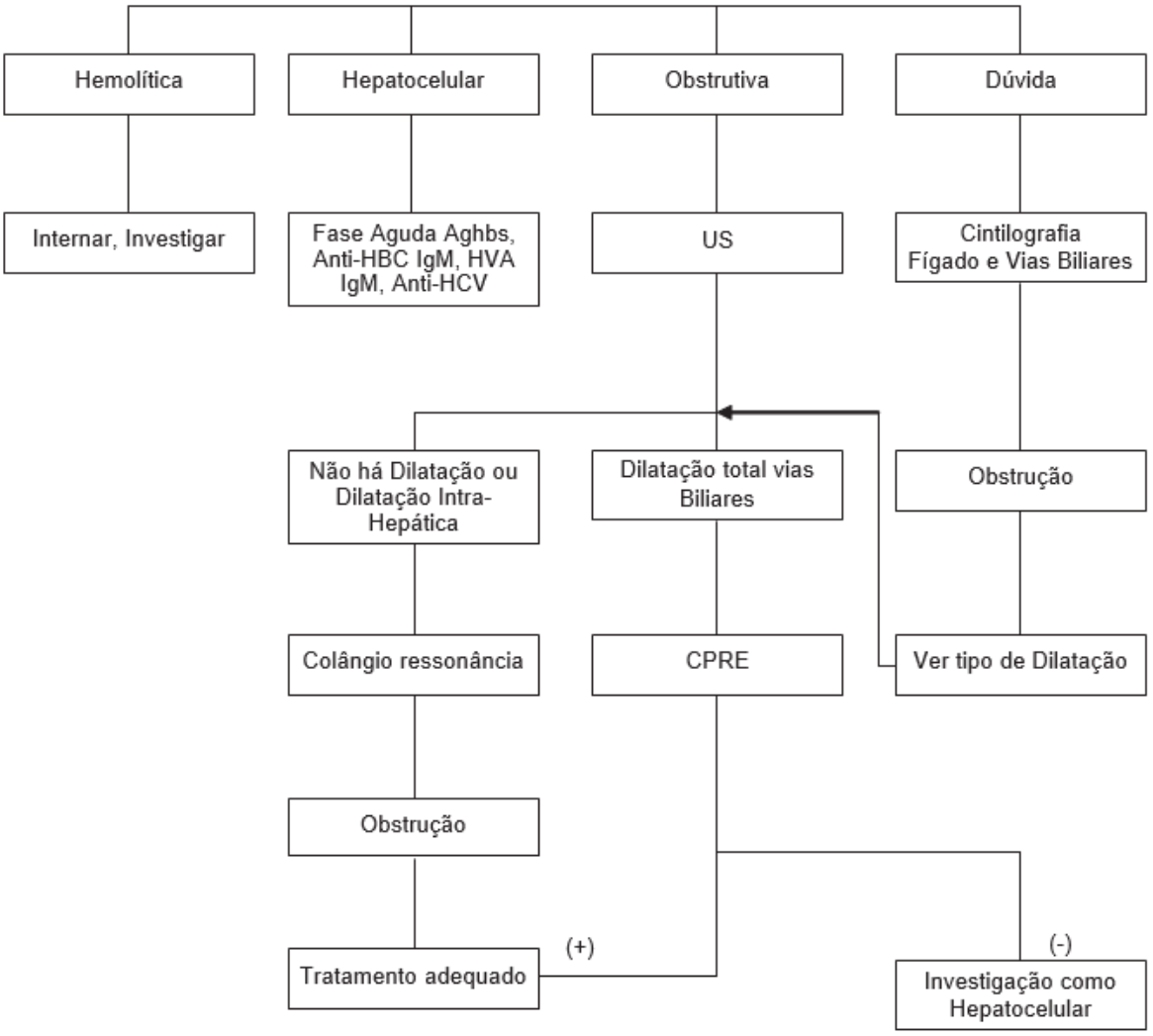
PANCREATITE AGUDA GRAVE (Insuficiência de Órgãos e Sistemas)	
ÓRGÃOS/SISTEMAS	DADOS QUE CARACTERIZAM A INSUFICIÊNCIA
Cardiovascular	PAM < 50mmHg ou PAM > 100mmHg com hidratação IV e droga vasoativa. FC < 50bpm. Taquicardia ventricular/ fibrilação. PCR. IAM.
Pulmonar	Ventilação mecânica > 3 dias com FIO2 > 40% e/ou PEEP > 5cm H2O.
Renal	Creatinina > 3,5mg/dl. Diálise/Ultrafiltração.
Neurológico	Glasgow < 6 (sem sedação).
Hematológico	Hematócrito < 20%. Leucócitos < 3.000. Plaquetas < 50.000.
Hepático	CIVD.
Gastrointestinal	BT > 3,0mg/dl, na ausência de hemólise. TGP > 100UL. LAMG com necessidade de transfusão de mais que duas unidades por 24 horas. Colecistite alitiásica. Enterocolite necrotizante. Perfurações intestinais.

ANTIBIÓTICOS: (*) Casos muito graves. (*) Suspeita de Infecções. (*) Colangite ou Colecistite

PANCREATITE AGUDA – II



ICTERÍCIA



(+) = Achado anormal
(-) = Normal

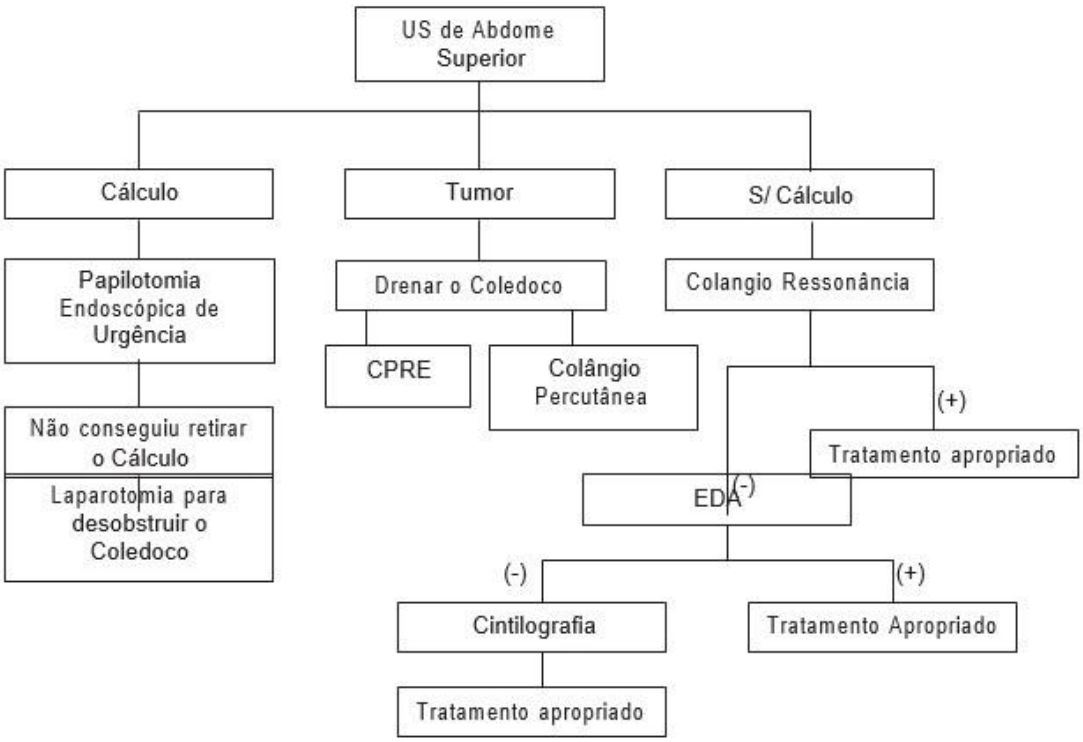
EXAMES

Hemograma/plaquetas
Sumário de urina
Amilase
Tempo de Protrombina
Transaminases, Gama GT

MEDIDAS GERAIS

Venóclise
Sintomáticos
Vitamina K 10mg/ dia

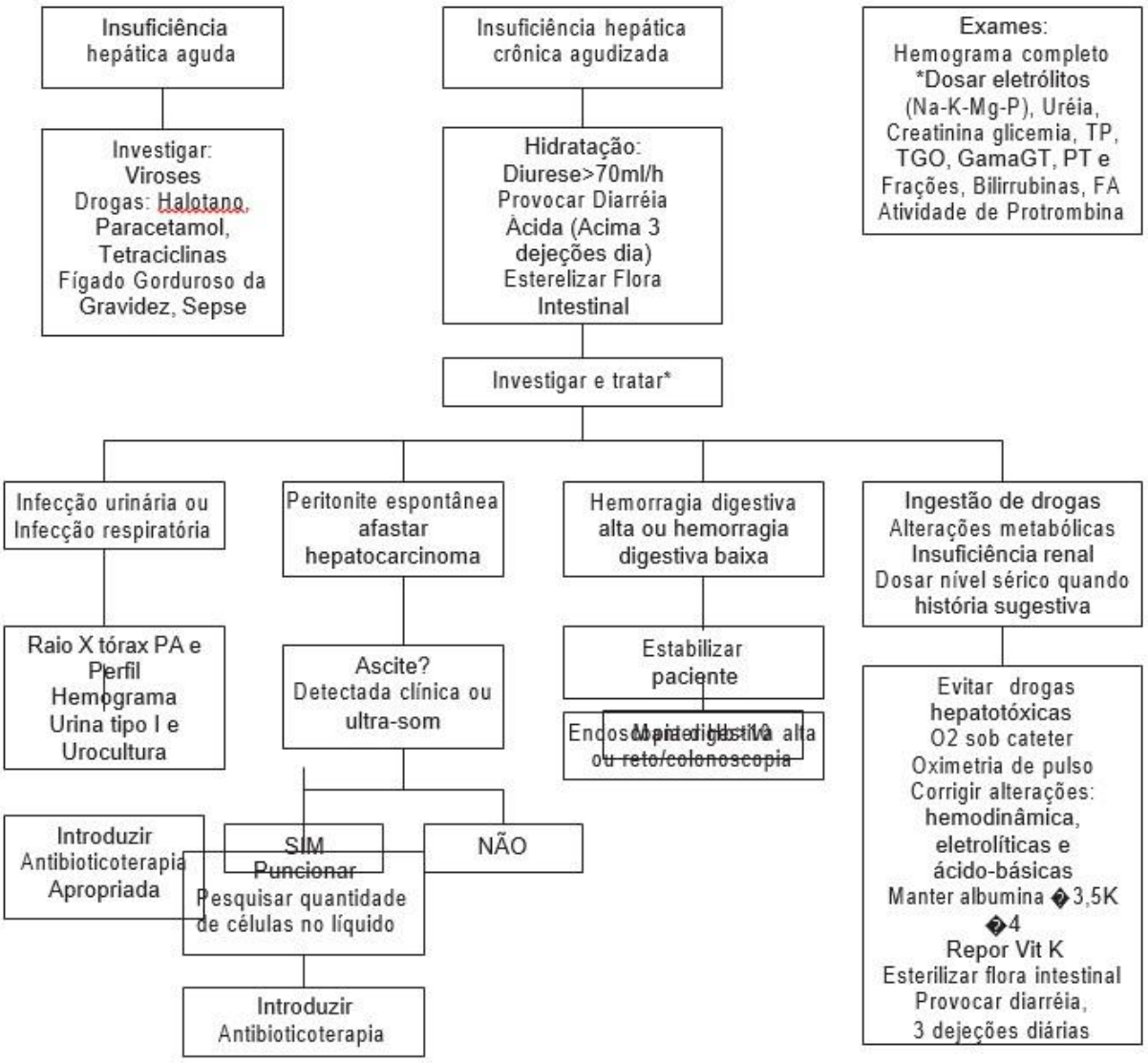
COLANGITE



1- Tratamento cirúrgico
2- Antibioticoterapia
3- Manter diurese > ou = 70ml/hora
4- Estimular diurese
5- Proteção mucosa gástrica
6- Tratar alterações hemodinâmicas

Colangite tóxica: Desobstruir
Após estabilização 12 a 24h:
Cálculo e/ou Áscaris ➔ Papilotomia
Tumores e ou estenoses ➔ Descompressão Transparietal ➔Tratamento Apropriado
Amicacina + Metronidazol + (Ciprofloxacina ou Ampicilina Subactan)
Reposição Hídrica Isosmolar + Dopamina + Dourético)Pam >80)
Bloqueador H2
Intra-Cath – Hidratação
SNG se indicado (Distensão Abdominal/Vômitos)
Sonda Vesical
Débito Urinário > 70ml/h
Ht > 30 Hb > 10 Alb > 3.5
PaO2 > 70
Exames: Hemograma, Plaquetas, TP, Na, K, TGO, TGP, Gama GT, FA, Bilirrubinas, Ur, Cr, Amilase, PT e Frações
Tratamento Apropriado, Drenagem
(*) Desobstruição – CPRE – Derivação Cirúrgica - Punção

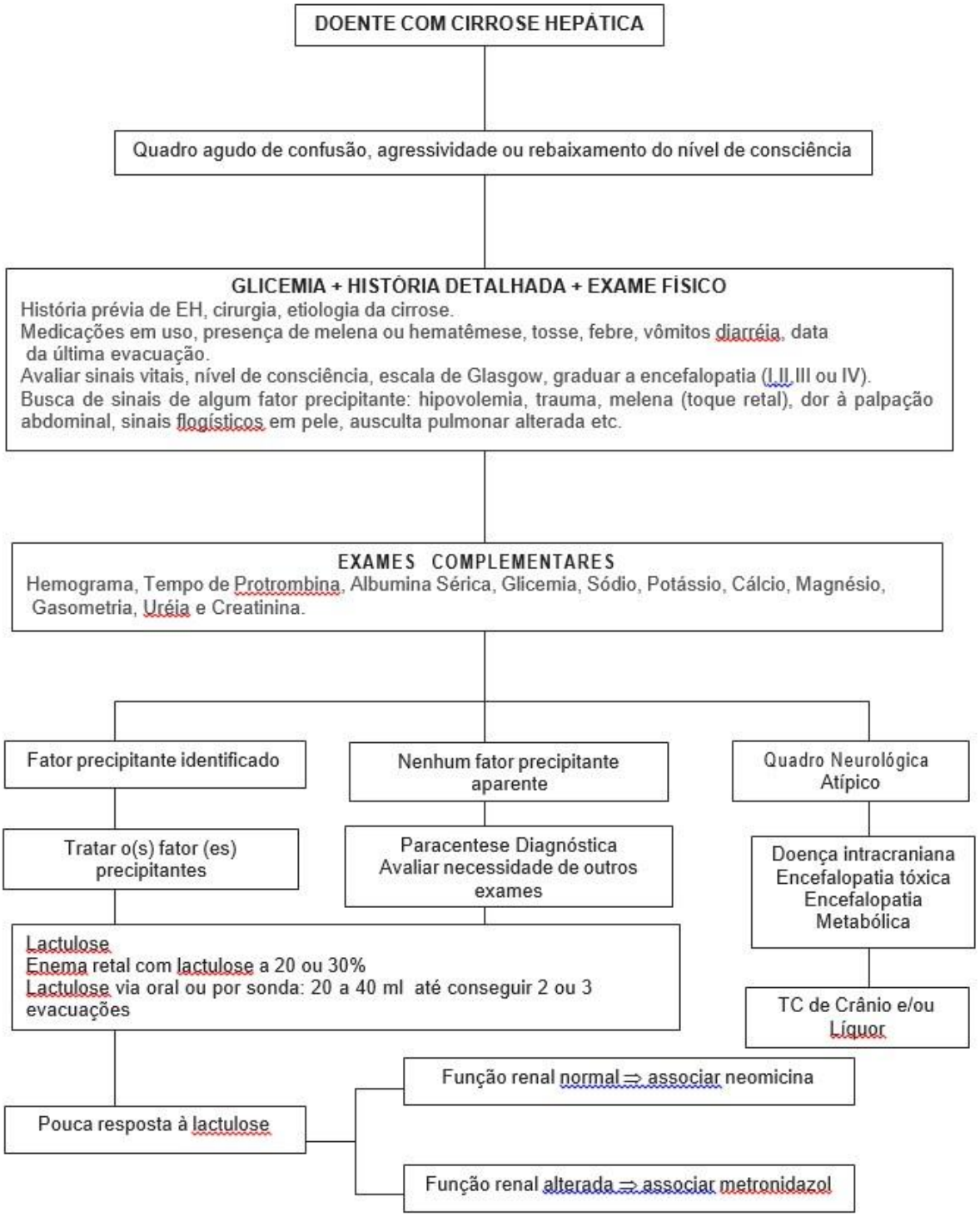
INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA



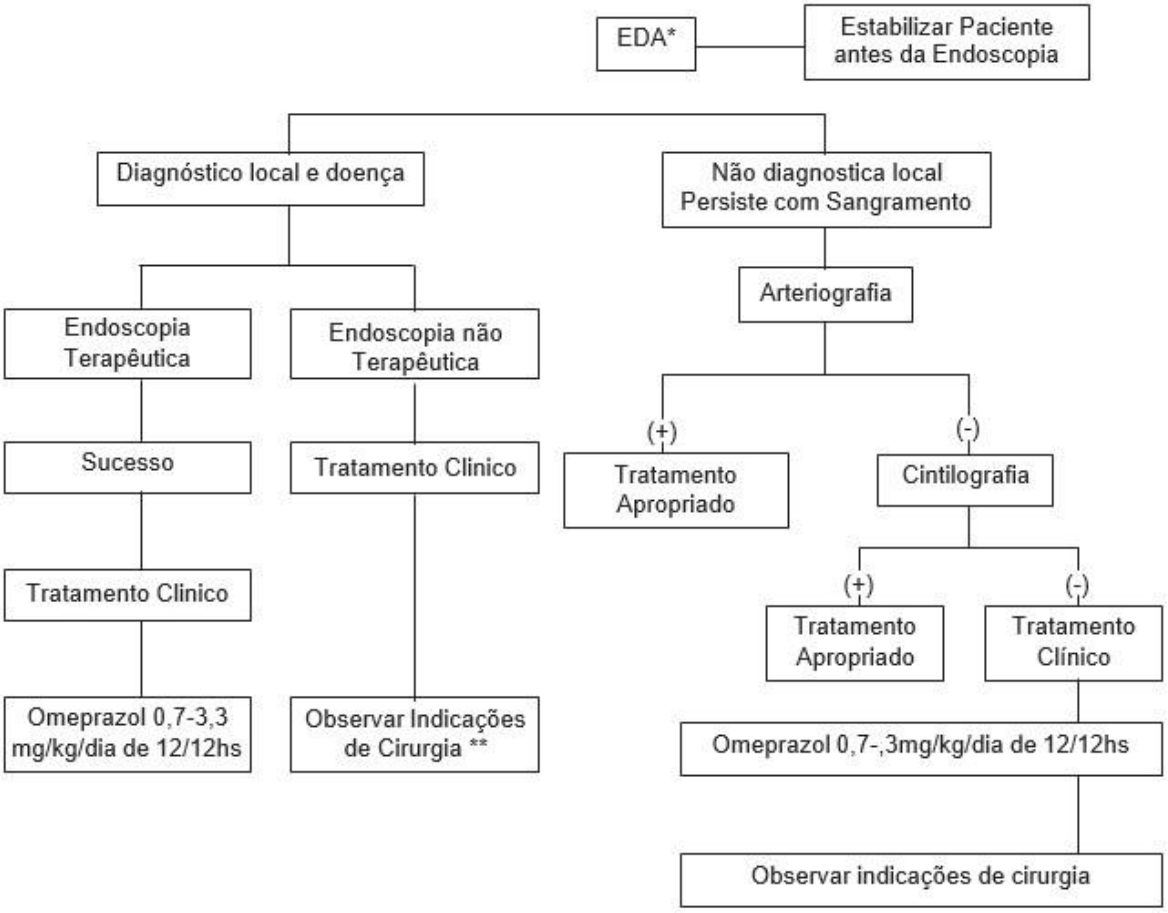
CLASSIFICAÇÃO DE CHILD TURCOTTE			
GRUPOS:	**A**	**B**	**C**
Bilirrubinas (mg/dl)	< 2.0	2.0 - 3.0	> 3.0
Albumina (g/dl)	> 3.5	3.0 - 3.5	< 3.0
Ascite	Não	Facilmente controlável	De difícil controle
Alterações neurológicas	Não	Leves	Acentuadas
Estado nutricional	Bom	Regular	Mal

*Paciente com hipoalbuminemia necessita utilizar colóides + cristalóides para estabilização hemodinâmica por sangramento.

ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



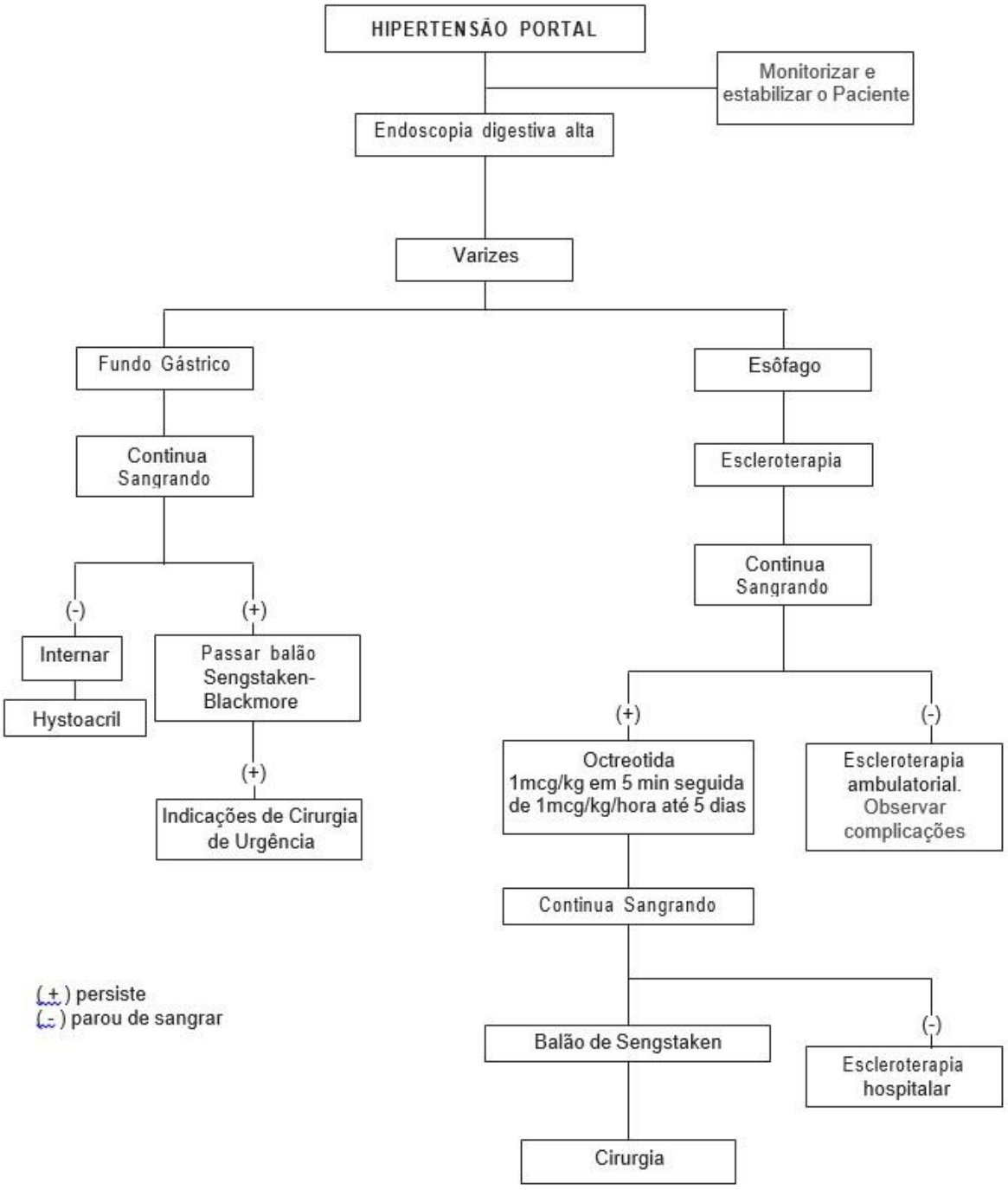
**** INDICAÇÕES DE CIRURGIA:**

-pac. Portador de Ca com hemorragia;
-pac. Com hemorragia e obstrução ou perfuração;
-pac. Que sangra, pára e retorna a sangrar (exclui os que podem ser resolvidos endoscopicamente)
-pac. Portador de sangue raro
-pac. Que necessita de transfusão de 8/8 hs para manter Ht>25 e Hb > 8
-pac. Que sangrou durante tratamento clínico.

Caso sangramento persista em varizes de esôfago após esclerose, usar somatostina (Sandostatin) – dose inicial de 1-2 mcg/kg em 2-5 min. Em seguida 1 mcg/kg/hora.

(+) encontrou sangramento local
(-) Não encontrou

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA II



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA III

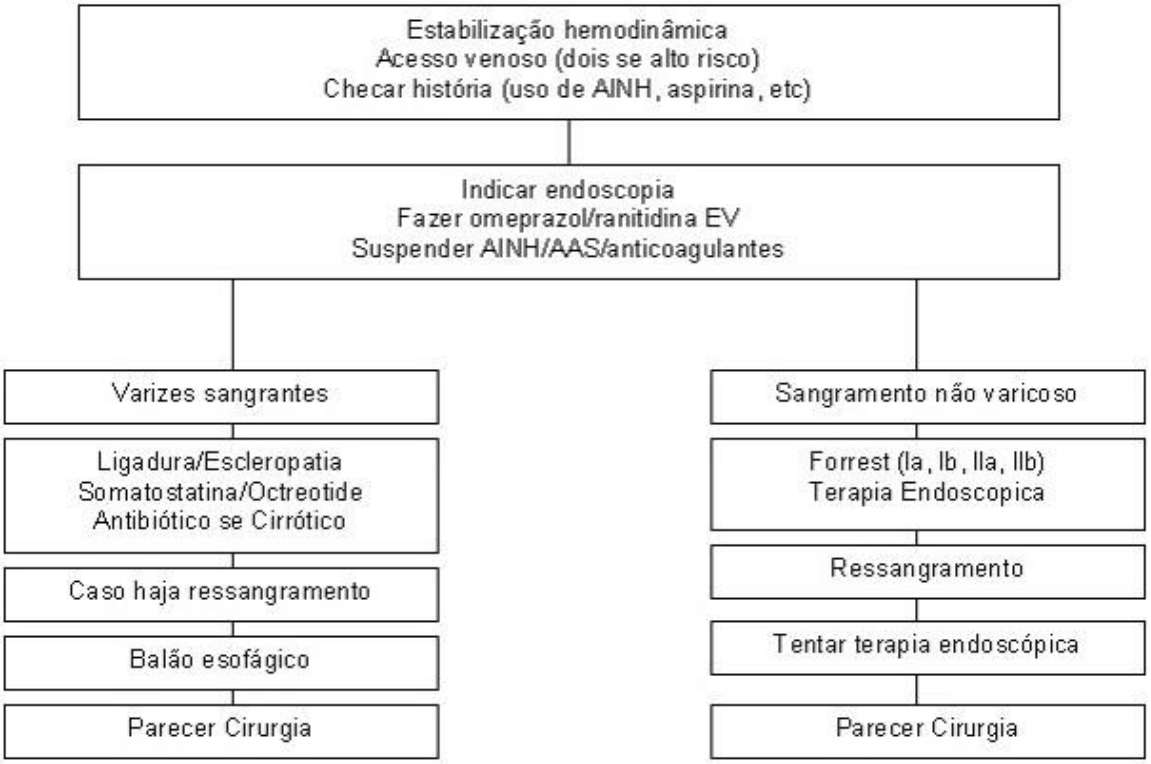
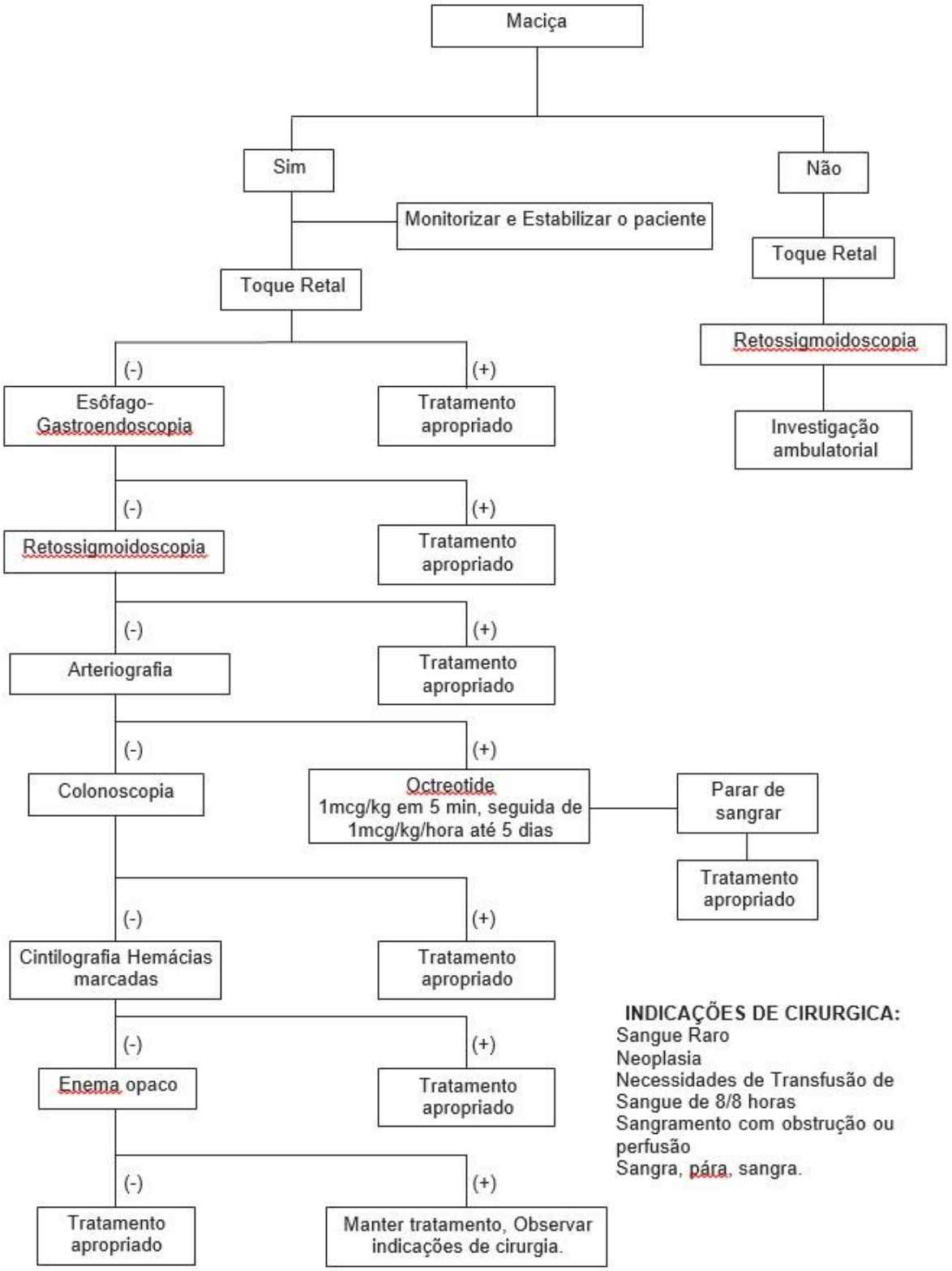


TABELA 1 – FATORES DE RISCO PARA PROGNÓSTICO RUIM
Idoso (>60 anos) Comorbidades Sangramento ativo (hematemese, sangue vivo na SNG , hematoquezia) Hipotensão ou choque Transfusão = unidades Paciente internado antes do sangramento Coagulopatia Severa

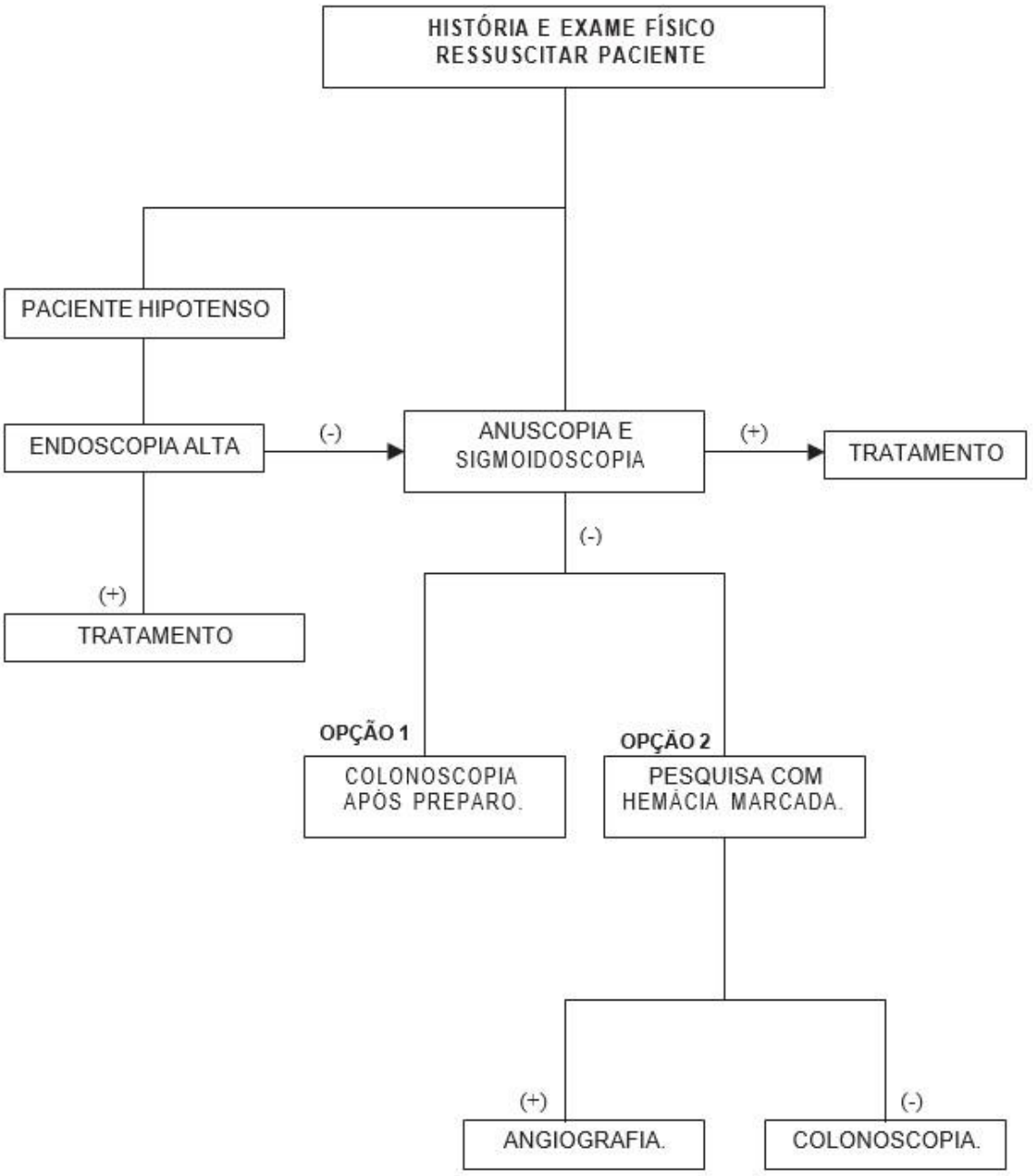
TABELA 2: ESTIGMAS DE ULCERA HOMORRÁGICA E RISCO DE RESSANGRAMENTO SEM TERAPIA ENDOSCÓPICA	
Estigmas (Class. Forrest)	Risco de ressangramento sem terapia endoscópica
Sangramento arterial ativo (spurting) F-I	Aproximadamente 100%
Vaso visível não sangrante F – Iia	Até 50%
Coagulo aderente, não sangrante F – IIa	30 – 35%
Ulcera (sem outros estigmas) F # C	10 – 27%
Ulcera base limpa / F – III	<3%

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA



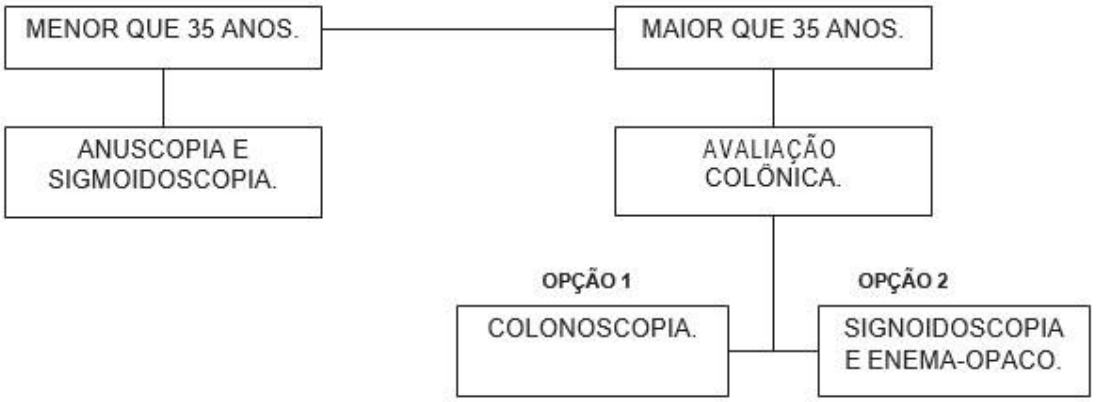
INDICAÇÕES DE CIRURGICA:
Sangue Raro
Neoplasia
Necessidades de Transfusão de Sangue de 8/8 horas
Sangramento com obstrução ou perfusão
Sangra, pára, sangra.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA

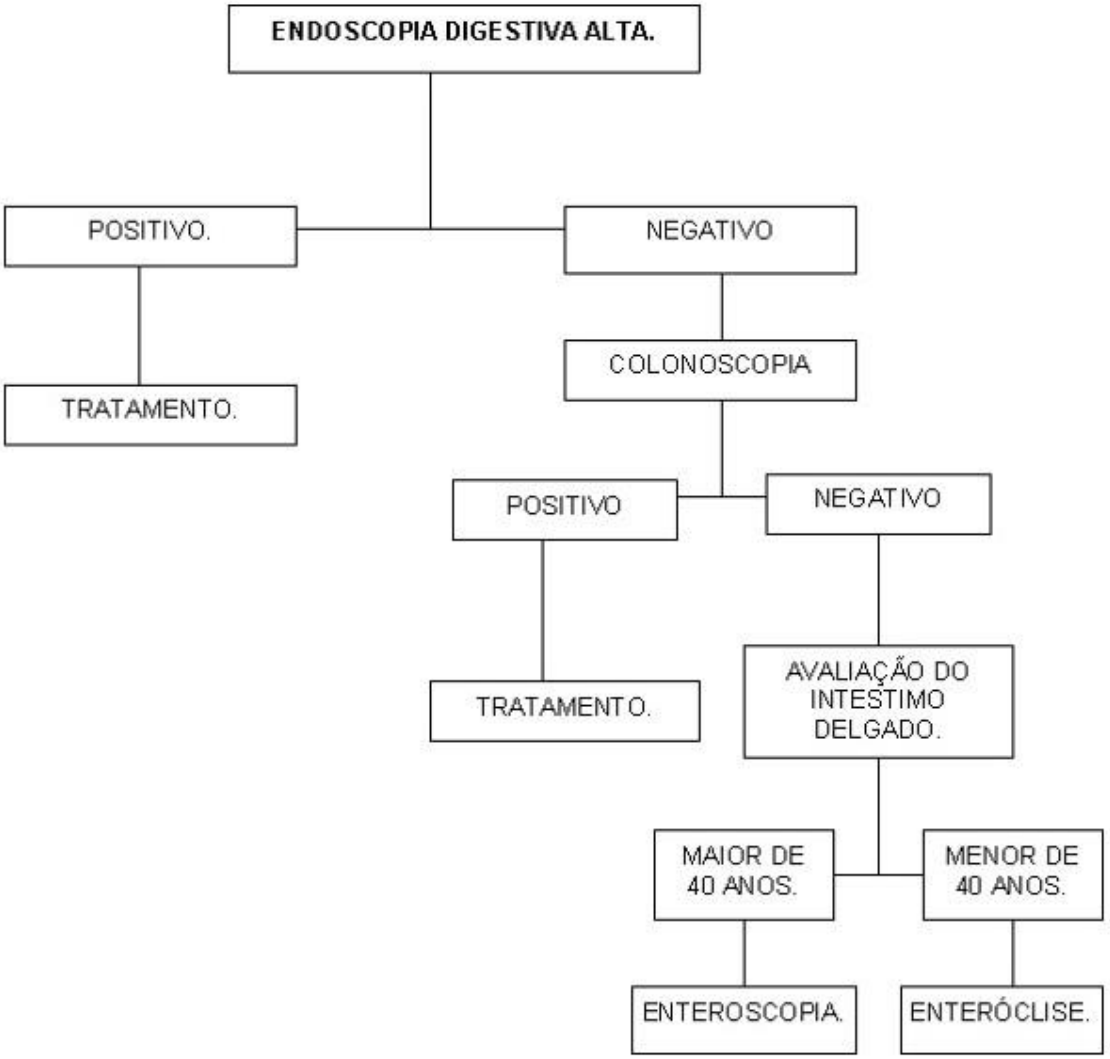


*** O Tratamento Cirúrgico estará intimamente relacionado com o diagnóstico etiológico; Topografia da Lesão e Experiência do Serviço.**

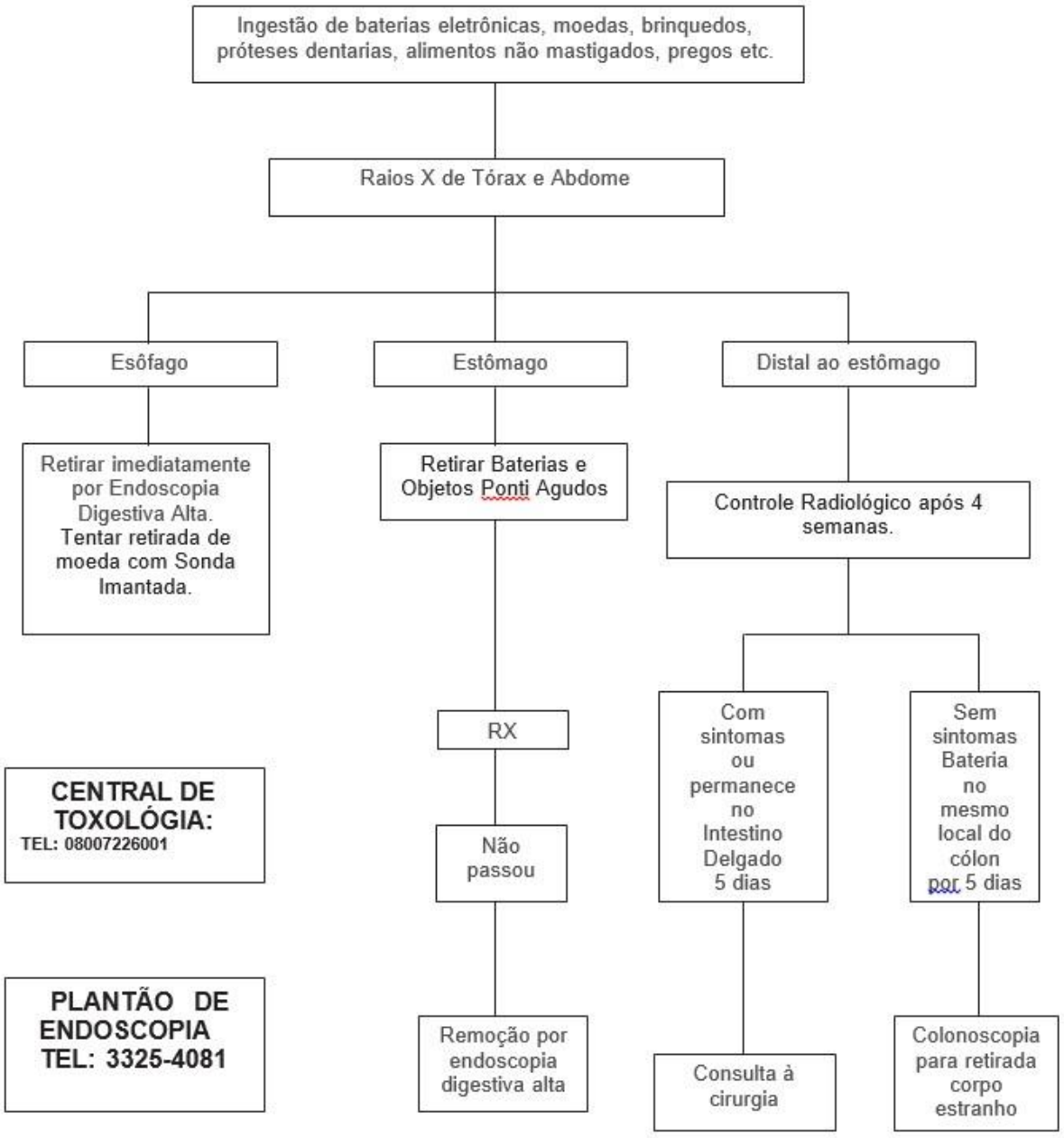
HEMATOQUEZIA



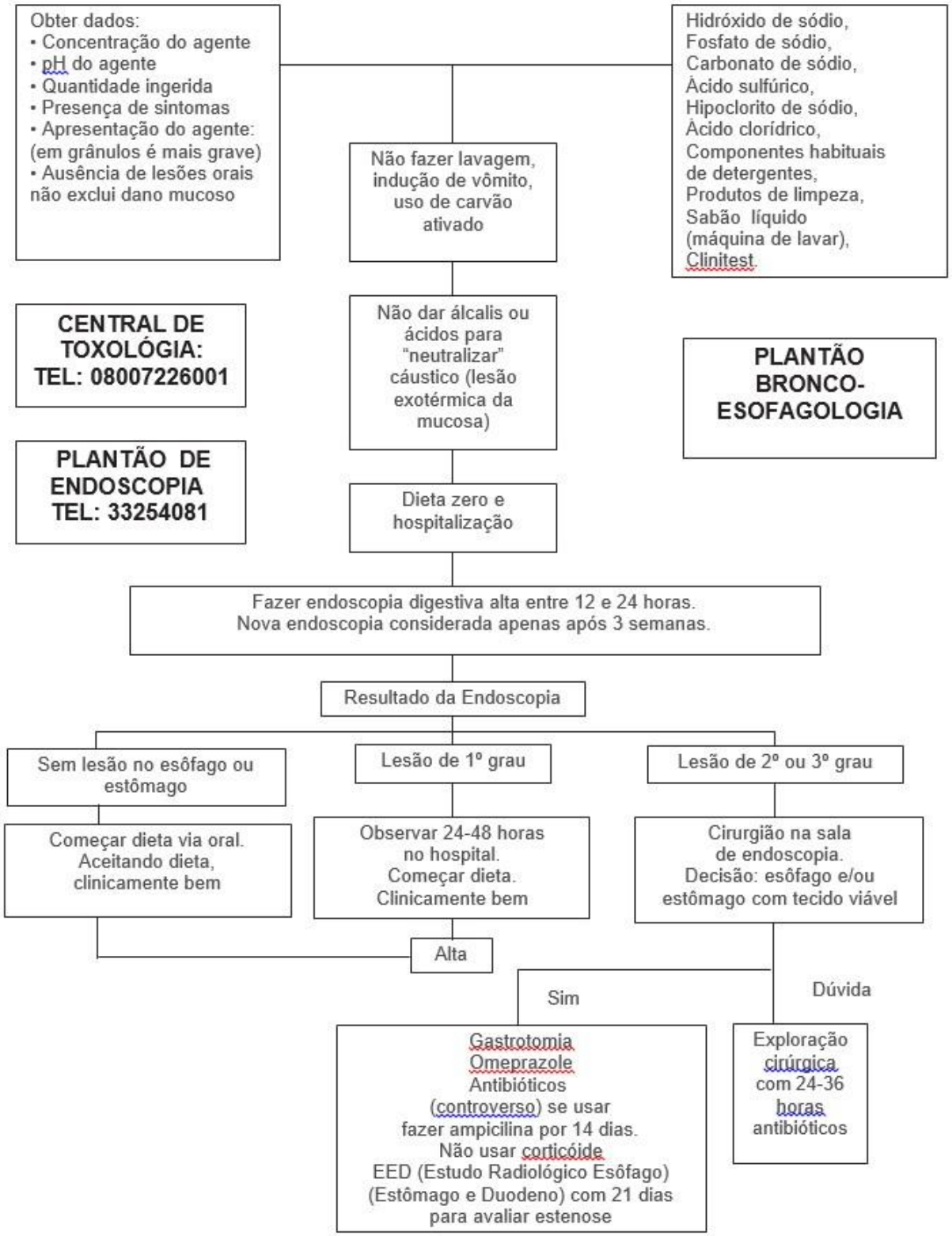
MELENA



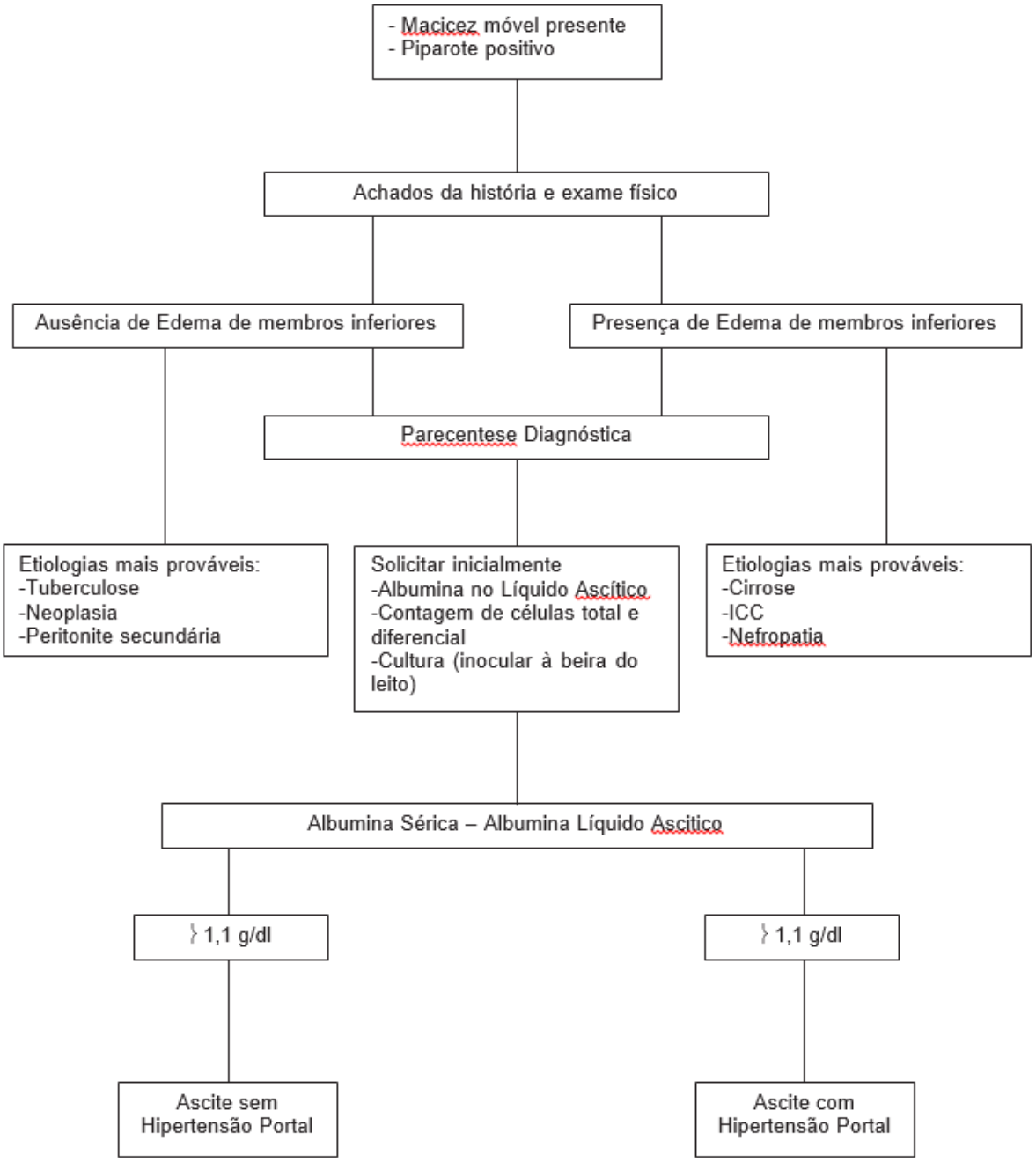
INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO



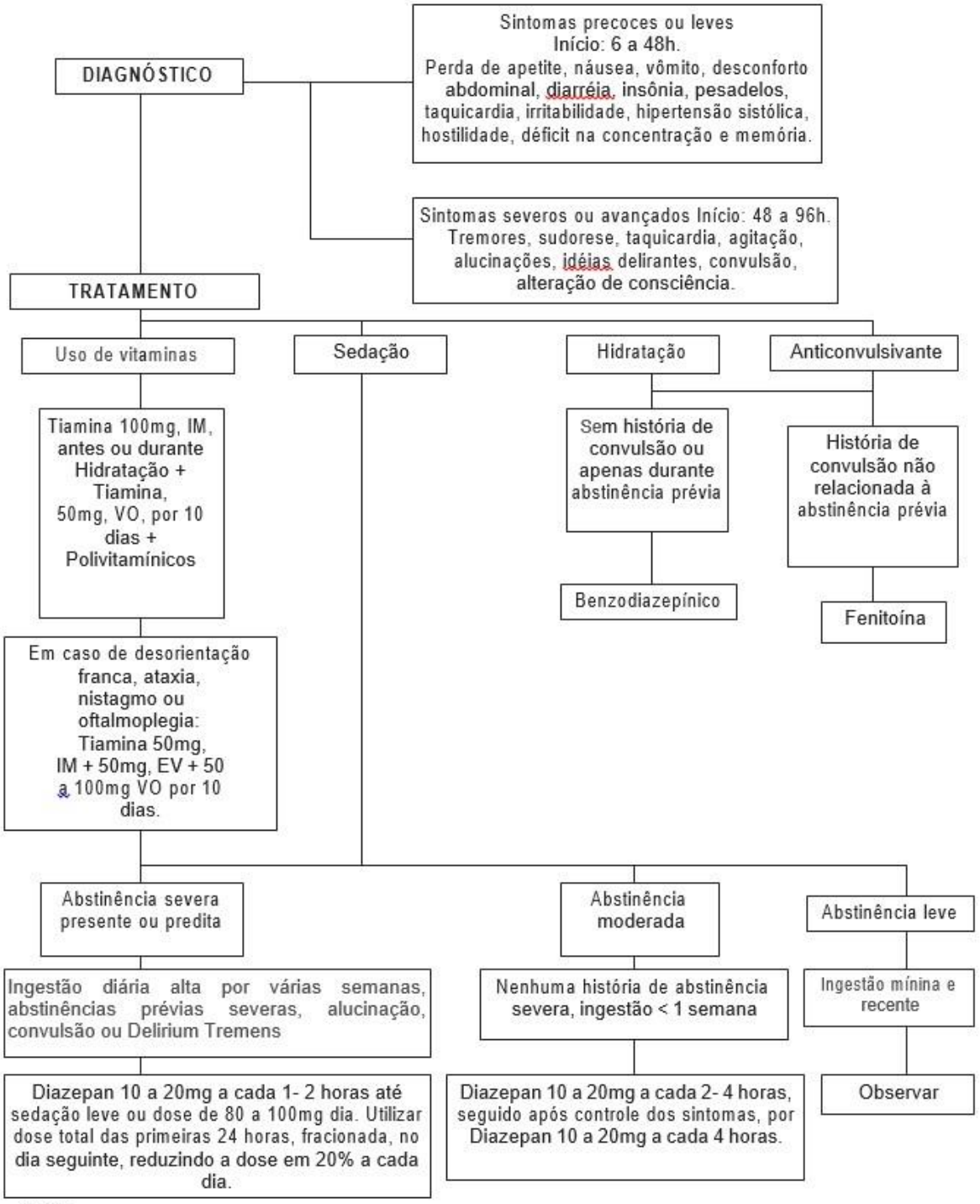
INGESTÃO DE CÁUSTICOS



ASCITE NO PRONTO-SOCORRO



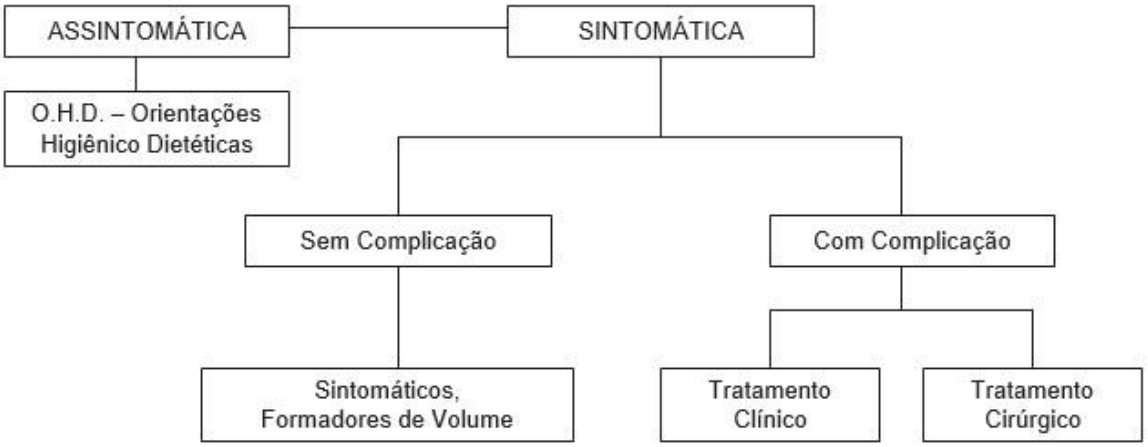
TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA



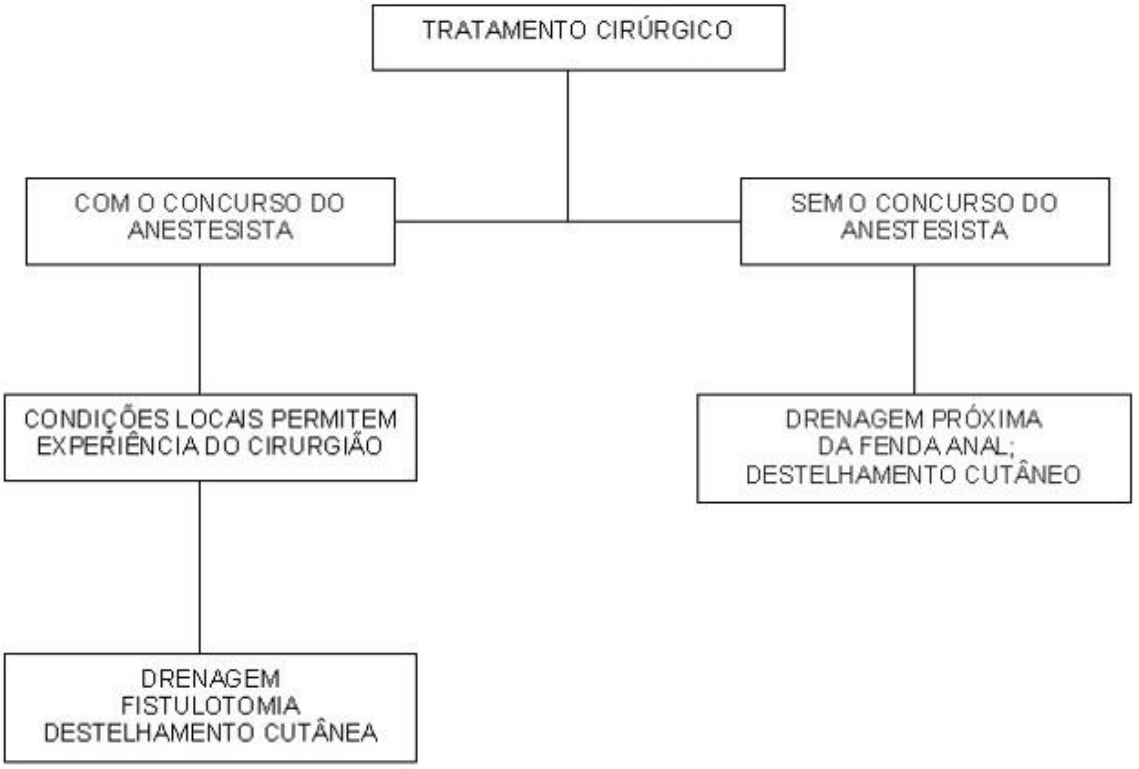
OBS.:

1. Lorazepan poderá ser usado no caso de cirrose, na dose de 02 a 04mg a cada 1-2 horas, até sedação leve;
2. Se houver reação adversa ao Benzodiazepínico, usar Fenobarbital como substituto (100-200mg a cada 1-2 horas, até sedação leve);
3. Observar a possibilidade de outra droga associada;
4. Se o paciente tem história de convulsão durante abstinência, reduzir o benzodizepínico de forma mais lenta.

DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS

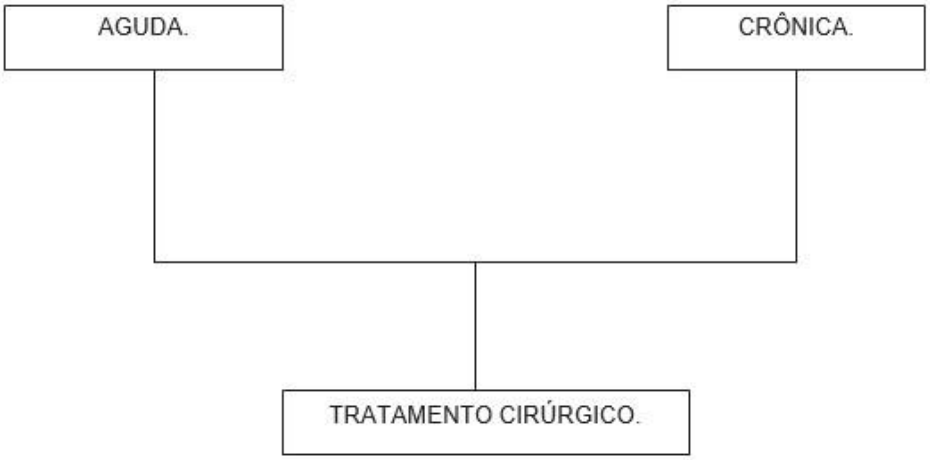


ABSCESSO ANORRETAL



* USO DO ANTIBIÓTICO:
    a) Manisfestações sistêmicas;
    b) Imunodeprimidos;
    c) Celulite associada.
* ANTIBIÓTICO DE 1ª LINHA.
ANTIBIÓTICO DE AMPLO ESPECTRO.

DOENÇA – PILONIDAL SACROCOCCIGEA

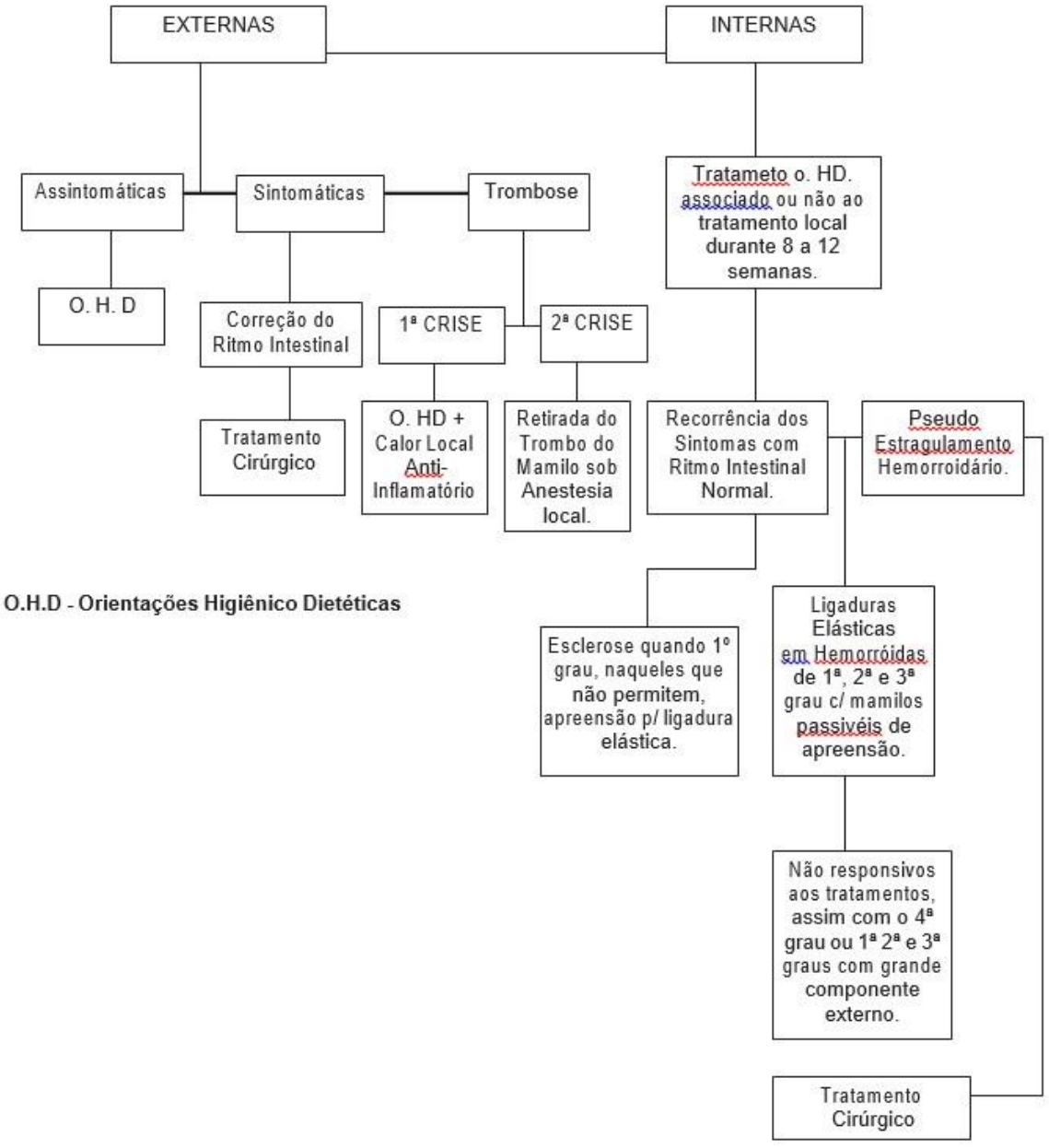


SUGESTÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO:
Incisão e Curetagem ou Marsupialização.
Anestesia – Local ou Bloqueio Raqui-Medular.

FISSURA ANAL IDIOPÁTICA

MANOMETRIA – Antes e após tratamento
MEDICAÇÃO TÓPICA – Evitar uso de corticóide
"ESFINCTEROTOMIA QUÍMICA" - Pode ser tentado.
EXERESE DE PLICOMA E DA PAPILA HIPERTRÓFICA - Depedem do tamanho e dos sintomas que apresentem.
Enviar material para estudo Histopatológico.
O.H.D. – orientações higiênico-dietéticas.

HEMORRÓIDAS

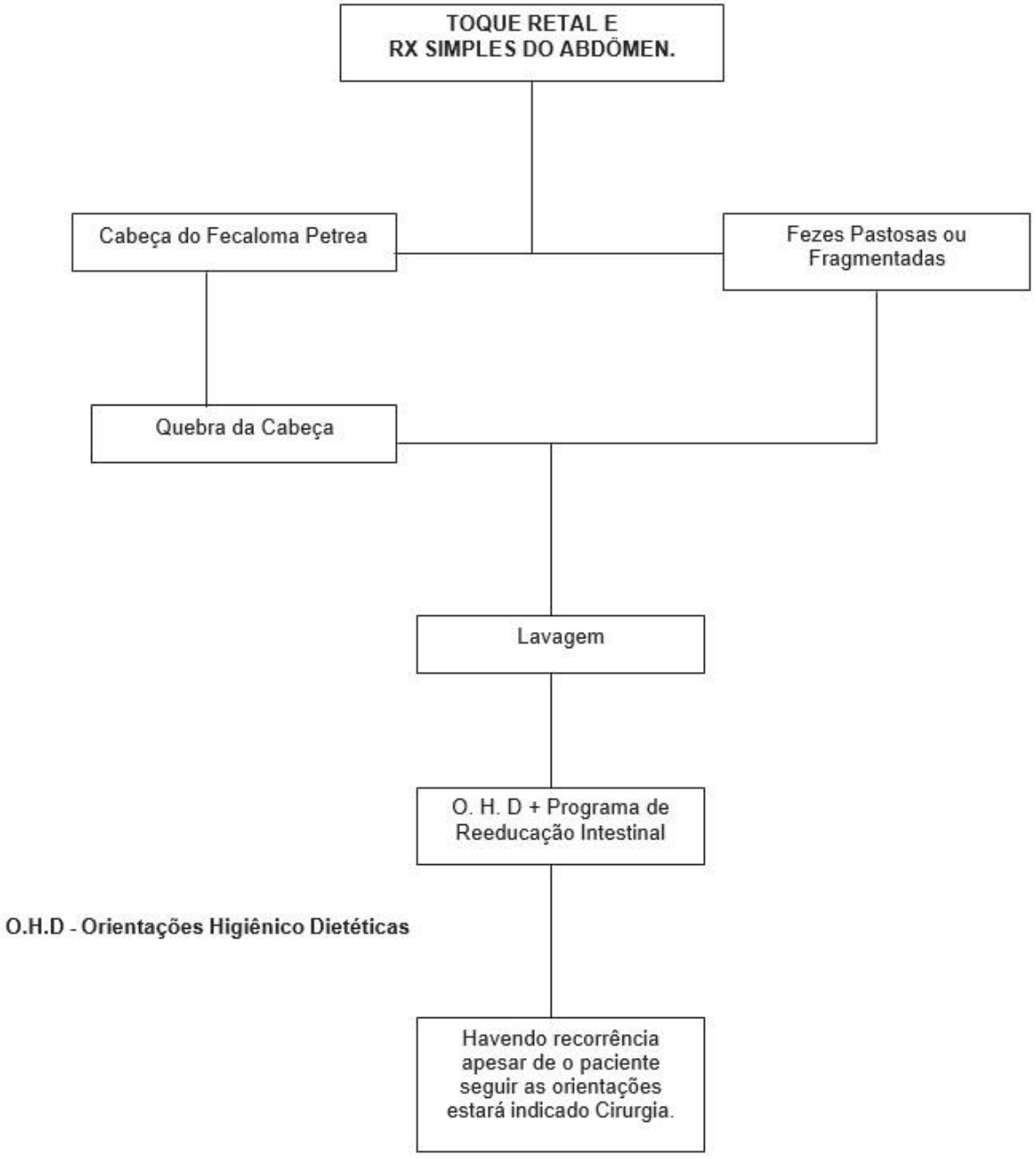


O.H.D - Orientações Higiênico Dietéticas

PROPOSTA CIRÚRGICA MILLIGAN - MORGAN

As peças cirúrgicas deverão de rotina ser estudadas histologicamente (mamilos).
Curativos semanais até cicatrização total das feridas.

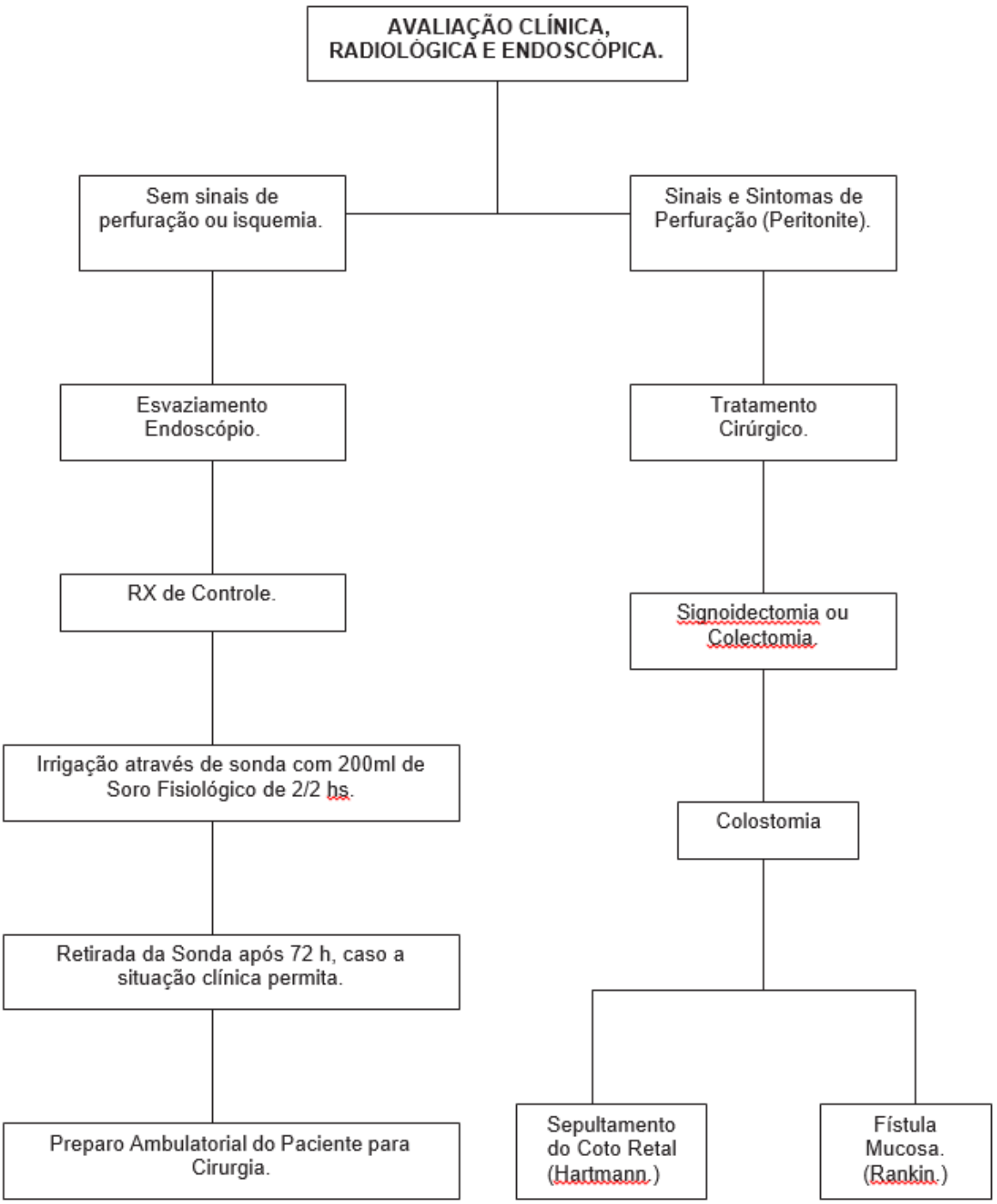
FECALOMA



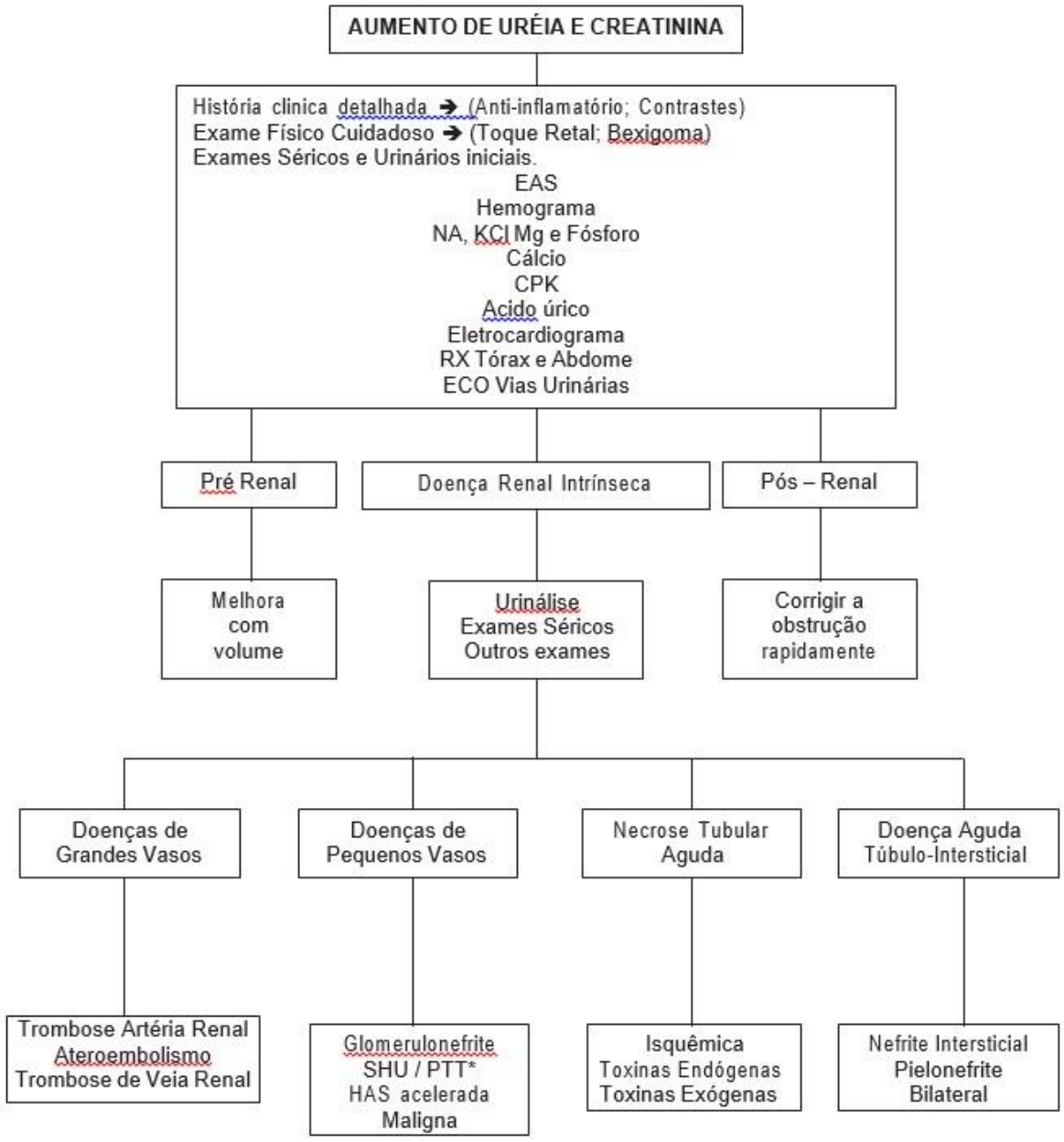
O.H.D - Orientações Higiênico Dietéticas

*** A Cirurgia séra aquela em que o serviço tenha maior experiência.**

VOLVO


AVALIAÇÃO CLÍNICA, RADIOLÓGICA E ENDOSCÓPICA.
Sem sinais de perfuração ou isquemia.
Sinais e Sintomas de Perfuração (Peritonite).
Esvaziamento Endoscópio.
Tratamento Cirúrgico.
RX de Controle.
Signoidectomia ou Colectomia.
Irrigação através de sonda com 200ml de Soro Fisiológico de 2/2 hs.
Colostomia
Retirada da Sonda após 72 h, caso a situação clínica permita.
Preparo Ambulatorial do Paciente para Cirurgia.
Sepultamento do Coto Retal (Hartmann.)
Fístula Mucosa. (Rankin.)

INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

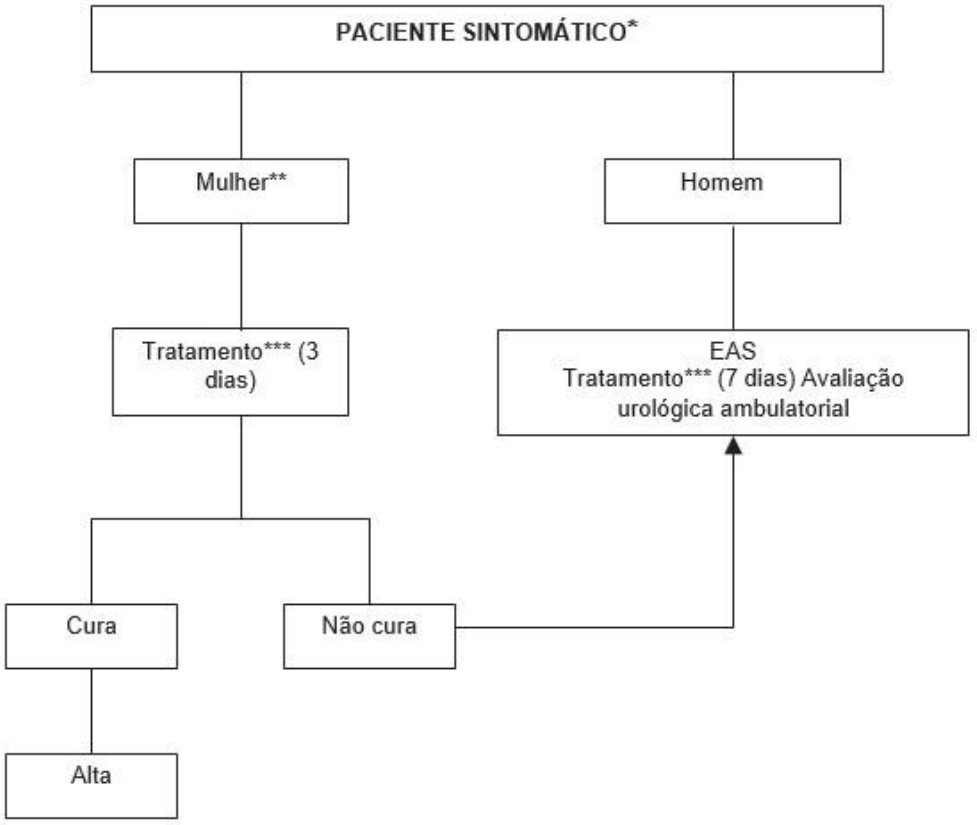


***SHU:** (Síndrome Hemolítico - Urêmica)
***PTT:** (Púrpura Trombocitopênica Trombótica)

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

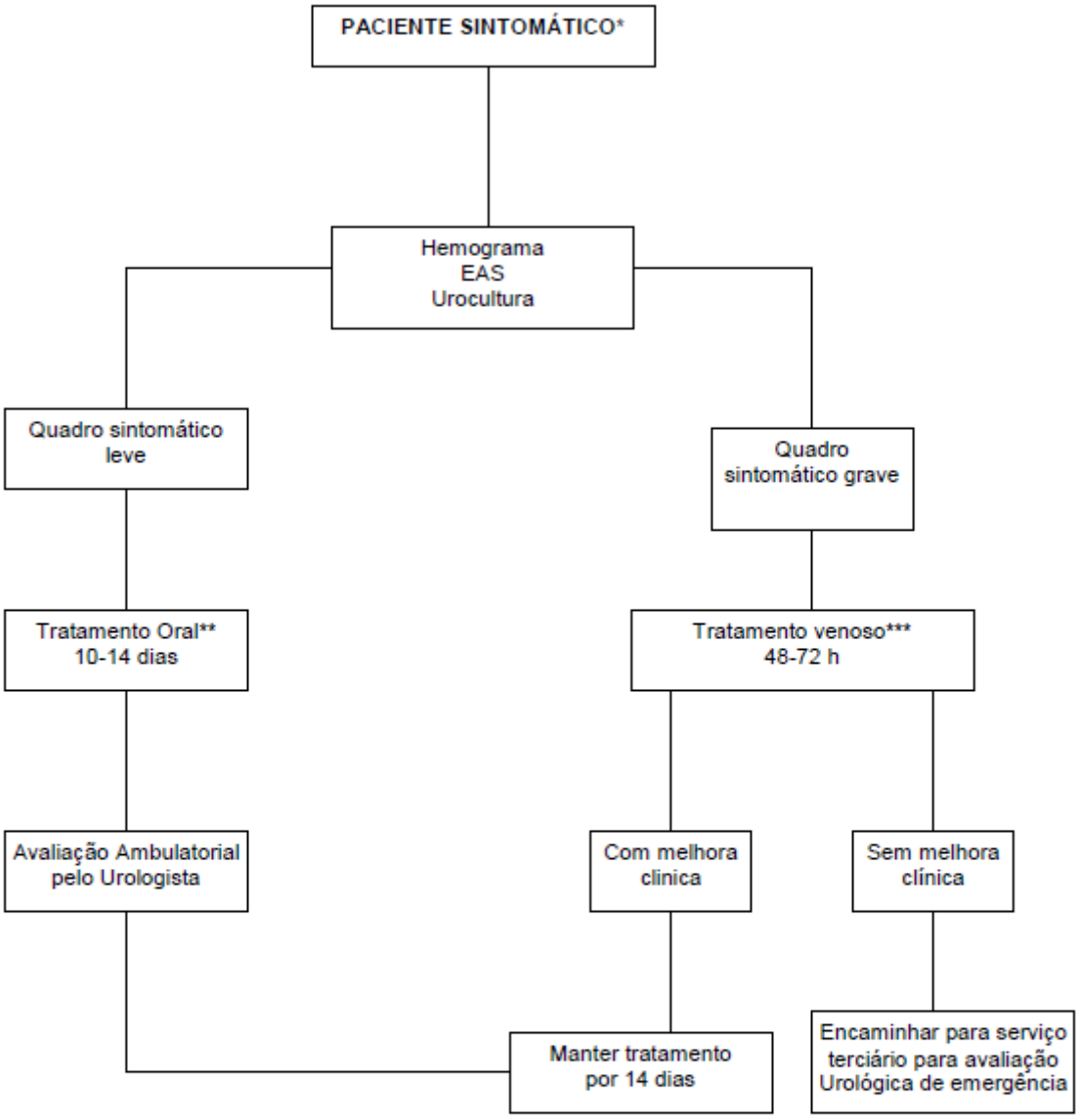
A infecção do trato urinário (ITU) é a infecção bacteriana mais comum no ser humano, ocorre em todas as faixas etárias, em ambos os sexos, sendo mais freqüente nas mulheres (10 a 20% delas apresentarão um episódio em suas vidas). A ITU pode se apresentar de duas formas: não-complicadas (sem alterações anatômicas ou doenças associadas sistêmicas) e complicadas (com o trato genitourinário anormal, seja de modo funcional ou estrutural). Além disso, dividem-se baixa e alta, sendo a primeira com quadro clinico de disúria, polaciúria, urgência miccional e dor suprapúbica, enquanto a segunda se caracteriza por dor no flanco, febre, náuseas, vômitos e punho percussão presente. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico acima descrito associado ao achado de urocultura positiva (mais de 100mil unidades formadoras de colônia – UFC – por ml)

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO BAIXO



* Sintomas:disuria. Polaciúria, urgência miccional e dor suprapúbica
**Em caso de mulheres gestantes, encaminhar para avaliação obstétrica imediata.
Em caso de recidiva solicitar exames (EAS, urocultura e antibiograma) e tratar conforme o Antibiograma. Após, encaminhar para avaliação urologia ambulatorial.
***Quinolomas, fluorquinolonas e sulfa - trimetroprim.
Em caso de pacientes idosos e/ou com co-morbidades (EX. diabetes, Imunossupressão)

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ALTO



* Sinais e sintomas: dor no flanco, febre > 38°C, náuseas/vômitos e punho percussão presente.
** Preferencialmente quinolona.
*** Ciprofloxacino, Ampicilina-sulbactan, Aminoglicosídeo, Cefalosporinas de 2ª ou 3ª geração e Imipenem+cilastatina.

CÓLICA URETERAL

Definição: sintoma urológico muito freqüente e expressa uma obstrução ureteral aguda de etiologia diversa. Tem sintomatologia típica e dificilmente é confundida com sintomatologia de outros órgãos.

O tratamento inicial é o controle da dor que pode ser iniciado da seguinte forma:

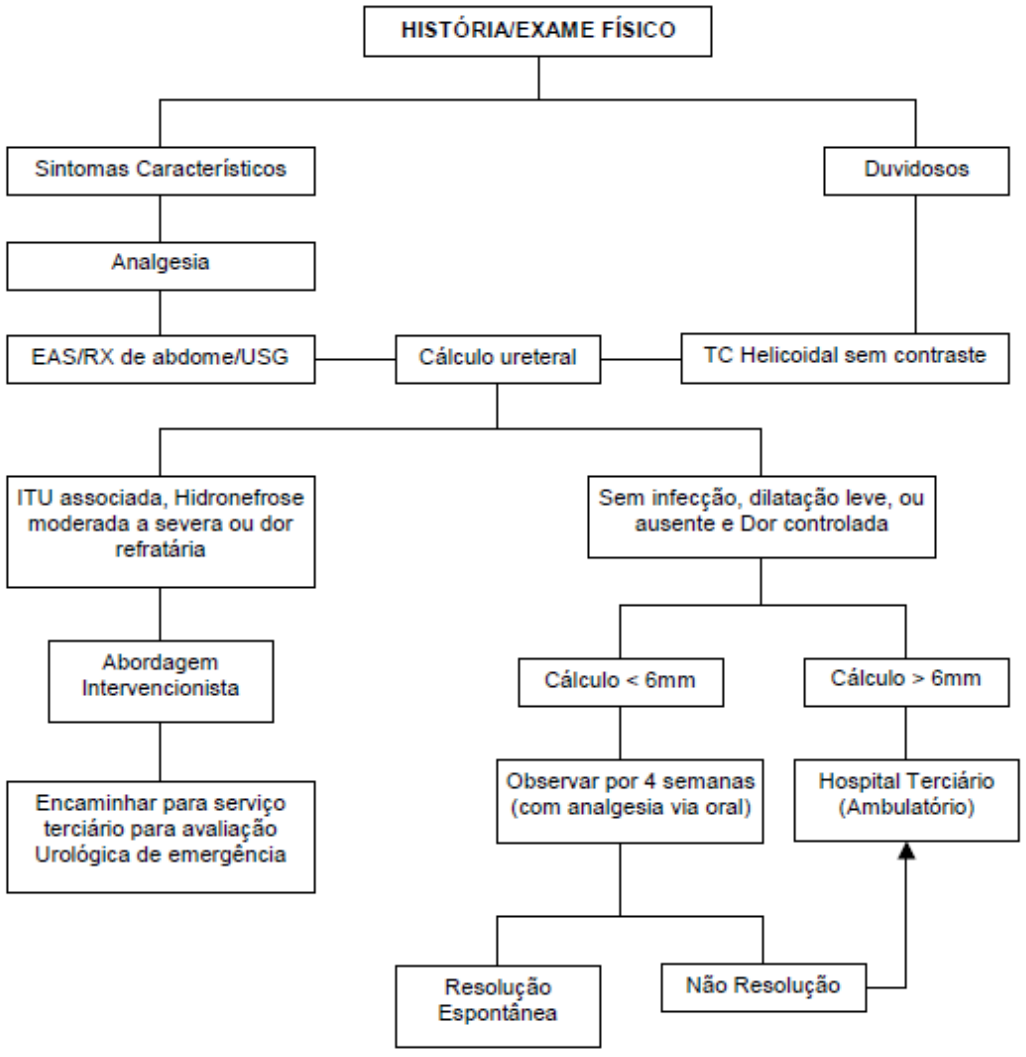
EV
- Dipirona 03 mL
- Hioscina 02 mL
- Água destilada 10 mL

IM - Diclofenaco sódico 75 mg

A metoclopramida pode ser adicionada a este esquema.

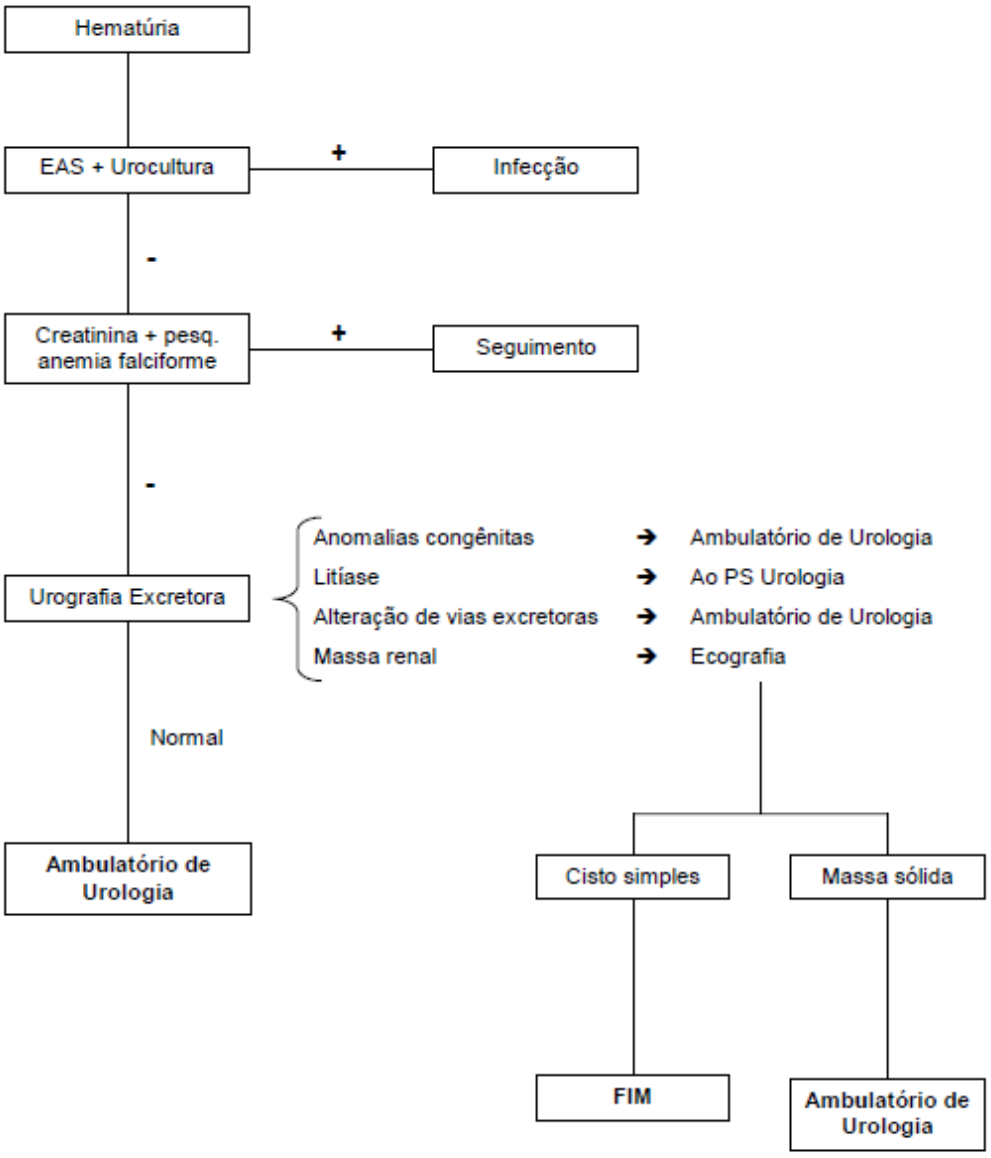
Quando não for conseguida resposta adequada deve ser associado opióide.

Nos casos de cálculos < 6 mm sem infecção ou dilatação, nos quais será tentado o tratamento conservador, pode ser prescrito hioscina associada à dipirona e um anti-inflamatório não esteróide por via oral.

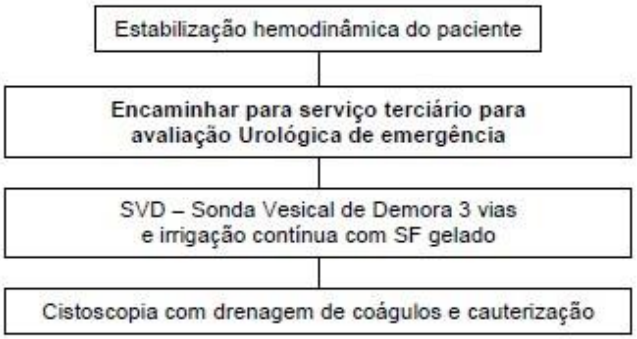


HEMATÚRIA

A hematúria pode representar a única manifestação de diversas doenças do TGU. Logo é um sinal clínico de grande significado. O objetivo da investigação é afastar o diagnóstico de afecções graves e potencialmente curáveis mediante intervenção precoce. Aproximadamente 5 a 20% das hematúrias microscópicas e assintomáticas ocorrem por doenças urológicas significantes e 13% são representados por neoplasias.

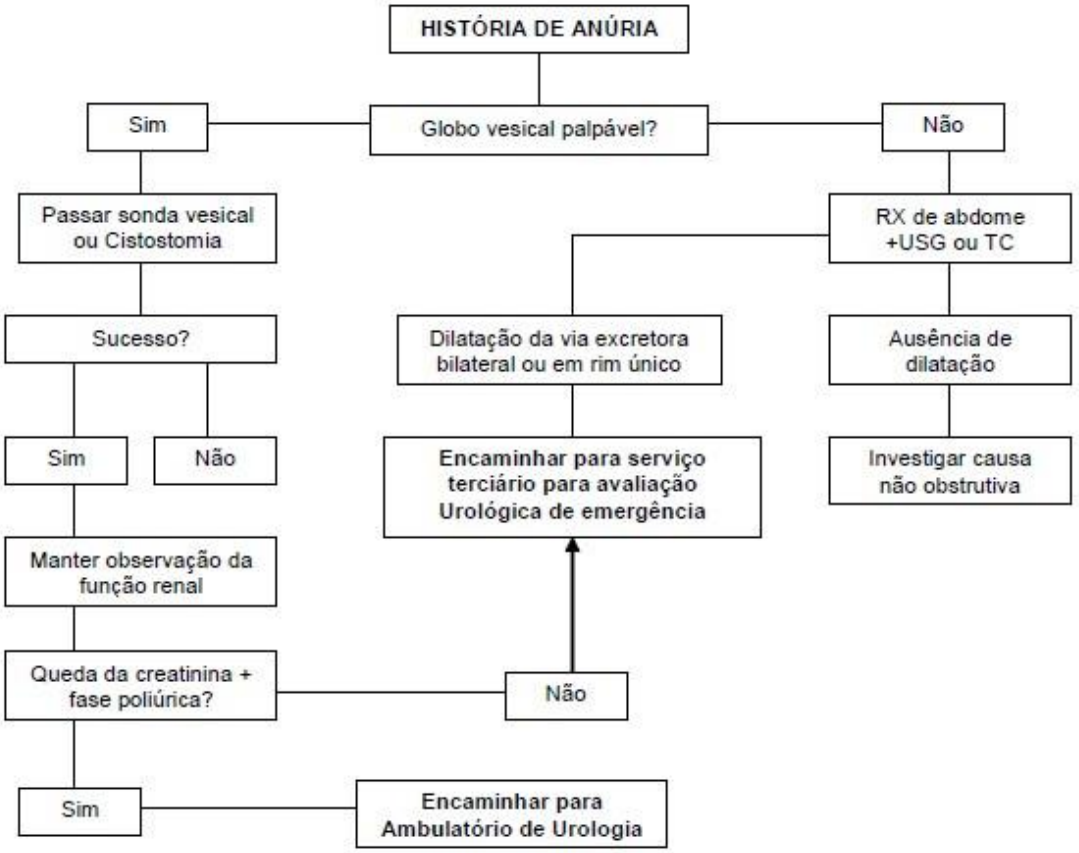


HEMATÚRIA MACIÇA



ANÚRIA OBSTRUTIVA

Estado de Insuficiência Renal Aguda com parada total ou quase total da diurese provocada por obstrução da via excretora. Pode estar associada à litíase renoureteral e vesical ou a obstrução infra-vesical, sendo a sua complicação mais grave. É portanto, uma emergência médico-cirúrgica, impondo a desobstrução rápida da via excretora. Na presença de anúria, se ao exame físico for constatado globo vesical palpável, a medida inicial é a passagem de sonda vesical de demora e, nos casos em que este procedimento não for conseguido, deve ser feita cistostomia supra-púbica por punção com trocáter. Na ausência de globo vesical palpável devem ser feitos exames de imagem para diagnosticar o local de obstrução. Na presença de dilatação da via excretora o paciente deve ser submetido a intervenção cirúrgica o mais precoce possível. É importante ressaltar que sempre devem ser feitos exames complementares para avaliar a função renal e diagnosticar emergência dialítica.



RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA

É definida como a incapacidade miccional associada à sintomatologia dolorosa suprapúbica irradiada, ou não, para a região periuretral. Os pacientes se apresentam ansiosos com o quadro de dor intensa podendo ser notado o abaulamento suprapúbico ("bexigoma"). O tratamento consiste em drenagem da urina retida, por cateterismo uretral ou por cistostomia.

Algumas medidas importantes não podem ser esquecidas:

O cateterismo vesical deverá ser tentado após a introdução cuidadosa de 15 a 20ml de xilocaina 2% geléia na uretra do paciente.

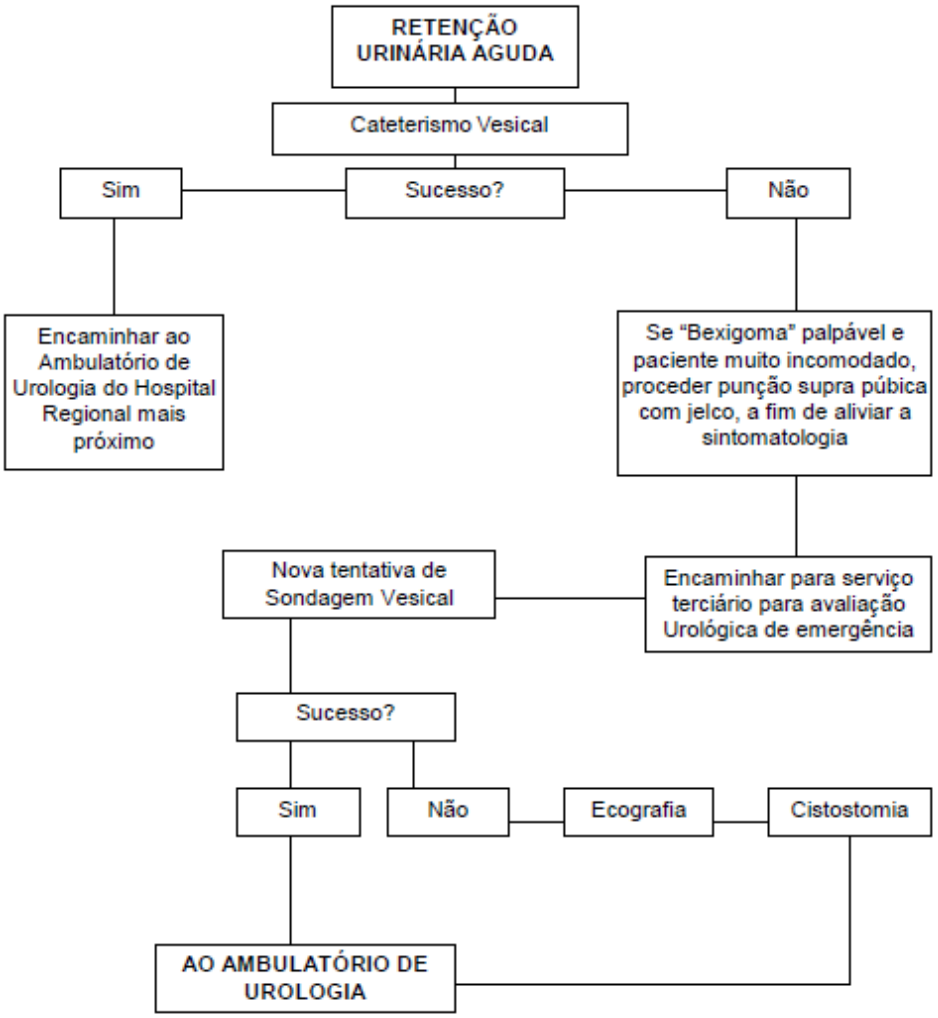
A passagem do cateter deverá ser efetuada sem resistência.

A insuflação do balão só deverá ser feita após a saída de urina através do cateter, confirmando a sua posição intravesical, a fim de evitar lesões uretrais iatrogênicas.

A drenagem da urina deverá ser lenta, de modo a evitar o sangramento agudo da mucosa cervical (hemorragia ex vácuo).

Solicitar hemograma, uréia, creatinina, EAS, urocultura, US de vias urinárias. (Caso seja homem maior de 45 anos, solicitar US prostática e PSA).

Os pacientes em uso de sonda devem tê-las trocadas a cada 15-20 dias em postos de saúde até definição de conduta ambulatorial por urologista.



PRIAPISMO

É definido como uma ereção peniana prolongada e persistente, frequentemente dolorosa, desencadeada ou não por estímulo sexual. Pode ser classificado como de baixo (venoclusivo) ou alto fluxo (arterial).

Priapismo de baixo fluxo:

É o tipo mais comum.

Múltiplas causas.

Caracterizado pela diminuição do retorno venoso, estase vascular, determinando a hipóxia tecidual e acidose.

Geralmente é doloroso em razão da isquemia tecidual.

As causas mais comuns são: vasodilatadores intracavernosos, alterações hematológicas como anemia falciforme e leucemia, psicofármacos e idiopáticos.

Priapismo de alto fluxo:

Caracteriza-se pelo aumento de fluxo arterial com retorno venoso normal.

Geralmente é indolor.

Na maioria das vezes é causado por trauma perineal ou peniano.

O estudo metabólico é realizado por meio de gasometria cavernosa associada a pressão parcial de O_2, que abaixo de 40mmHg é indicativo de priapismo de baixo fluxo, enquanto valores acima de 80mmHg sugerem priapismo de alto fluxo.

O objetivo do tratamento do priapismo é obter a detumescência com o máximo de rapidez para prevenir danos permanentes ao tecido, assim como o alívio efetivo da dor.

Observação: Todo paciente tratado por priapismo deve ser orientado sobre os riscos de evoluir para disfunção erétil.

Tratamento:

A primeira conduta é aspiração dos corpos cavernosos, avaliando a gasometria sanguínea.

Caso não se tenha gasometria, não deve injetar agonistas á-adrenérgicos.

No caso de priapismo de alto fluxo, o diagnóstico deverá ser confirmado por doppler peniano ou arteriografia seletiva, pois geralmente ocorre resolução espontânea, caso contrário, o paciente deverá ser submetido a embolização arterial.

TODOS PACIENTES COM ESSA PATOLOGIA DEVEM SER ENCAMINHADOS PARA SERVIÇO TERCIÁRIO PARA AVALIAÇÃO UROLÓGICA DE EMERGÊNCIA

PARAFIMOSE

É caracterizada por dor, edema e congestão vascular da glande, resultante da retração do prepúcio com anel estenótico para trás da glande. Pode ser iatrogênica (principalmente durante sondagem vesical, pelo fato de não voltar o prepúcio para sua posição habitual); manipulação do pênis pelas crianças e adolescentes ou durante atividade sexual.

O exame físico do paciente é suficiente para o diagnóstico. O tratamento consiste na redução manual e, se não houver sucesso, manobras invasivas.

MANOBRAS NÃO INVASIVAS

Período precoce (poucas horas de evolução, pouco edema, sem necrose de glande): redução manual da glande através do anel estenótico com auxilio de gel lubrificante, exercendo uma pressão firme sobre a glande, como polegar, enquanto se traciona o prepúcio com os outros dedos em forma de pinça.
Sucesso: Alta hospitalar com analgesia e encaminhar para avaliação ambulatorial com urologista.
Insucesso: Encaminhar para serviço terciário para avaliação urológica de emergência

Período precoce (apresentando edema importante, mas sem necrose de glande): tentar manobras para reduzir edema antes da redução manual (como foi descrito anteriormente).
Manobras para reduzir edema: comprimir de maneira firme e suave a área edemaciada e utilizar gelo sobre a área edemaciada.
Sucesso: Alta hospitalar com analgesia e encaminhar para avaliação ambulatorial com urologista.
Insucesso: Encaminhar para serviço terciário para avaliação urológica de emergência

MANOBRAS INVASIVAS

Período Tardio (paciente com varias horas de evolução, edema prepucial importante, presença de necrose de prepúcio e glande): **Sempre encaminhar para serviço terciário para avaliação urológica de emergência.**
Manobras invasivas para redução de parafimose: Procedimentos devem ser realizados sob anestesia local.
Manobra 01: utilização de agulha e realizar múltiplas perfurações em área edemaciada no intuito de drenar o liquido intersticial e reduzir o edema para facilitar a redução manual.
Manobra 02: em falha da manobra 01, realizar incisão do anel estenótico, na região dorsal do pênis após infiltração anestésica local. Deve-se incisar a pele no sentido longitudinal e suturar no sentido transversal, ampliando a área de estenose do prepúcio.
Manobra 03: em casos de sofrimento vascular da glande, avaliar individualmente cada caso, sendo necessário levar ao centro cirúrgico para realização de postectomia e desbridamento de tecidos necróticos.
Alta hospitalar em uso de AINE e antibiótico oral, retorno ambulatorial para seguimento do caso.

ESCROTO AGUDO

Dor testicular aguda ou escroto agudo corresponde a 0,5% dos atendimentos de urgência. Compreende diferentes afecções dos componentes escrotais com quadros clínicos peculiares, por vezes de difícil diferenciação que demandam terapêutica individualizada, algumas no âmbito emergencial. Diagnóstico Diferencial: orquiepididimite aguda, abscesso testicular, torção do cordão espermático ou apêndices intra-escrotais e outras.

Torção testicular: principal causa de dor escrotal aguda na infância (25 a 30%) e na adolescência (60%), com mediana de idade 14-15 anos. Apresenta-se como dor testicular unilateral, início abrupto, geralmente com sinais flogísticos locais, naúseas e vômitos. Ao exame físico o testículo pode adquirir posição horizontalizada, com epidídimo em sua face anterior. O reflexo cremastérico está ausente. A terapêutica não deve ser postergada sob o risco de perda deste testículo (geralmente em 4-6 horas).

DOR TESTICULAR AGUDA UNILATERAL

↓

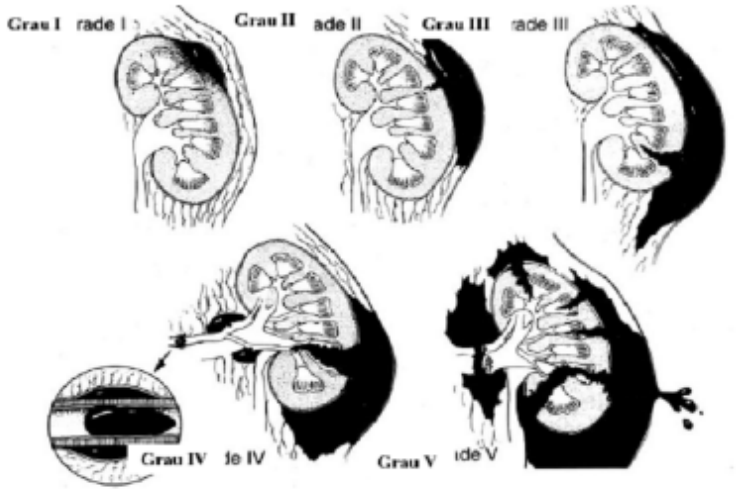
Encaminhar para serviço terciário para avaliação urológica de emergência

TRAUMA RENAL I

Durante a avaliação do politraumatizado (ATLS), deve-se suspeitar de lesão renal na presença de hematúria, escoriações ou hematoma em região lombar ou flanco, fratura dos últimos arcos costais ou das primeiras vértebras lombares. Sua etiologia envolve traumas contusos e penetrantes, além de traumas que envolvem mecanismos de desaceleração brusca.

O exame padrão ouro para avaliar e classificar o trauma renal é a tomografia computadorizada de abdome (sem e com contraste iodado: 1ml/kg), podendo-se realizar também a urografia excretora (UGE) ou ultrassonografia, na impossibilidade de realização da TC ou a depender do estado hemodinâmico do paciente.

Pode-se ainda realizar um único filme da UGE com 10 minutos ("one shot") utilizando 2 ml/kg de contraste iodado EV em bolus, no centro cirúrgico, no pré ou no transoperatório. Sempre que possível, deve-se classificar o grau da lesão renal para conduta e seguimento.



Grau I – Contusão simples; hematoma subcapsular sem expansão, sem laceração do perênquima

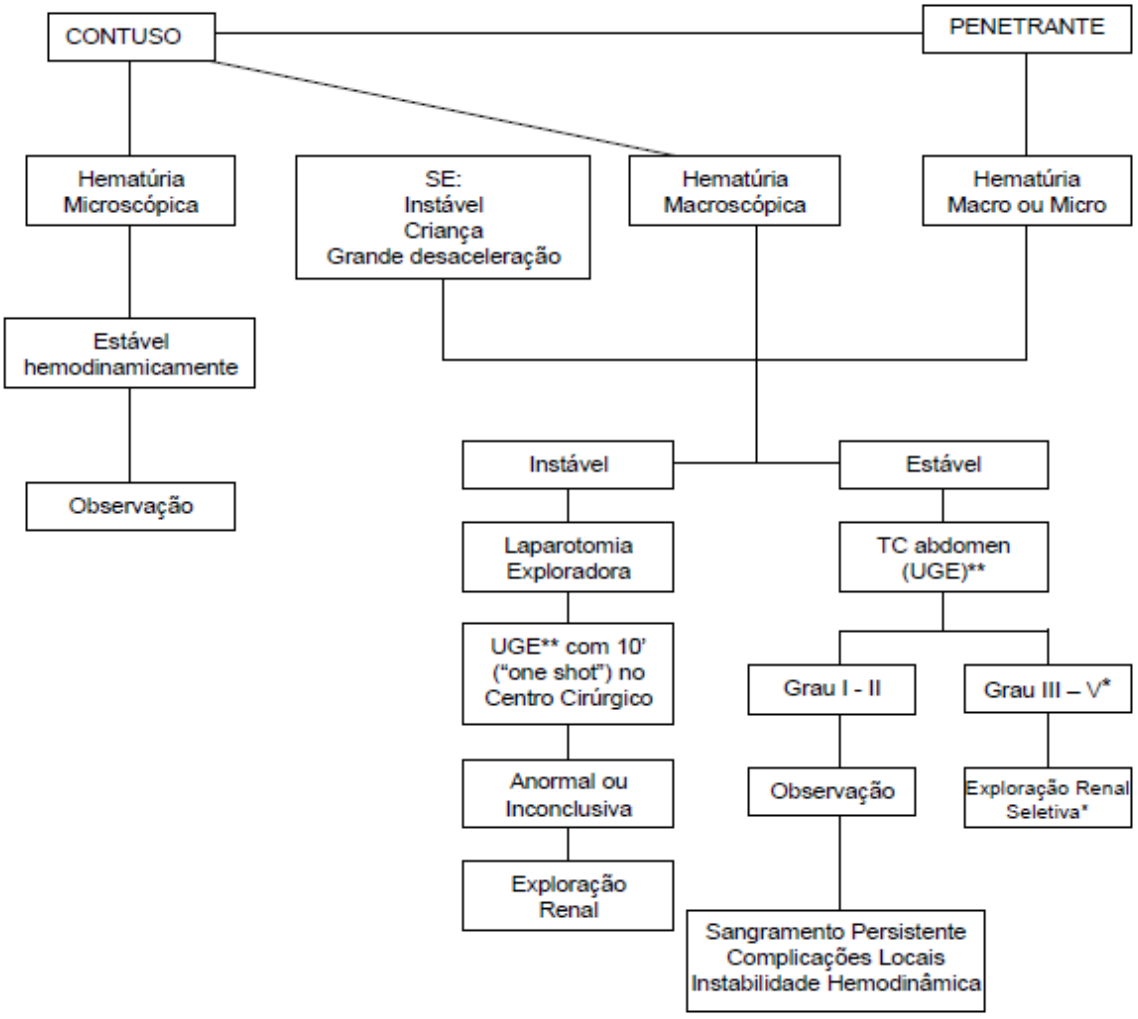
Grau II – Hematoma peri-renal estável, confinado ao retroperitôneo; lesão do parênquima < 1 cm sem lesão do sistema coletor

Grau III – Lesão do parênquima > 1 cm, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de urina.

Grau IV – Laceração de córtex, medula e sistema coletor. Laceração vascular de artéria ou veia renal, com hemorragia controlada (trauma de desaceleração, geralmente apresentado como não captação renal de contraste e hematoma local)

Grau V – Laceração com rim fragmentado / lesão cominutiva. Avulsão parcial ou total do pedículo renal

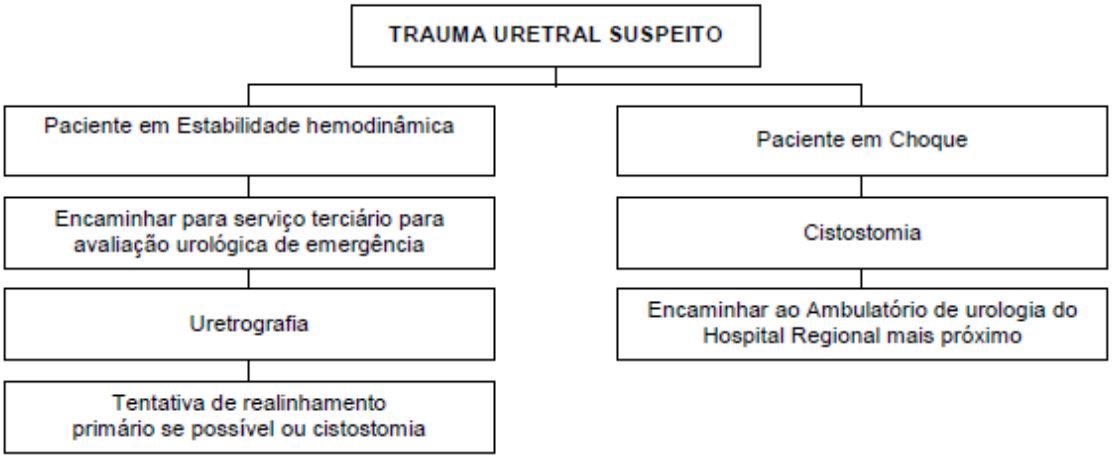
TRAUMA RENAL II



* **Encaminhar para serviço terciário para avaliação urológica de emergência**
** **UGE – Urografia Excretora**

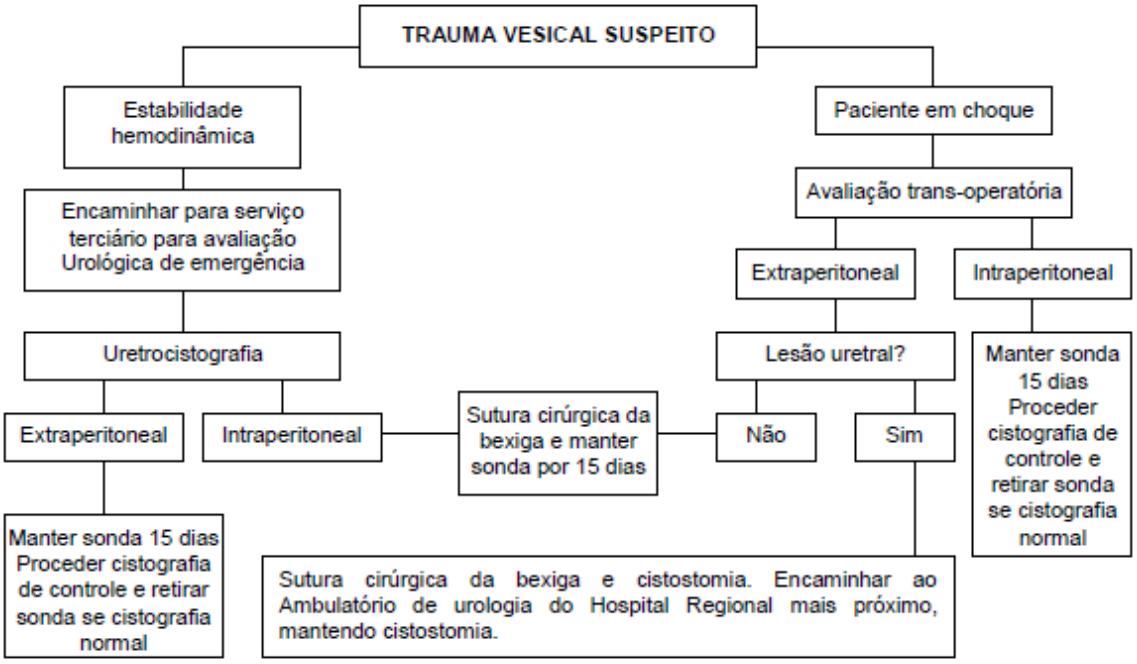
TRAUMA URETRAL

Representado por sangramento no meato uretral geralmente após trauma pélvico, queda a cavaleiro ou por lesão iatrogênica durante tentativa de sondagem vesical. Nunca tentar sondagem uretral em caso de suspeita de lesão uretral.



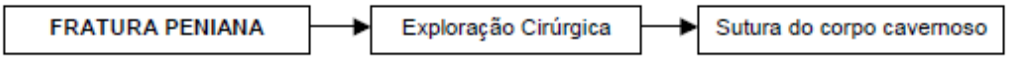
TRAUMA VESICAL

Ruptura Traumática da Bexiga.
Pode ser decorrente de trauma abdominal contuso ou penetrante, bem como pode ser por lesão iatrogênica.



FRATURA PENIANA

Representado por dor e estalo no pênis, geralmente durante intercurso sexual, seguido de detumescência peniana e hematoma peniano. **Todos** os casos deverão ser encaminhados para serviço terciário para avaliação urológica de emergência.



TRAUMA GENITAL

O trauma genital é classificado em traumas contuso e penetrantes. Podem ser isolados ou associados ao politrauma. Os paciente politraumatizado deve receber atendimento conforme o protocolo do ATLS, sendo que as lesões genitais começam a ser indentificada na fase C, do ABCDE do trauma com o controle de sangramento e posterior tratamento definitivo.

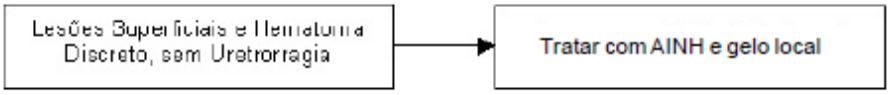
AGENTES CAUSADORES:

ACIDENTES	Automobilístico; Esportivos; Animais
ESFERA SEXUAL	Masturbação; Intercurso Sexual; Prática Bizarra
CRIMINOSOS	Ferimentos por arma de fogo; Ferimentos por arma branca; Automutilações ou mutilações

TRAUMA DE PÊNIS

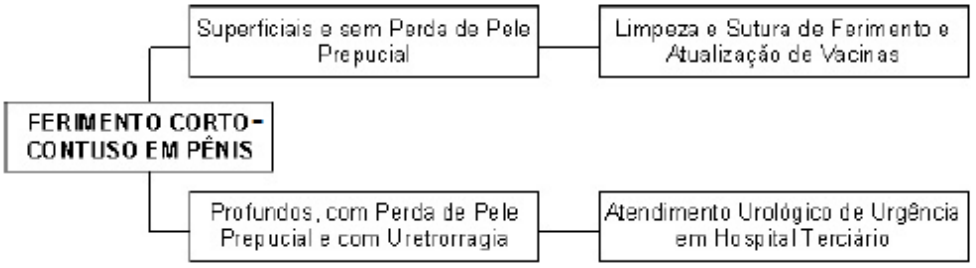
Devem ser conduzidos conforme cronogramas abaixo:

CONTUSÃO PENIANA LEVE

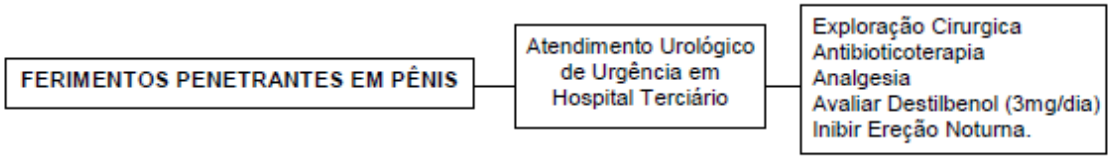


CONTUSÃO PENIANA GRAVE E FRATURA DE PÊNIS.

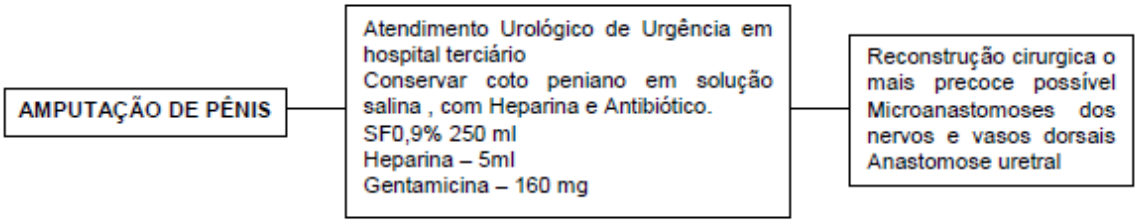
FERIMENTOS CORTANTES EM PÊNIS



FERIMENTOS PENETRANTES DE PÊNIS

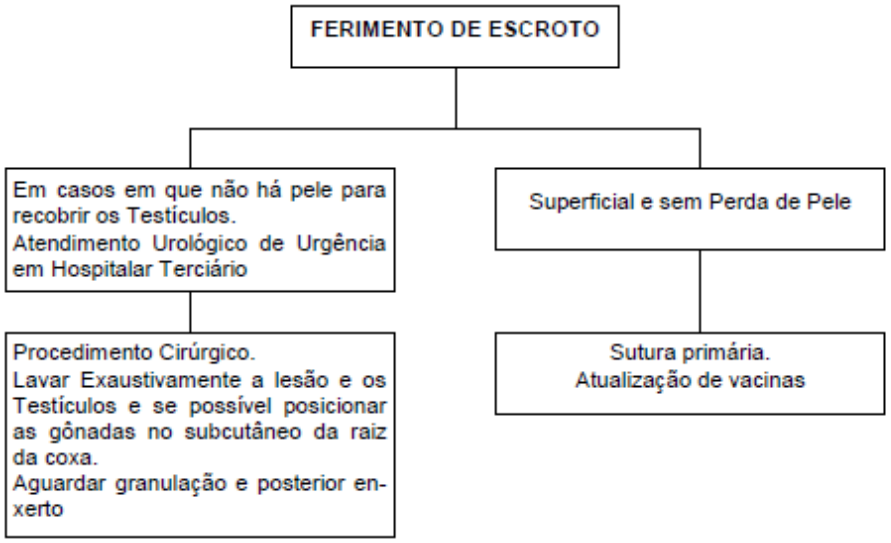


AMPUTAÇÃO DE PÊNIS



TRAUMA DE ESCROTO

O Escroto tem grande elasticidade, sendo que, na maioria das vezes as lesões podem ser corrigidas com sutura primária.



TRAUMA DE TESTÍCULO

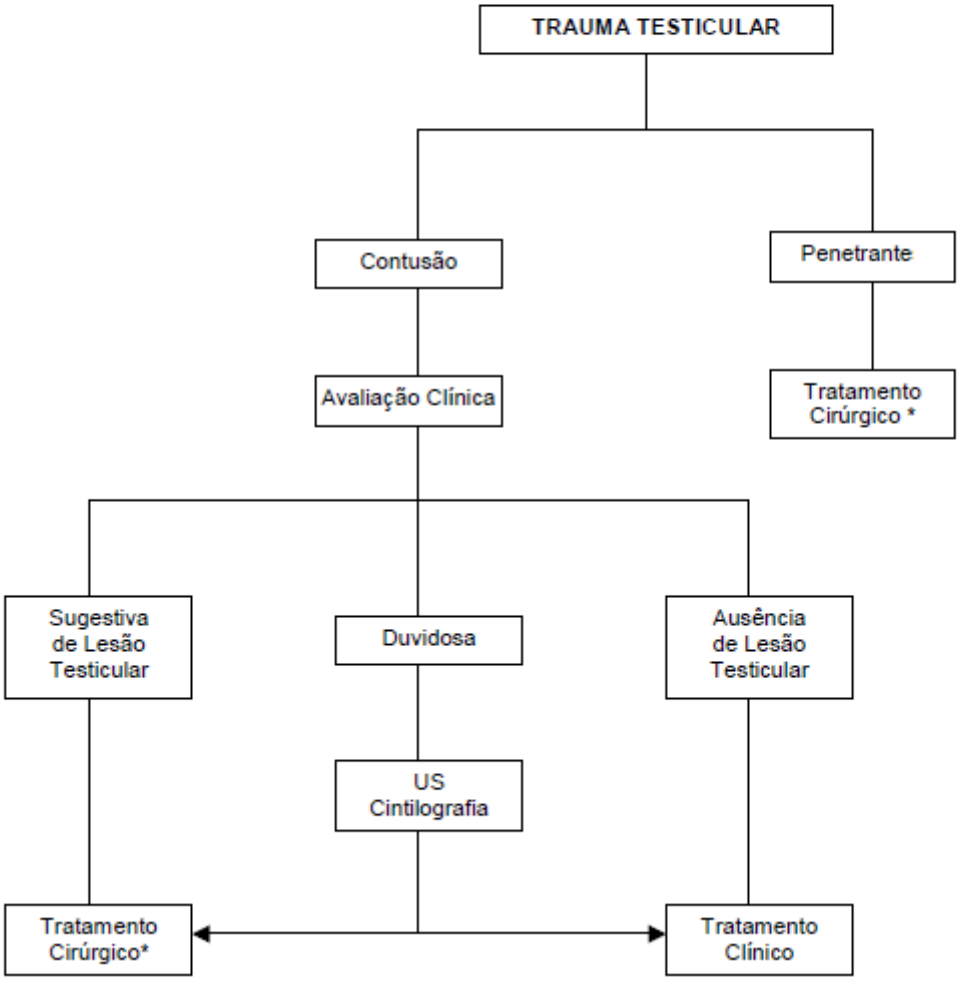
O trauma testicular se divide em fechados e penetrantes.

O diagnóstico e conduta terapêutica devem se basear principalmente na história e achados do exame físico.

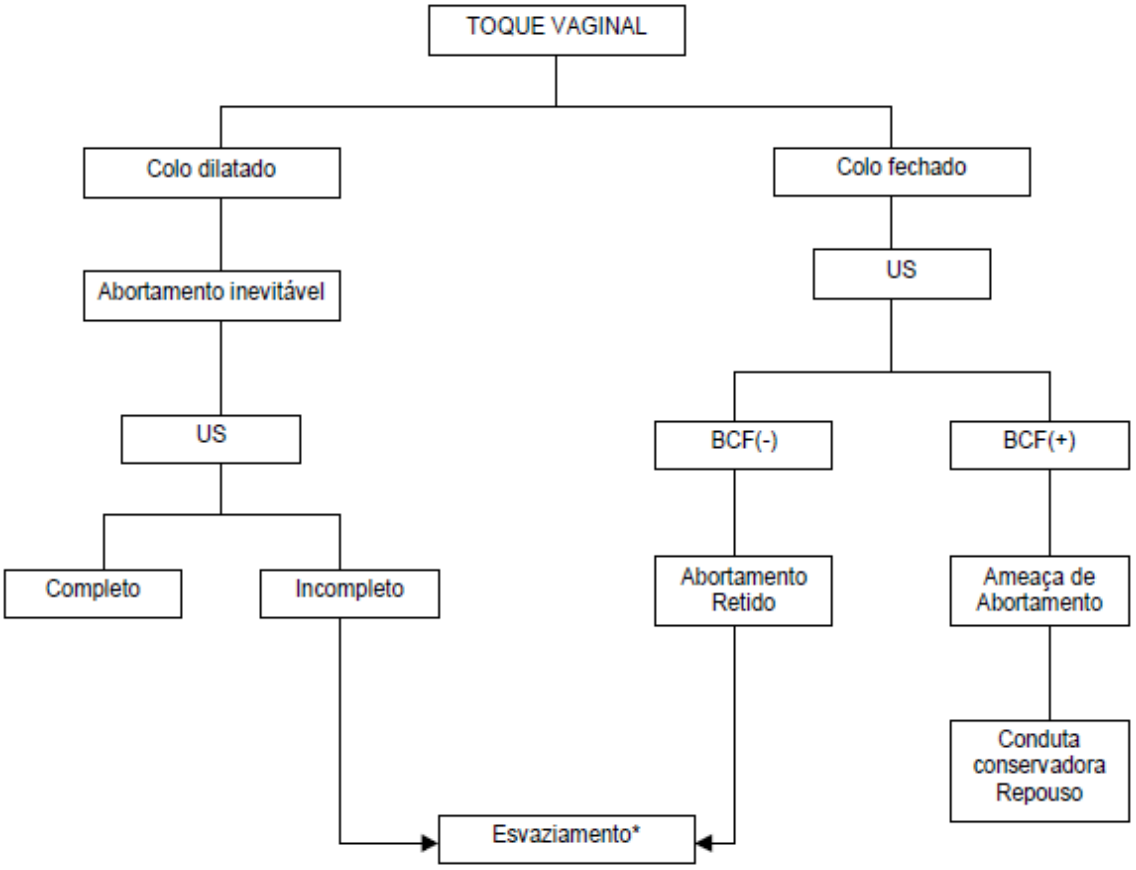
O método de imagem de escolha no trauma testicular é a Econografia.

O tratamento conservador deve ser realizado com analgésicos, AINH, compressa de Gelo e suspensório escrotal.

O tratamento cirúrgico se dá pela exploração escrotal, com drenagem do hematoma e hematocele, lavagem abundante, debridamento do tecido e túbulos seminíferos necróticos, síntese da albugínea com sutura absorvível, dreno de Penrose por 24 a 36 horas e antibiótico de largo espectro por 7 dias.



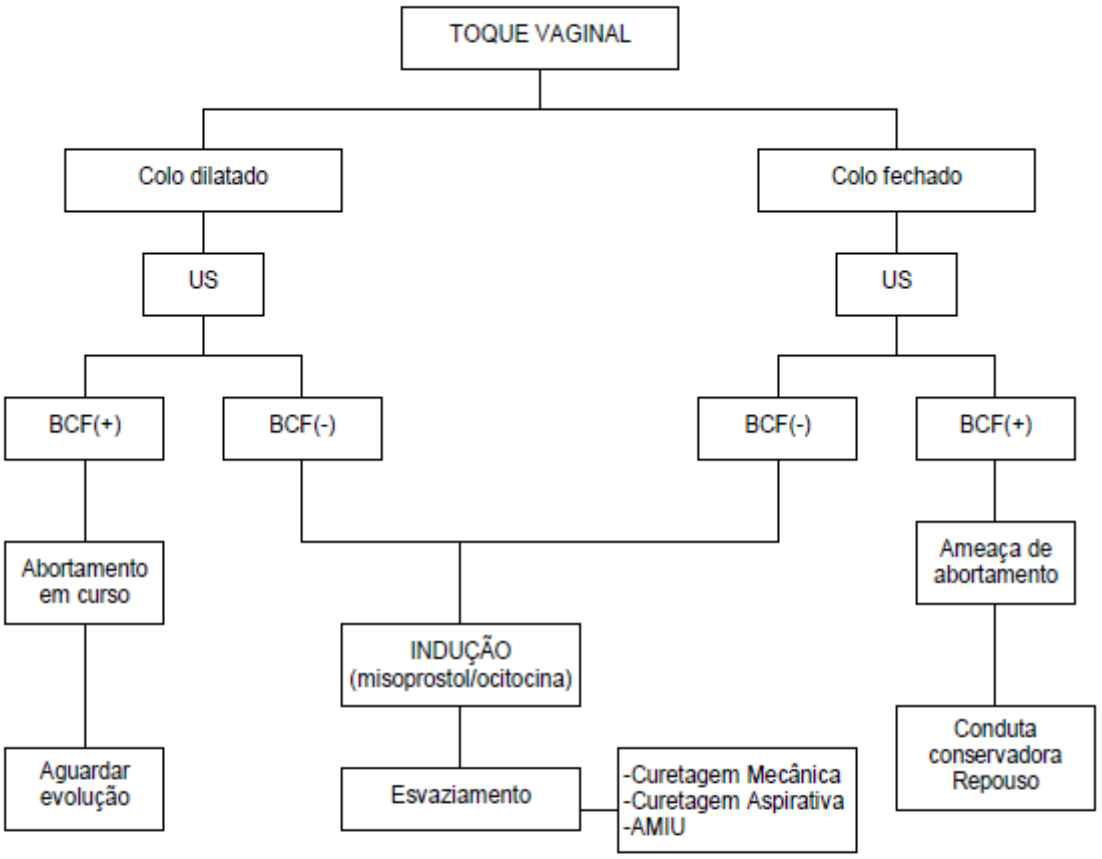
CONDUTA NO ABORTAMENTO PRECOCE
DADOS CLÍNICOS



Nos casos em que a mulher for Rh(-), é mandatória a utilização de imunoglobina Anti-D.

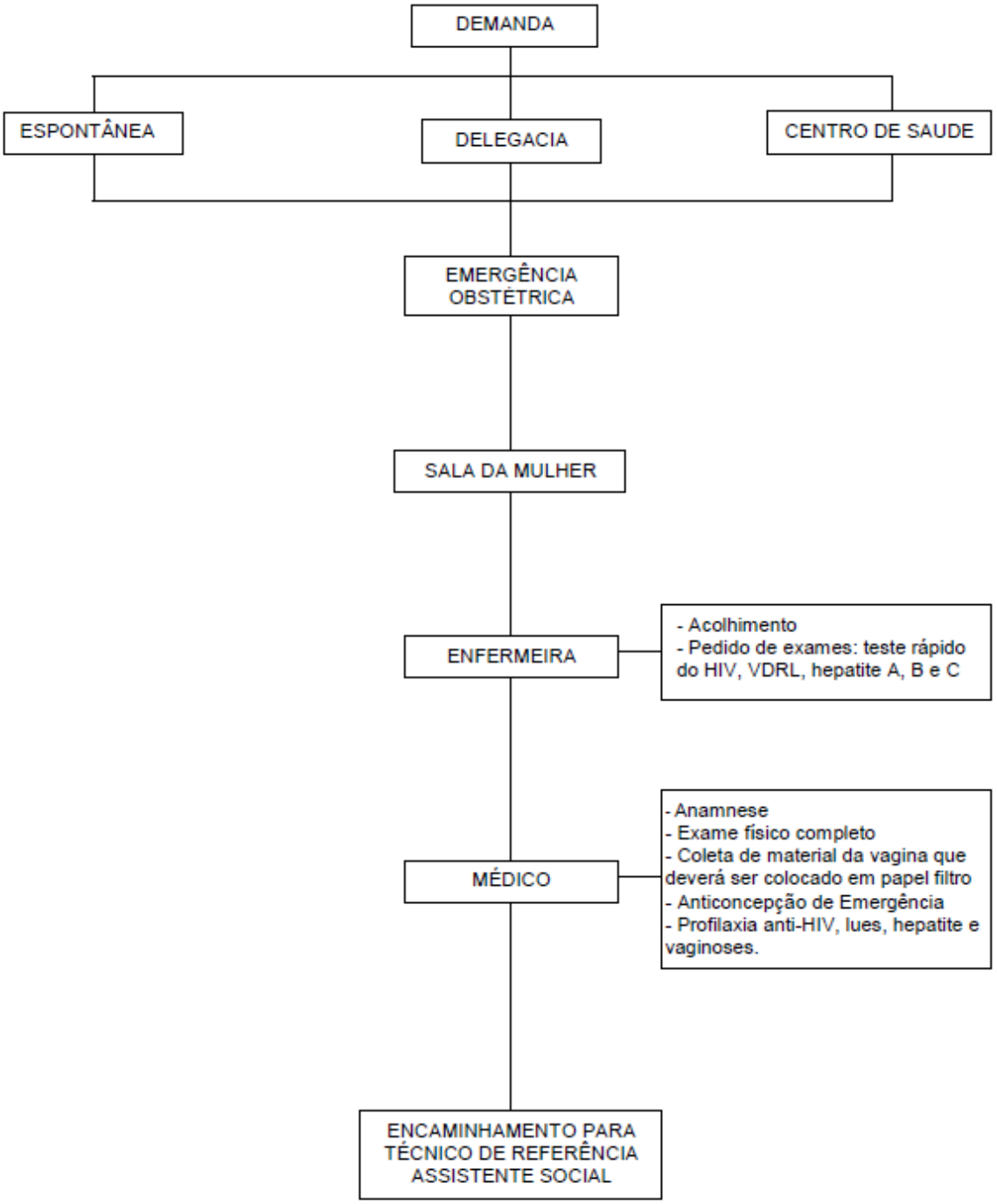
* Utilizar preferencialmente Aspiração Manual Intra-Uterina - AMIU

CONDUTA NO ABORTAMENTO TARDIO
DADOS CLÍNICOS

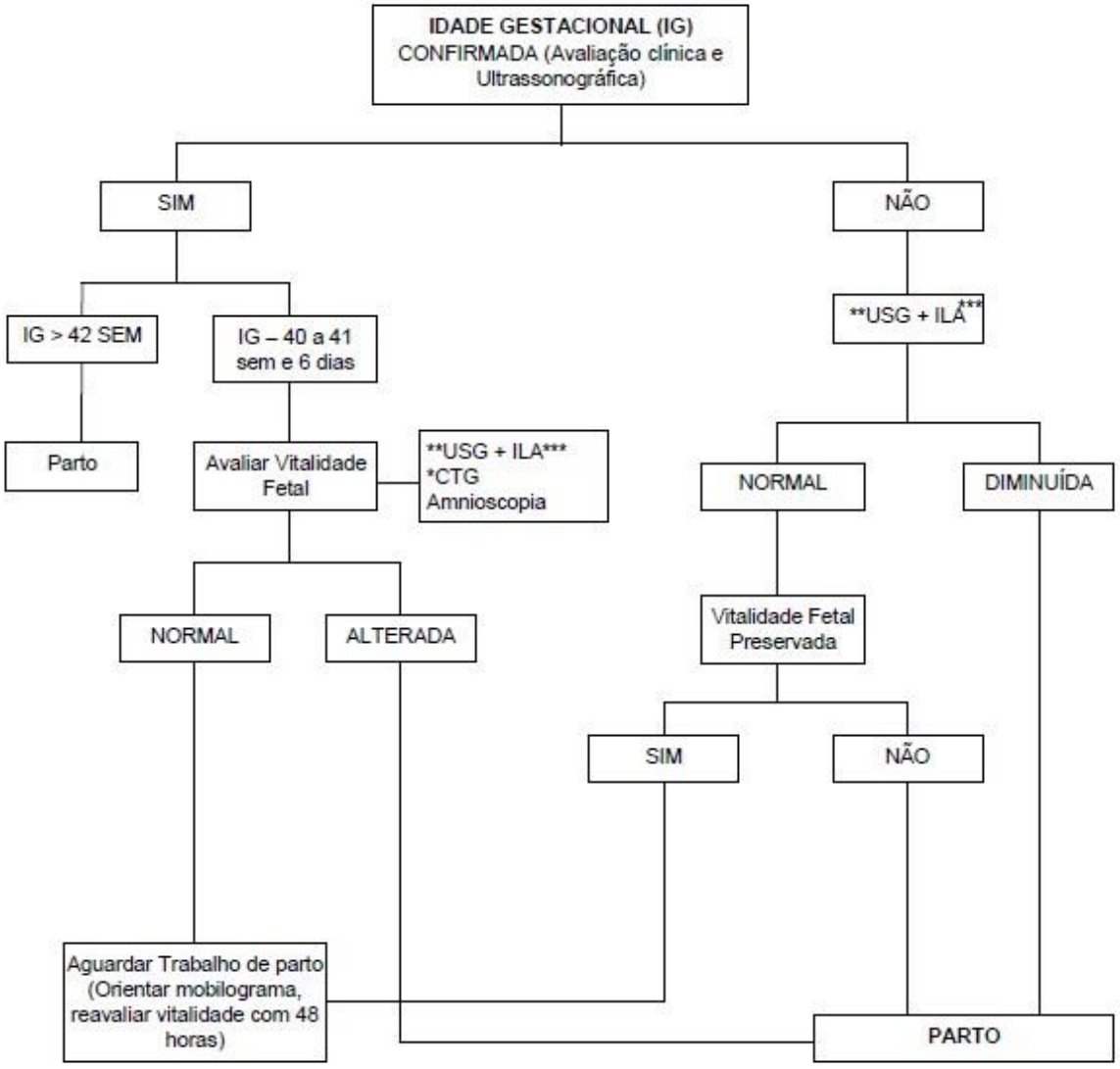


Nos casos em que a mulher for Rh (-), é mandatória a utilização de imunoglobulina Anti-D.

ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

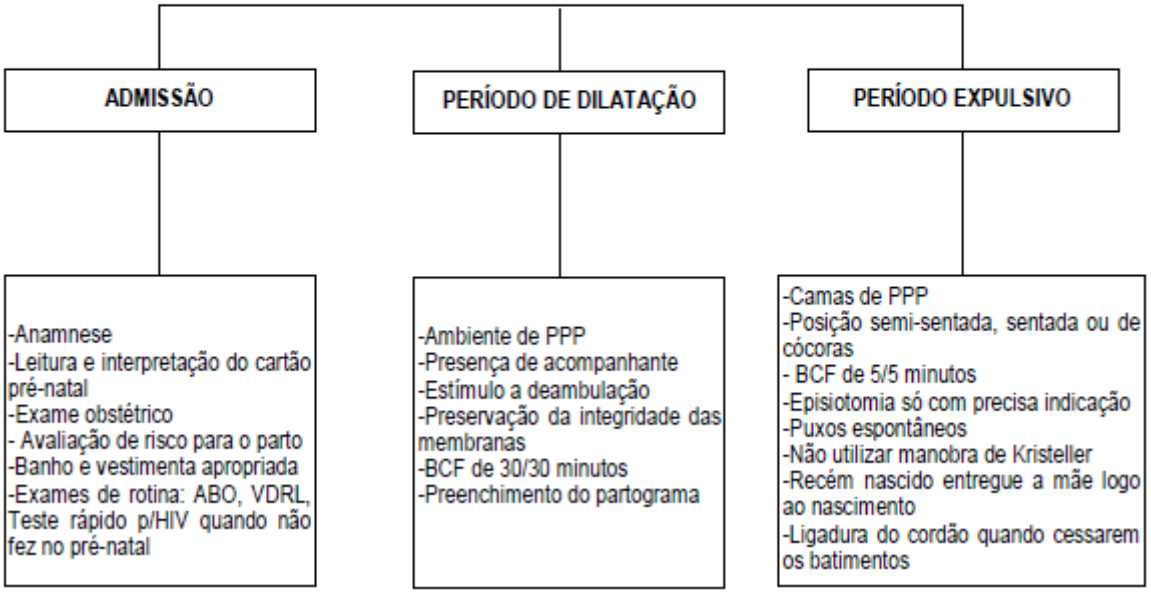


GESTAÇÃO PROLONGADA

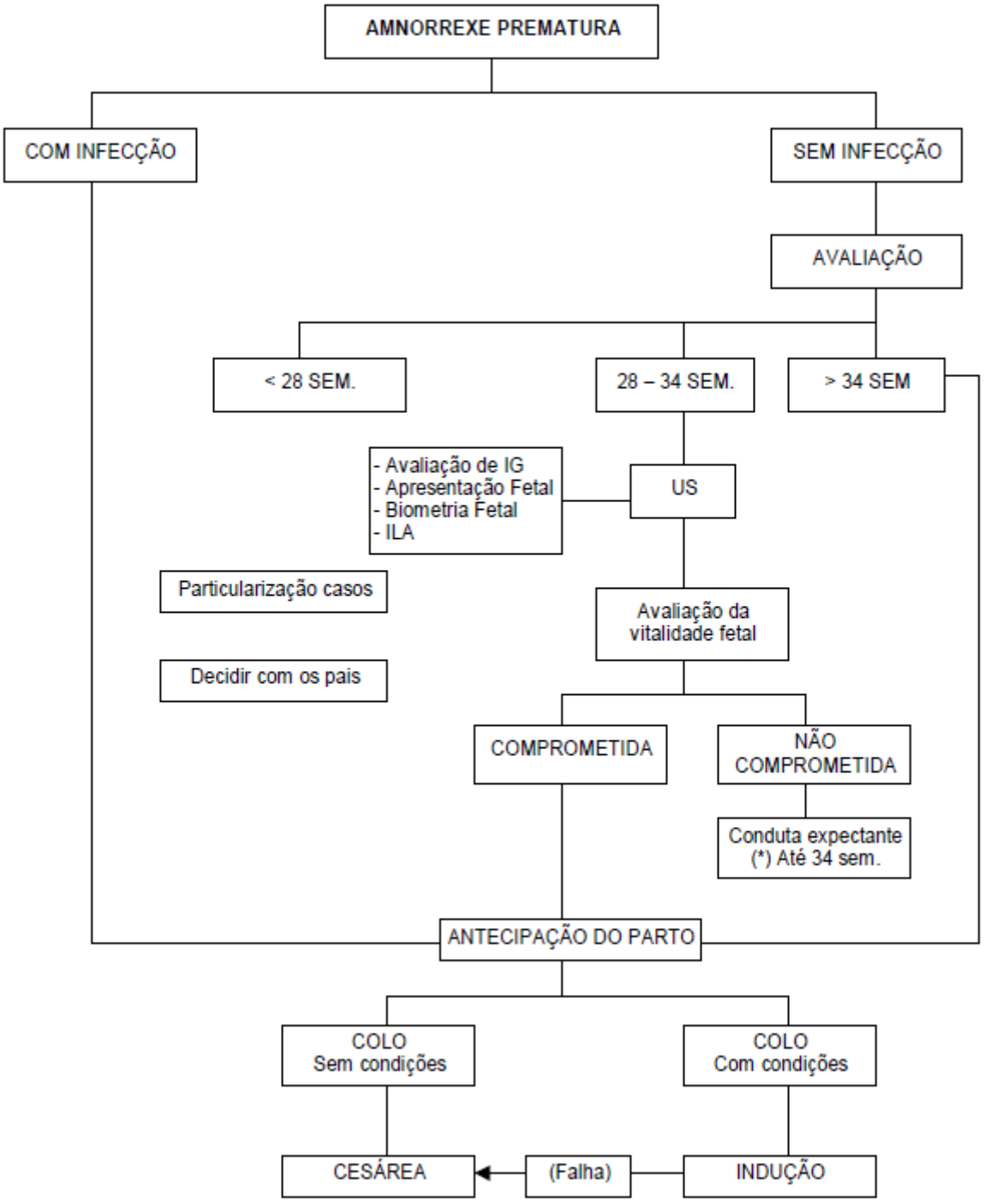


*CTG – Cardio Tocografia Gestacional
**USG – Ultrassonografia Gestacional
***ILA - Índice de Líquido Amniótico

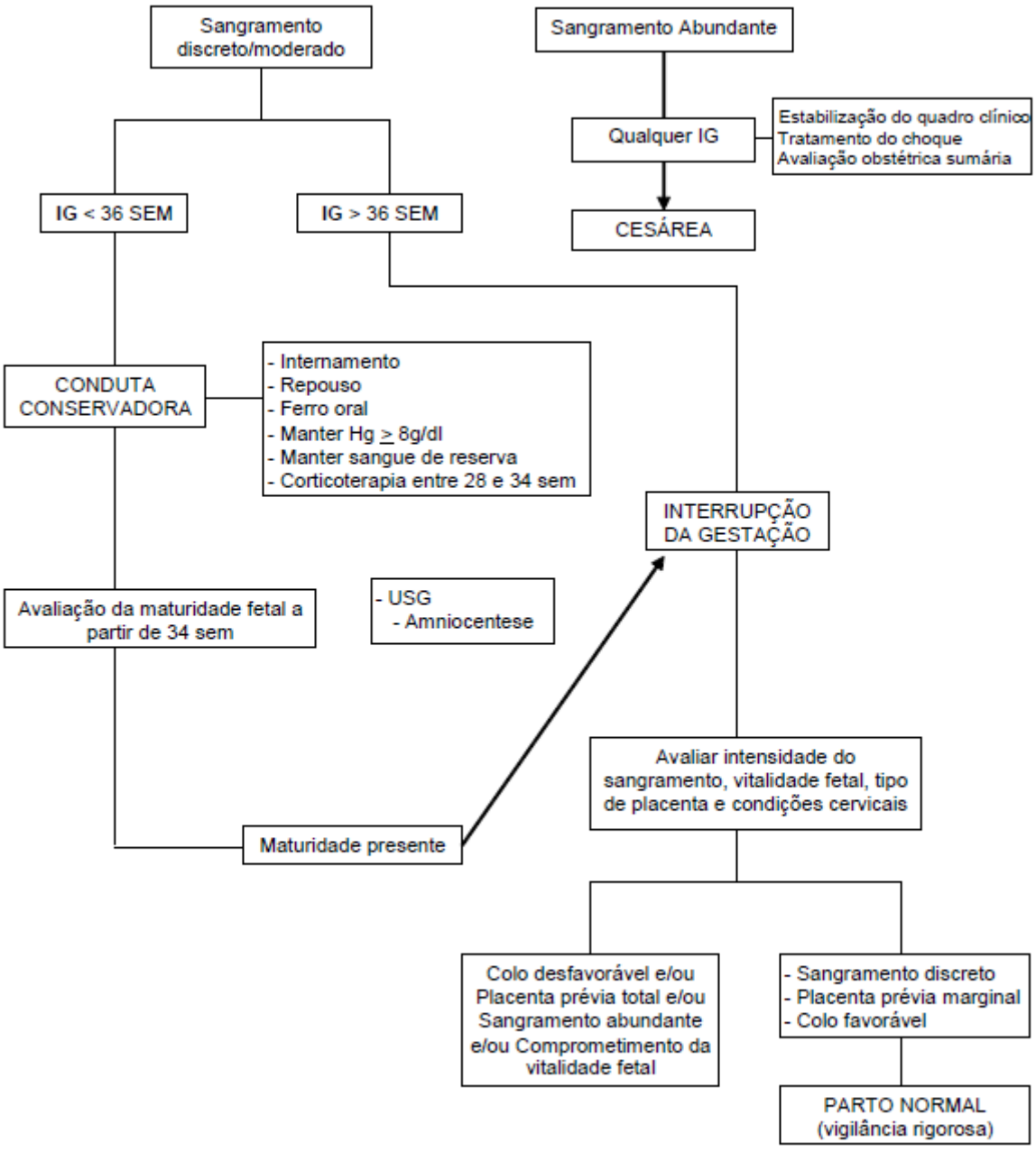
TRABALHO DE PARTO



CONDUTA NA AMNIORREXE PREMATURA

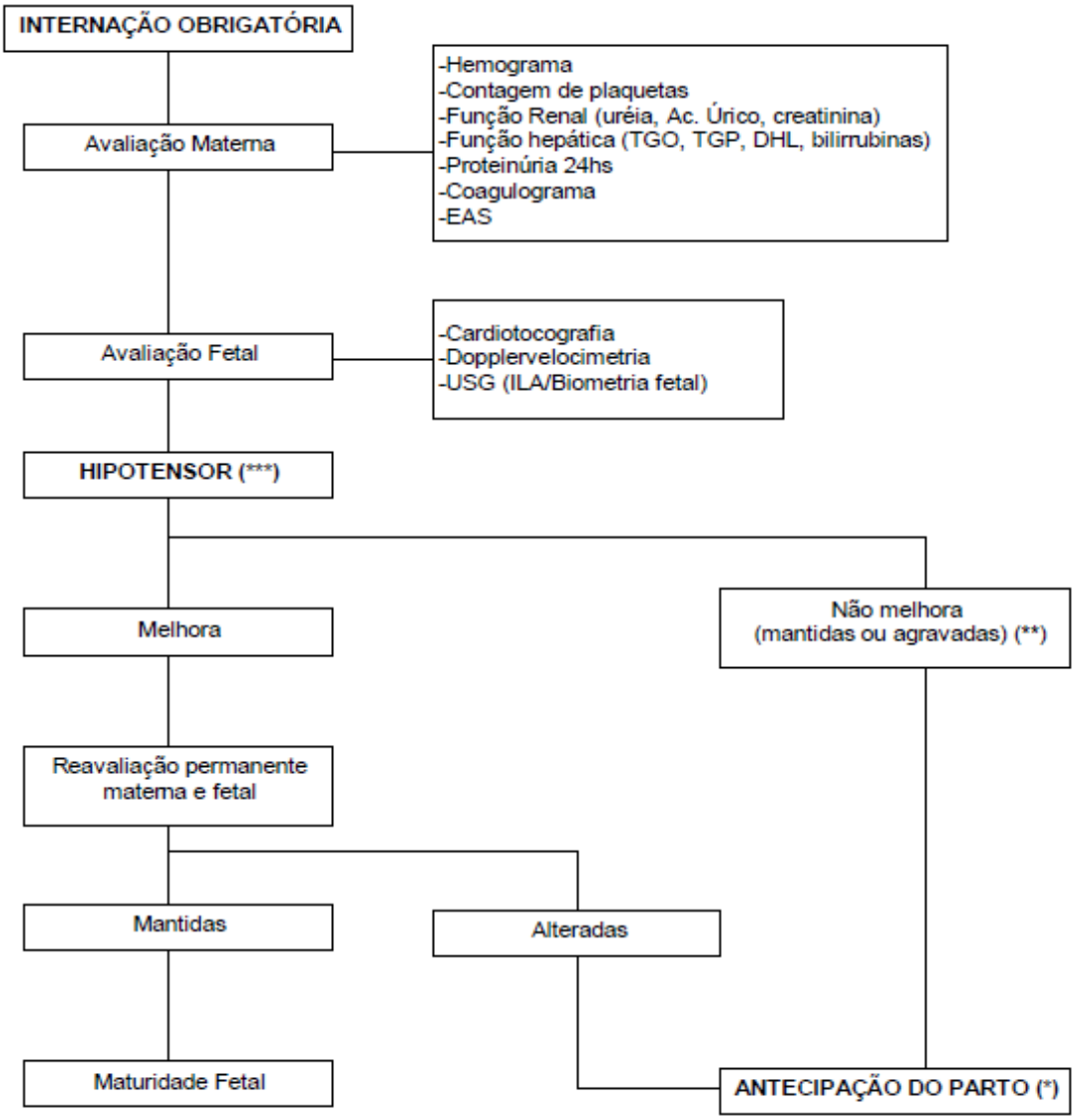


PLACENTA PRÉVIA



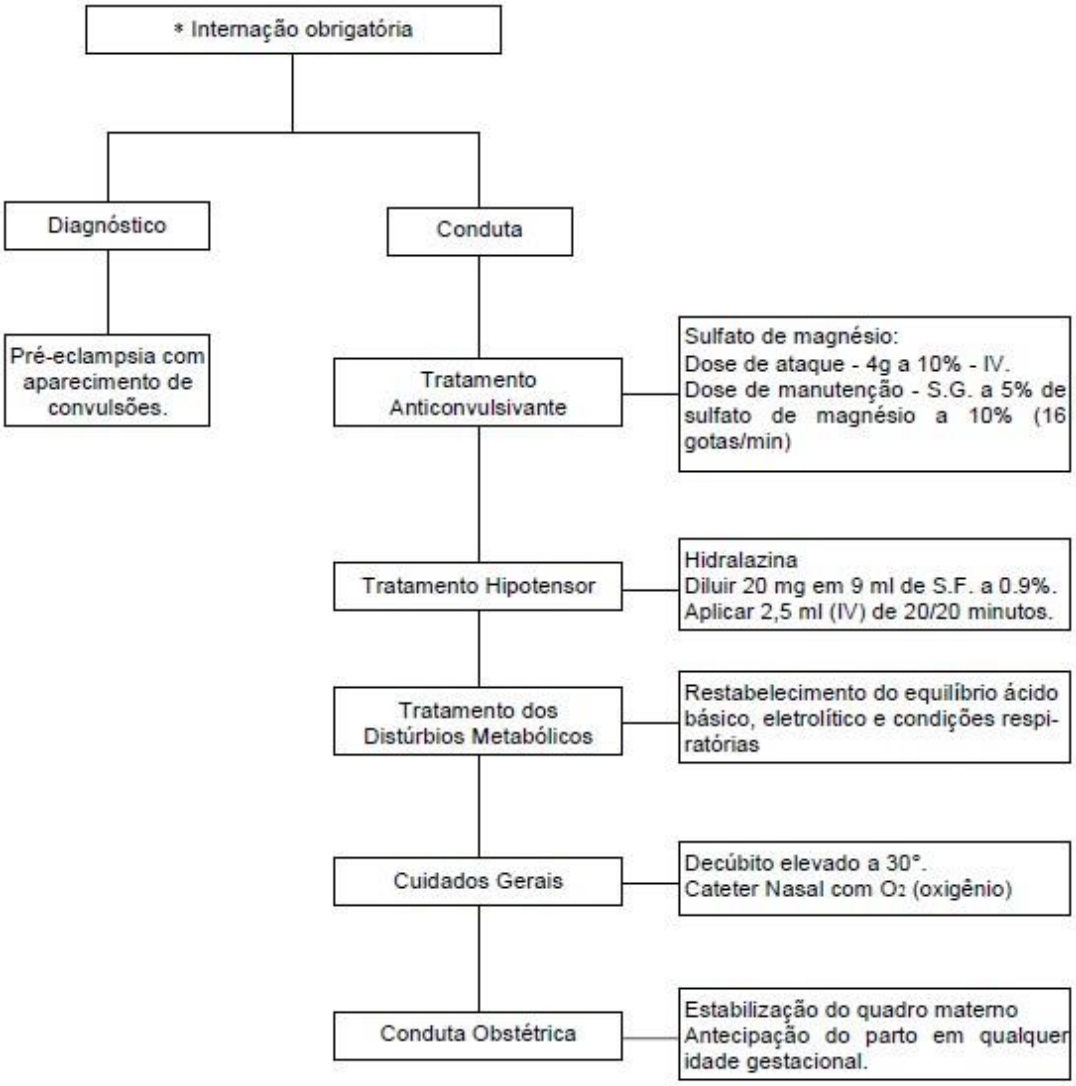
IG – Idade Gestacional

PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE



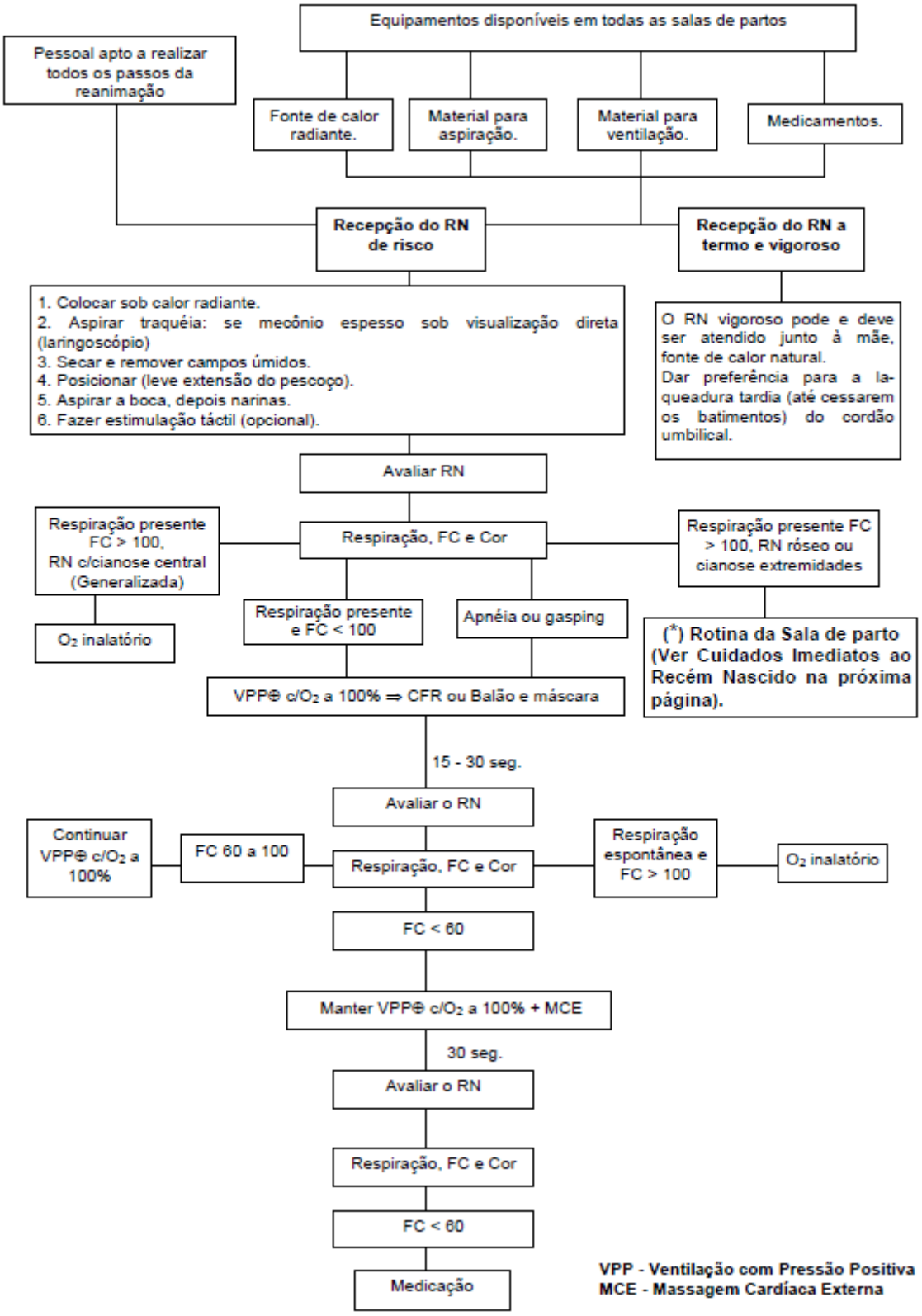
PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE / PRÉ TERMO E TERMO
(*) Via de Parto: Indicação Obstétrica
(**) Corticóides: Usar entre 28 e 34 semanas.
(***) Hipotensores:
1 – Sulfato de Magnésio (vide **ECLÂMPSIA**)
2 – Hidralazina – 50 a 200mg/dia
3 – Nifedipina – 20 a 60mg/dia

ECLAMPSIA



Obs: Paciente deve ser assistida em hospital com UTI

ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO (RN) NA SALA DE PARTO



(*) CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO

Este protocolo tem sua base teórica inspirada nas seguintes ações:

1. Iniciativa Hospital Amigo da Criança-IHAC;
2. Curso de Reanimação Neonatal;
3. Ações da Associação Paulista de Estudos e Controle de infecção Hospitalar;
4. Bases do desenvolvimento neuro-psico-motor do recém-nascido.

Dessa forma:

A recepção do bebê normal deverá ser feita preferencialmente junto à mãe;

Enxugar o bebê e trocar os panos úmidos;

Manter o bebê junto à mãe, desde o nascimento, sempre que ambos tiverem condições e assim desejarem;

Estimular a sucção ao seio e reforçar benefícios do aleitamento materno para ambos;

A credeização, a vacina anti-hepatite b e o Kanakion deverão ser feitos no colo da mãe entre 30 e 60 minutos de vida do bebê e preferencialmente durante sucção do bebê ao seio, pois neste momento há minimização significativa da dor;

A higienização deverá ser feita em torno de duas horas de vida, em berço de acrílico, com água morna, sabonete neutro e gaze não estéril;

A limpeza do berço deverá ser feita com água e sabão e posteriormente aplicação de álcool 70%;

Utilizar o berço aquecido para um bebê de cada vez, trocando-se o lençol após o uso;

É mais saudável que o bebê espere pelo banho junto à mãe;

Evitar "filas de espera" para o banho onde, em geral, o mesmo berço é compartilhado por vários bebês com contato e troca de secreções e aumento do risco de infecção cruzada.

EXCEÇÕES

A higiene do bebê deverá ser feita o mais rápido possível nas seguintes condições e/ou quando houver indicação do médico: Mãe HIV positivo; contaminação do RN com fezes materna; sinais de amnionite e ou infecção materna

DROGAS NO ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO (RN)

Medicação	Concentração	Volume	Dose/Via	Velocidade/Precauções
Adrenalina	1:10.000	1 ml	0,1 - 0,3 ml/Kg EV/ET*	- Infundir rápido - Qdo ET* pode-se diluir em SF 0,9% (volume final. 1 a 2ml).
Expansor de volume	Sangue total albumina 5% Sol. Fisiol. 0,9% Ringer Laciato	40 ml	10 ml/Kg EV	- Infundir em 5 - 10 min, em seringa.
Bicarbonato de Sódio 8,4% 1mEq/ml	1mEq/ml = 8,4%	20 ml	1-2 mEq/Kg EV	- Infundir lentamente, em no mínimo 2 minutos. - Recomendado nos casos de reanimação prolongada e com ventilação eficiente.
Naloxone	0,4 mg/ml	1 ml	0,1 mg/Kg (0,025 ml/Kg) EV/ET ou IM/SC	- Infundir rápido. - EV/ET*: preferências. - IM/SC: aceitáveis. - IND: Depressão resp. no RN devido uso de opiáceos até 4 hs antes do parto.

* ET - Endotraqueal

INTUBAÇÃO TRAQUEAL: INDICAÇÕES.

- Necessidade de aspiração traqueal (mecônio).
- Ventilação com balão e máscara ineficaz.
- Ventilação com balão e máscara prolongada (> 5 min).
- Suspeita ou presença de hérnia diafragmática.
- Considerar intubação traqueal se:
  - há indicação de massagem cardíaca.
  - há indicação de administração de adrenalina.
  - há indicação de surfactante profilático.
  - RN prematuro extremo

CÂNULA TRAQUEAL: QUAL TAMANHO?

Cânula (Di - mm)	Peso (Kg)	IG (semanas)
2,5	< 1	< 28
3,0	1 e 2	28 e 34
3,5	2 e 3	34 e 38
4,0	> 3	> 38

DOENÇAS CEREBROVASCULARES NA EMERGÊNCIA

1- Introdução

Doenças Cerebrovasculares (DCV) ou Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), são enfermidades freqüentemente atendidas nas Unidades de Emergência. No Brasil as DCV representam a primeira causa de morte, segundo as estatísticas do SUS.(Mortal. por DCV - 71 / 100.000 hab.) No mundo ocidental, correspondem à terceira causa de morte, a maior determinante de invalidez e a segunda doença causadora de demência. A mortalidade por DCV caiu acentuadamente no século XX, com maior queda nas décadas de 70 e 80. Entretanto, no final do século passado as taxas de incidência e mortalidade por DCV se mantiveram praticamente inalteradas. O percentual de morte por DCV em pacientes hospitalizados varia de acordo com a assistência médica. No Brasil, em alguns hospitais onde existe serviço de neurologia organizado, as taxas de letalidade assemelham se às dos melhores centros do mundo (HSR-BA = 9% incluindo hemorragias cerebrais). Todavia, essa não é a realidade na maioria dos hospitais brasileiros.

O atendimento inicial é fundamental para o prognóstico. O ideal seria que fosse por neurologista experiente, logo nas primeiras horas. Nessas circunstâncias pode-se até utilizar trombolíticos para casos selecionados. Infelizmente a maioria dos pacientes chega à emergência muitas horas ou dias após o AVC. Acidentes Vasculares Cerebrais podem ocorrer em qualquer faixa etária, entretanto são muito mais freqüentes em indivíduos acima de 65 anos e a prevalência aumenta significativamente a cada década. Idade avançada é, pois, considerada um importante fator de risco.

Existem dois tipos de AVC, a saber: 1- Hemorrágico – geralmente causado por hipertensão arterial, ruptura de aneurismas, malformações arteriovenosas, vasculites, vasculopatias e discrasias sangüíneas e 2 - Isquêmico – causado por tromboembolismo arterial decorrente de embolias cardiogênicas ou de grandes vasos (ex.aorta, carótidas, vertebrais), oclusão de pequenos vasos intracranianos, distúrbios hemodinâmicos (hipotensão arterial grave) e coagulopatias. No jovem, outras causas como vasculites, dissecção vascular, distúrbios da coagulação, enxaquecas e cardiopatias congênitas são mais freqüentes. Trombose venosa e dos seios intracranianos podem ocorrer em situações de hipercoagulabilidade (ex. gravidez e puerpério, desidratação e infecção) e por outros distúrbios hematológicos.

O diagnostico de AVC é baseado na história clínica, que se caracteriza por um déficit neurológico súbito, no exame físico e nos exames complementares. Os sinais de alerta mais importantes são os seguintes: hemiparesia; hemihipoestesia; parestesias; alterações mentais, da linguagem, da memória, da fala, do nível de consciência, visuais ou de outros órgãos dos sentidos; tonturas, vertigens; desequilíbrio; distúrbios da marcha e cefaléia forte especialmente com vômitos. Chamam-se TIA/AIT (Acidentes Isquêmicos Transitórios) os casos de déficit neurológico também súbito de origem vascular que se resolvem completamente e espontaneamente em menos de 24 horas. Nessas circunstâncias a conduta para o diagnóstico deve ser semelhante à do AVC completamente estabelecido. Além da idade avançada, os fatores de risco mais importantes para DCV são hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias, distúrbios da coagulação, doenças hematológicas, fumo, álcool em excesso, drogas ilícitas e dislipidemias. É fundamental que diante de uma suspeita de DCV se investigue o diagnóstico diferencial (ex. hipoglicemia e outros distúrbios metabólicos e tóxicos do SNC; crises epilépticas; enxaquecas; esclerose múltipla; neoplasias; encefalites e trauma). É imperativo que nos casos de DCV chegue-se a um diagnóstico do tipo e subtipos etiológicos para que o tratamento seja adequado.

2- Elementos Teóricos

O Acidente Vascular Cerebral é uma emergência médica. A visão fatalista do AVC foi definitivamente substituída pela evidência concreta de que hoje é possível reduzir o déficit neurológico na fase aguda e prevenir eficazmente a ocorrência de novos eventos vasculares. O papel do emergencista nesse aspecto é crucial, pois a pronta estabilização do doente e o início precoce da investigação etiológica são determinantes no prognóstico final. Como qualquer emergência médica, a abordagem inicial do paciente com AVC passa pelo ABC da reanimação.

Hipoxemia refratária a oxigênio suplementar, rebaixamento do nível de consciência e inabilidade de proteção das vias aéreas são indicações de intubação orotraqueal. Um acesso venoso calibroso e exames laboratoriais devem ser obtidos (Tabela 1).

Tabela 1: Exames complementares iniciais na DCV

Hemograma completo, coagulograma, uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, tipagem sanguínea, velocidade de hemossedimentação, tomografia computadorizada do crânio sem contraste, RX de Tórax e ECG.

O tratamento da hipertensão arterial, embora benéfico na fase subaguda como medida de prevenção secundária, pode ser deletério na fase aguda. O aumento da pressão arterial nesta fase pode ser uma forma compensatória para aumentar o fluxo sangüíneo na área de isquemia cerebral. A correção para níveis de pressão arterial normal está relacionada a pior evolução clínica.

Por isso, o consenso é não tratar a hipertensão arterial nos primeiros 10 dias do AVC isquêmico exceto em casos de hipertensão extrema (> 220x120mmHg) ou de lesão aguda de órgão-alvo (insuficiência coronariana aguda, dissecção aguda da aorta, insuficiência renal aguda, edema agudo do pulmão). Medicações para controle da hipertensão utilizadas previamente ao evento, podem ser mantidas. No caso do AVC hemorrágico pode-se reduzir cautelosamente a pressão arterial para níveis abaixo de 180x110mmHg. Nesse caso, dá-se preferência a drogas intravenosas de curta ação, que podem ser suspensas em caso de deterioração neurológica (Tabela 2).

Tabela 2: Anti-hipertensivos na DCV aguda.

Agentes intravenosos: nitroprussiato de sódio, esmolol, metoprolol, enalaprilato. Agentes orais: inibidores da ECA (captopril, enalapril, perindopril).

Após a estabilização do paciente, a prioridade é identificar a etiologia da DCV. Esta etapa é fundamental, pois define as escolhas terapêuticas. Dados simples da história e exames complementares iniciais podem ser úteis nessa definição (Tabela 3). Uma tomografia computadorizada (TC) do crânio deve ser realizada o mais precocemente possível para afastar hemorragia, outros diagnósticos (por exemplo, hematoma subdural) e identificar sinais precoces de isquemia cerebral.

Tabela 3: Pistas sugestivas para diagnóstico etiológico da DCV Isquêmica.

	EMBÓLICO	ATEROSCLEROSE DE GRANDES ARTÉRIAS	OCLUSÃO PEQUENAS ARTÉRIAS	OUTROS (E.G. VASCULOPATIAS E COAGULOPATIAS)
História	Déficit desproporcionado máximo no início; afasia isolada e súbita; cegueira cortical; Cardiopatia dilatada; Fibrilação atrial; Valvulopatia mitral; IAM prévio.	Déficit desproporcionado flutuante; HAS, DM, tabagismo, dislipidemias, obesidade.	Déficit sensitivo ou motor proporcionado isolado sem perda cognitiva; HAS, DM, tabagismo, dislipidemia, obesidade.	Paciente jovem, história pessoal e familiar de tromboses, trauma, infecção recente; cervicalgia.
Exames complementares	ECG: fibrilação atrial; TC: infarto cortical.	Sopro carotídeo; TC: infarto cortical.	TC: infarto pequeno subcortical até 1,5cm.	Arteriografia, VHS, provas de coagulação, alteradas.

Pistas para o diagnóstico etiológico das hemorragias cerebrais (HCE).

Hipertensão Arterial (HAS)	Malformações arteriovenosas (MAV) e Aneurismas	Distúrbios da coagulação – Tromboses de seios	Outras causas inclusive vasculites, infecções, intoxicações neoplasias.	Trauma
HAS, síndrome nefrótica, órgãos-alvos atingidos.	HAS fumo, Alcoolismo, hereditariedade.	.Uso de anticoagulantes Gravidez puerpério	Qualquer faixa etária inclusive crianças e idodos.	História de trauma, cirrose hepática
Hemorragia em núcleos da base, tronco cerebral e cerebelo. Hemorragias intraventriculares. Diagnóstico por TC de crânio	Hemorragia subaracnóidea, hematomas lobares Diagnóstico – TC, LCR, Angiografia. Diag. de MAV = Ressonância	Hemorragia subaracnóidea, hematomas lobares Diagnóstico – TC, LCR, Angiografia. Diag. de MAV = Ressonância.	HCE atípicas inclusive corticais e podem ser múltiplas, uni ou bilaterais. Quadros mais leves, Doenças sistêmicas. Diag = TC e RMN e biópsia.	Hematomas sub e, extradurais, Eventualmente intraparenquimatosos múltiplos.

Obs.: incluímos as traumáticas para o diagnóstico diferencial.

A administração de Heparina é instituída com intuito de prevenir a recorrência precoce de embolia ou a progressão de um trombo local. Portanto, o consenso é considerar heparinização plena (1.000UI/hora inicialmente, mantendo TTPA 1,5 a 2X o valor normal) nos casos de DCV isquêmica por embolias cardiogênicas, coagulopatias, dissecção arterial ou nos casos de piora progressiva do déficit neurológico sugerindo trombose em atividade. Deve-se ter cuidado, entretanto, nos casos de infartos extensos, onde o potencial de transformação hemorrágica pode sobrepujar o benefício da anticoagulação. Nesses casos, deve-se aguardar 48 horas para decisão terapêutica após nova TC. Nos demais casos, heparina subcutânea (5.000-7.500UI de 12/12 horas) ou Heparina de baixo peso molecular devem ser administrados como profilaxia de trombose venosa profunda.

Antiplaquetários devem ser considerados nos demais pacientes onde não haja indicação ou haja contra-indicação para anticoagulação (ou seja, DCV isquêmica por aterosclerose de pequenos ou grandes vasos que não estejam piorando agudamente, ou DCV de causa desconhecida). A escolha inicial é a aspirina por haver dados concretos na literatura quanto à sua eficácia na fase aguda. A Aspirina deve ser iniciada o mais precocemente possível. Embora haja controvérsia quanto à dose, utilizamos rotineiramente 325mg ao dia. Nos casos de intolerância ou alergia à Aspirina, podem ser utilizados: o clopidogrel (75mg/dia) ou Ticlopidina (500mg/dia).

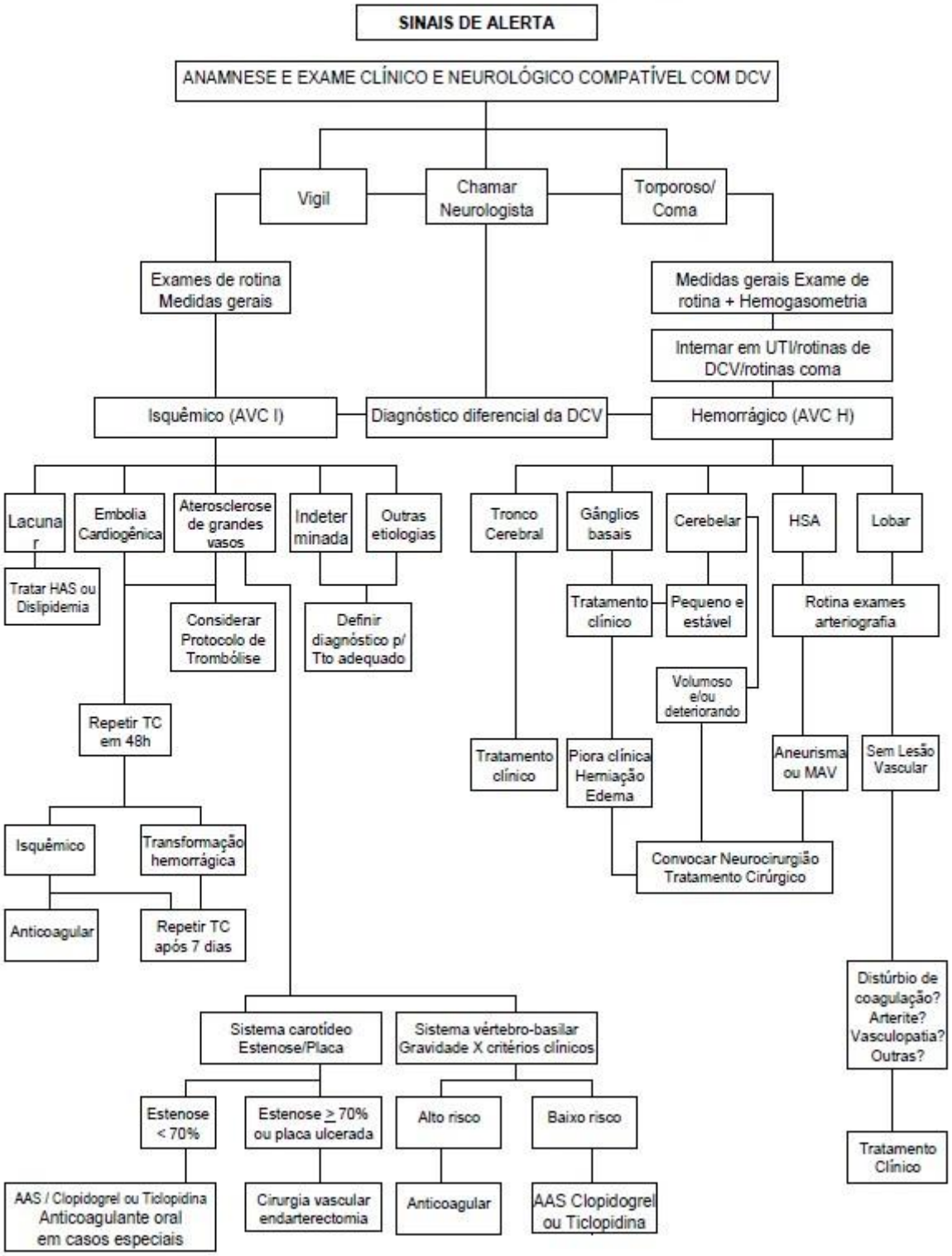
Manitol é medicação eficaz no controle da hipertensão intracraniana (HIC). Os efeitos colaterais desta droga incluem distúrbios hidroeletrolíticos, desidratação, insuficiência renal aguda, nefrite intersticial e hipotensão arterial. Dessa forma, o Manitol só deve ser utilizado, com critério, na vigência de sinais clínicos (papiledema, anisocoria, rebaixamento progressivo de consciência) e/ou tomográficos de HIC e não indistintamente em DCV. Como medida extrema podemos recorrer à craniectomia descompressiva em casos de hérnias transtentoriais decorrentes de HIC. Hipertensão intracraniana ocorre, com freqüência, em hemorragias volumosas ou no 3º-5º dia de infartos extensos.

Cirurgia é opção terapêutica em hemorragia subaracnóidea (clipagem de aneurisma cerebral), em casos de hemorragias cerebelares volumosas ou infartos cerebelares extensos e também em alguns casos de hidrocefalia secundária. A grande maioria dos casos de hemorragia intraparenquimatosa não necessita de cirurgia. Na profilaxia de DCV isquêmica por aterosclerose extracraniana, a endarterectomia carotídea reduz substancialmente o risco de DCV recorrente. Sua indicação deve ser considerada em pacientes sintomáticos (imediatamente após um ataque isquêmico transitório ou após 4-6 semanas de um AVC isquêmico instalado) com estenose acima de 70% e em alguns assintomáticos ou com estenose menores, selecionados criteriosamente por neurologista experiente.

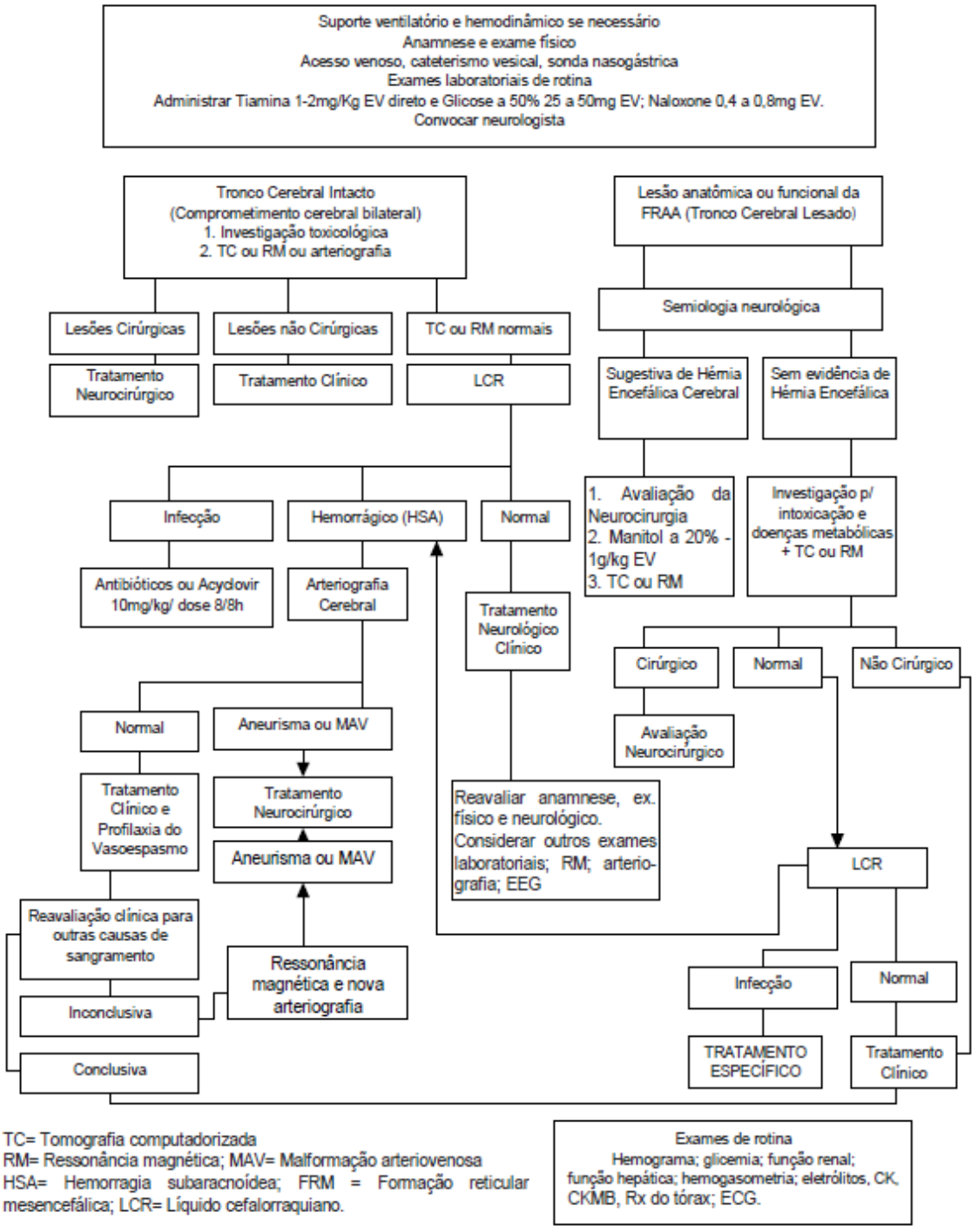
Febre e hiperglicemia aumentam o grau de lesão no tecido cerebral isquêmico. Quando presentes, ambos devem ser tratados agressivamente (i.e., antitérmicos, medidas físicas de resfriamento e insulina de demanda). Corticóides aumentam o risco de infecções, hiperglicemia e hemorragia digestiva sem afetar a evolução clínica da DCV hemorrágica ou isquêmica. Quando ocorre edema cerebral sintomático as opções são hiperventilação, Manitol ou diurético de alça. A única indicação de corticosteróide em DCV é para tratar vasculite do SNC.

Até o momento, nenhum estudo demonstrou efeito benéfico de neuroprotetores para DCV isquêmica. Portanto, medicações como Nimodipina, Citicolina, Tirilazad, Lubeluzole e Aptiganel não devem ser utilizadas para DCV isquêmica fora de protocolos de pesquisa. Em hemorragia subaracnóidea, a Nimodipina apresenta efeito benéfico na prevenção de déficit neurológico tardio por vasoespasmo.

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOENÇA CEREBROVASCULAR (DCV) AGUDA



ATENDIMENTO AO PACIENTE EM COMA



TC= Tomografia computadorizada
RM= Ressonância magnética; MAV= Malformação arteriovenosa
HSA= Hemorragia subaracnoídea; FRM = Formação reticular mesencefálica; LCR= Líquido cefalorraquiano.

Exames de rotina
Hemograma; glicemia; função renal; função hepática; hemogasometria; eletrólitos, CK, CKMB, Rx do tórax; ECG.

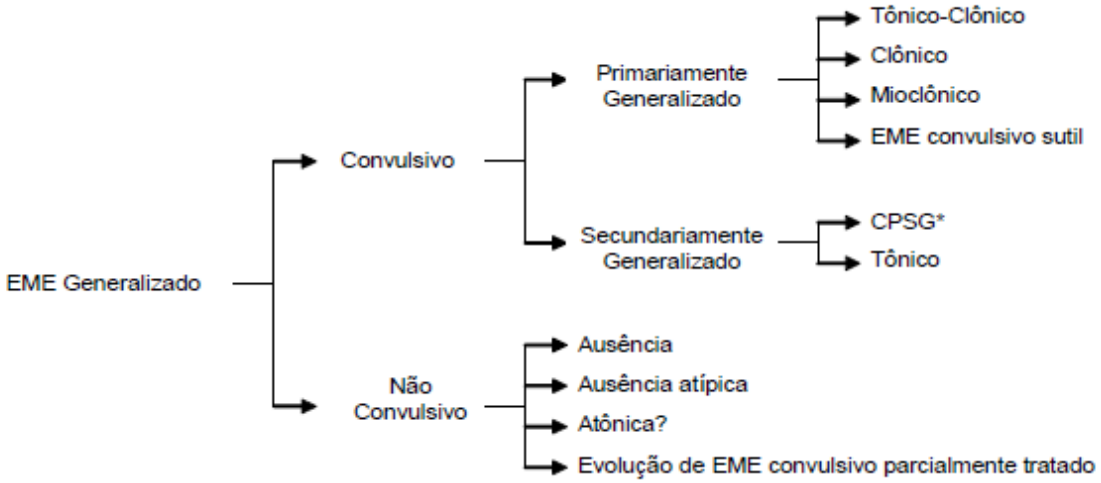
ESTADO DE MAL EPILÉPTICO

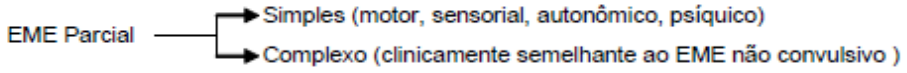
1- Apresentação do Assunto

Status Epilepticus ou Estado de Mal Epiléptico (E.M.E.): evento clínico caracterizado por crises epilépticas prolongadas (30 minutos ou mais) ou repetitivas sem recuperação da consciência entre as crises, determinando uma condição epiléptica fixa e duradoura É uma intercorrência clínica, associada à agressão ao SNC, aguda e grave, de alta mortalidade (10 a 15%). O atendimento deve ser rápido e eficiente.

Principais fatores precipitantes:

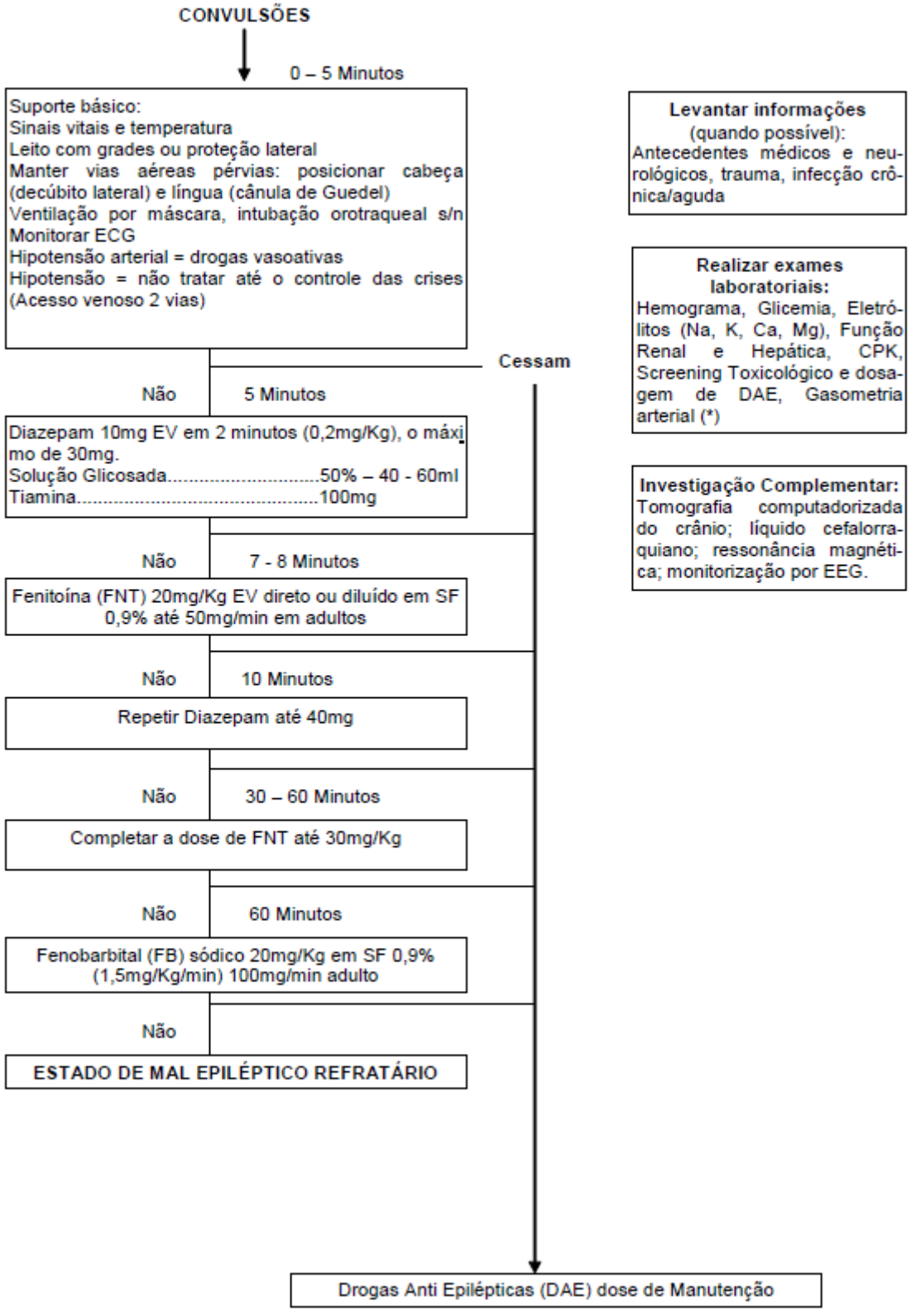
- Álcool
- Suspensão de drogas antiepilépticas (DAE)
- Drogas ilegais (cocaína)
- Trauma
- Epilepsia refratária
- Metabólicos/Parada cardiorrespiratória
- Tumores,
- Infecções do SNC, incluindo as bacterianas, virais e parasitárias.
-Doenças cerebrovasculares.



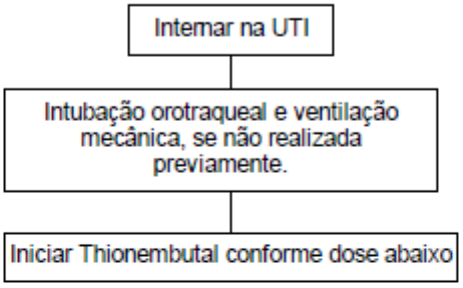


*CPSG - Crise Parcial Secundariamente Generalizada

TRATAMENTO DO EME



ESTADO DE MAL EPILÉPTICO REFRATÁRIO



Opções terapêuticas

Pentobarbital (Nembutal):

Ataque 6 - 25mg/Kg (15mg/Kg), Manutenção 1,5mg/Kg/hora a cada 10 - 15 minutos até controle das crises ou depressão acentuada no EEG

Tiopental Sódico (Thionembutal):
Ataque 3 - 4mg/Kg em 2 minutos e infusão contínua de 0,2mg/Kg/min em solução salina. Aumentar 0,1mg/Kg/min a cada 3 - 5 minutos até controle ou depressão do EEG

Ácido Valpróico (VA):
para EME Ausência até 1 - 2g

Lidocaína:
1 - 2mg/Kg em bolo seguido de 1,5 - 3mg/Kg/h (adultos) ou 6mg/Kg/h (crianças)

Halotano e Isoflurano
Propofol: dose de ataque - 2mg/kg – Dose de manutenção até o controle 5 a 10mg/kg/h. Após o controle reduzir para 1 a 3mg/Kg/h
Midazolam: ataque 0,15 - 0,2mg/Kg e manutenção de 0,08mg/Kg/h

Obs: o desaparecimento das crises clínicas nem sempre significa o fim das crises eletrográficas com persistência de EME não convulsivo. Pacientes que não respondem a estímulos externos 15 minutos depois de cessadas as crises devem ser submetidos à monitorização por EEG.

Tratamento profilático para evitar recidiva do EME:

Ausência: VA ou Etossuximida
CTCG ou Focal: FNT, FB, Carbamazepina, Oxicarbazepina, VA.
Mioclônica generalizada: Clonazepam ou VA.

Complicações do EME:

- Rabdomiólise (hidratação vigorosa, diurético de alça, alcalinizar urina, bloqueio neuromuscular)
- Hipertermia (resfriamento externo, acetaminofen)
- Acidose (Hiperventilação)
- Leucocitose
- L.C.R. com pleocitose
- Hipertensão arterial (não tratar até o controle das crises)
- Edema pulmonar
- Hipoxemia cerebral, edema e lesão cerebral irreversível

Obs.: CTCG= Crise tônico-clônica generalizada.

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM CRISE EPILÉPTICA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

1- Introdução

Epilepsia é a segunda mais freqüente condição clínica neurológica. Só suplantada pela cefaléia. A epilepsia acomete entre 1 a 2 % da população, e cerca de 1 em cada 20 indivíduos experimentam crise epiléptica ou convulsão em alguma época da vida. Tem importância sob o ponto de vista clínico, neurológico, social e psicológico. Embora crises epilépticas sejam, na maioria das vezes, auto limitadas, podem eventualmente evoluir para o estado de mal epiléptico. Crises epilépticas são usualmente tratadas a nível ambulatorial, entretanto por diversas razões esses pacientes podem ser atendidos na unidade de emergência. Crises epilépticas são fenômenos que não ocorrem apenas em epilepsia primária. Essas crises podem ocorrer como evento isolado e único, em indivíduo previamente saudável, como manifestação de doença sistêmica (ex. hipoglicemia, hipóxia, distúrbio hidroeletrolítico, sépsis, insuficiência renal), como sintoma de doença neurológica aguda (AVC, encefalite, TCE) ou de epilepsia primária.

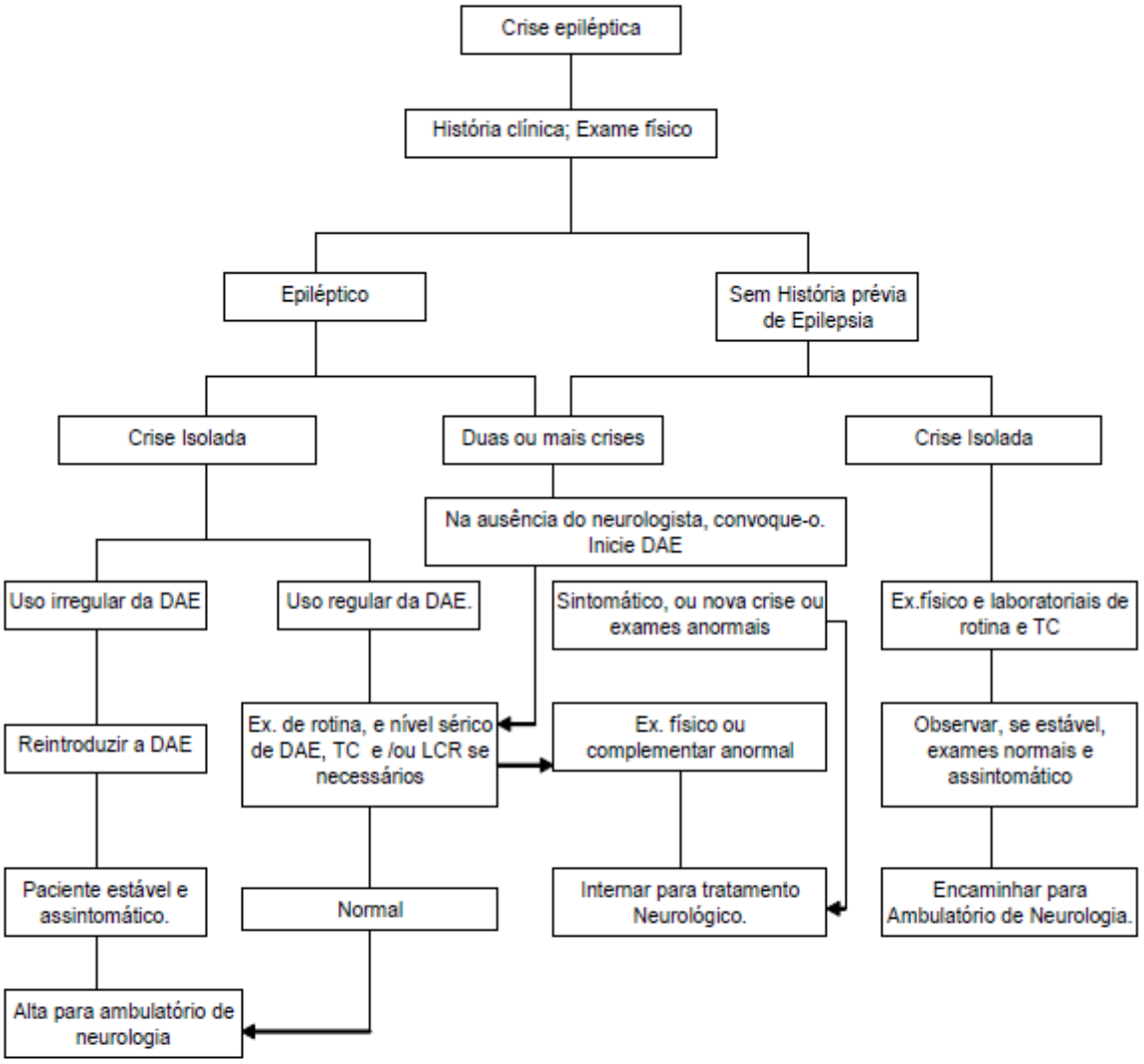
Freqüentemente são secundárias e eventualmente decorrentes de doenças graves e letais. A anamnese detalhada com a caracterização do evento neurológico e os exames laboratoriais são fundamentais para o diagnóstico diferencial e conduta terapêutica.

2- Aspectos clínicos

Anamnese: idade; profissão; dados do nascimento: traumas, infecções do SNC, uso de drogas ou doenças da mãe no período de gestação; História familiar; crises anteriores; Doenças prévias: diabetes, distúrbios metabólicos, hepatopatia, uremia, neoplasias, vasculites, colagenoses, hipertensão arterial; Uso de drogas; stress; distúrbios do sono; gravidez atual; cefaléia; febre; perda de peso; distúrbios visuais; alcoolismo e outros distúrbios do comportamento social.

Caracterização do evento: 1- Manifestações Iniciais (pródromos e aura) 2- Manifestações críticas (crise) 3- Manifestações pós-crise.	Exame físico – dados vitais; sinais de doença crônica (Uremia, DPOC, hepatopatia); Ex. Neurológico; Funções Mentais; Pares Cranianos, Fundoscopia, Motricidade; Sinais de Irritação Meníngea
Exames complementares de rotina: Hemograma com plaquetas; glicemia; eletrólitos. Cálcio sérico; CPK, dosar a DAE; RX de Tórax; ECG; EEG.	Obs.: para o diagnóstico de epilepsia se impõe história de duas ou mais crises epilépticas.

ATENDIMENTO DE CRISE EPILÉPTICA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA



DAE = Droga antiepiléptica.
TC = Tomografia computadorizada
LCR = Líquido cefalorraquiano.

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA AO PACIENTE COM ESTADO CONFUSIONAL AGUDO (ECA)

1- Considerações gerais

Essa é uma situação relativamente freqüente nas unidades de emergências assim como em UTI. Determinada por causa isolada ou multifatorial decorre tanto de doenças sistêmicas como neurológicas, pelo uso de drogas e intoxicações. O neurologista deve ter uma abordagem rápida e criteriosa.

2- Aspectos clínicos – sinais e sintomas

Alteração do conteúdo de consciência de instalação súbita
Agitação psicomotora: alucinações, delírios, hiperatividade simpática
Ausência de anormalidades em nervos cranianos (exceto na síndrome de Wernicke por paralisias extra-oculares; e nas intoxicações por tricíclicos com pupilas fixas)
Ausência de sinais focais persistentes.
Movimentos involuntários anormais (Mioclonias, asterixis, tremores)
Achados eletroencefalográficos altamente sugestivos de encefalopatias metabólicas (atividade delta rítmica bissíncrona, ondas trifásicas, lentificação e/ou supressão da atividade de base).

Causas de E.C.A:

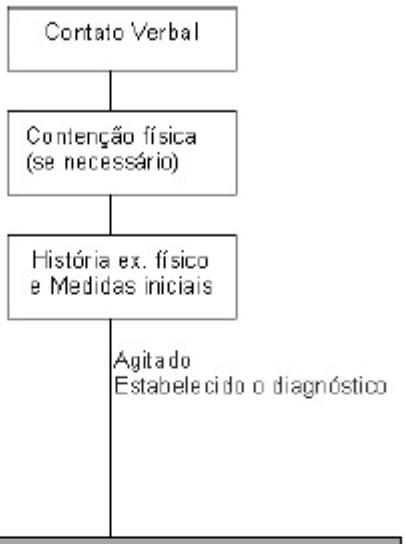
• **Sistêmicas** - Sépsis - Uremia aguda - Insuficiência hepática - Insuficiência cardíaca - Insuficiência respiratória - Infecção respiratória - Infecção urinária - Distúrbios hidroeletrolíticos - Porfírias - Síndrome carcinóide	• **Intoxicações** - Drogas ilícitas - Álcool - Metais pesados - Medicações (anticolinérgicos em idosos) • **Infecções do SNC** - Encefalite
• **Endocrinopatias** - Tireóide - Paratireóide - Disfunção adrenal - Disfunção hipofisária - Pâncreas (hiperglicemia/encefalopatia pancreática)	• **Lesões intracranianas** - TCE - Lesões agudas (parietal, occipital bilateral, talâmica e frontal mesial) - Hematoma subdural - Abcesso cerebral • **Encefalopatia hipertensiva**
• **Deficiências nutricionais** - Tiamina (encefalopatia de Wernicke) - Niacina - Vitamina B12 - Folato	• **Psiquiátricas** - Mania - Esquizofrenia - Depressão
Síndromes de abstinência - Álcool - Drogas	• **Outros**

ESTADO CONFUSIONAL AGUDO

História
Antecedentes médicos
Suporte básico de vida
Sinais vitais
Exame físico completo
Vias aéreas pérvias
Acesso venoso (2 vias)
Escala de Glasgow

Medidas Iniciais

Glicose 50% 25 a 50mg EV
Tiamina 100mg EV
0_2 sob cateter via nasal 2l/min
Monitorizar E.C.G
Hemograma, glicemia, eletrólitos
Screening para intoxicação e etanol
Gasometria arterial
Radiografia de Tórax
Tomografia computadorizada do crânio
Acionar neurologista.



DROGAS UTILIZADAS NA FASE AGUDA			
	DOSE	**INDICAÇÃO**	**OBSERVAÇÕES**
Meperidina	10-30mg IV	Agitação/dor	Depressão respiratória
Naloxone	0,4-0,8mg IV	Usuários de narcóticos	
Diazepam	10-40mg IV	Irritados, impulsivos e abstinência alcoólica	- Evitar em idosos, demenciados e cometidos por encéfalopatia hepática - Depressão respiratória - Efeito paradoxal
Haloperidol	5-10mg IM 1-5mg IV (repetir 30/30min até 40mg SN)	Agitados, violentos e TCE	- Diminui limiar epiléptico - Efeitos extrapiramidais (contra-indicado em doença de Parkinson) - Risco de síndrome neuroléptica maligna
Clorpromazina	25-50mg IM (máx. 200mg/dia em 4 aplicações) 50-200mg VO (máx. 800mg/dia em 4 tomadas)	Psicóticos, agressivos	- Diminui limiar epiléptico - Efeitos extrapiramidais (contra-indicado em doença de Pakinson) - Risco de síndrome neuroléptica maligna - Efeito cardiovascular
Midazolam	0,15-0,2mg/kg IV	Irritados, impulsivos e abstinência alcoólica	- Evitar em idosos e demenciados e cometidos por encéfalopatia hepática - Depressão respiratória - Efeito paradoxal - Taquifilaxia

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

1- Considerações gerais

A síncope se caracteriza por uma breve perda da consciência, decorrente de redução súbita e temporária do fluxo sangüíneo cerebral e do tônus muscular. É comum em crianças e idosos. O espectro etiológico é amplo e varia desde as psicogênicas até graves como hemorragia subaracnóidea, choque cardiogênico (ex. no IAM) e insuficiência do sistema vertebrobasilar. O diagnóstico diferencial com crises epilépticas, AIT, disautonomia primária ou adquirida e síncope neurocardiogênica implica em uma avaliação neurológica detalhada na unidade de emergência.

2- Anamnese

História clínica – questionar: tonturas, antecedentes de síncope, diplopia, hemianopsia, cefaléia, jejum prolongado, palpitações, periodicidade das crises, pródromos, fatores desencadeantes (ambiente fechado, impacto com a visão de sangue, stress, mudança de decúbito, hemorragia, ansiedade, dor,micção, tosse, vômitos), fenômenos motores e neurovegetativos (sudorese, palidez, taquicardia) durante a síncope, tempo de recuperação e estado geral após a sincope; doenças prévias: cardiopatia, diabetes, hipertensão arterial e seu tratamento, uso de drogas (neurofármacos).

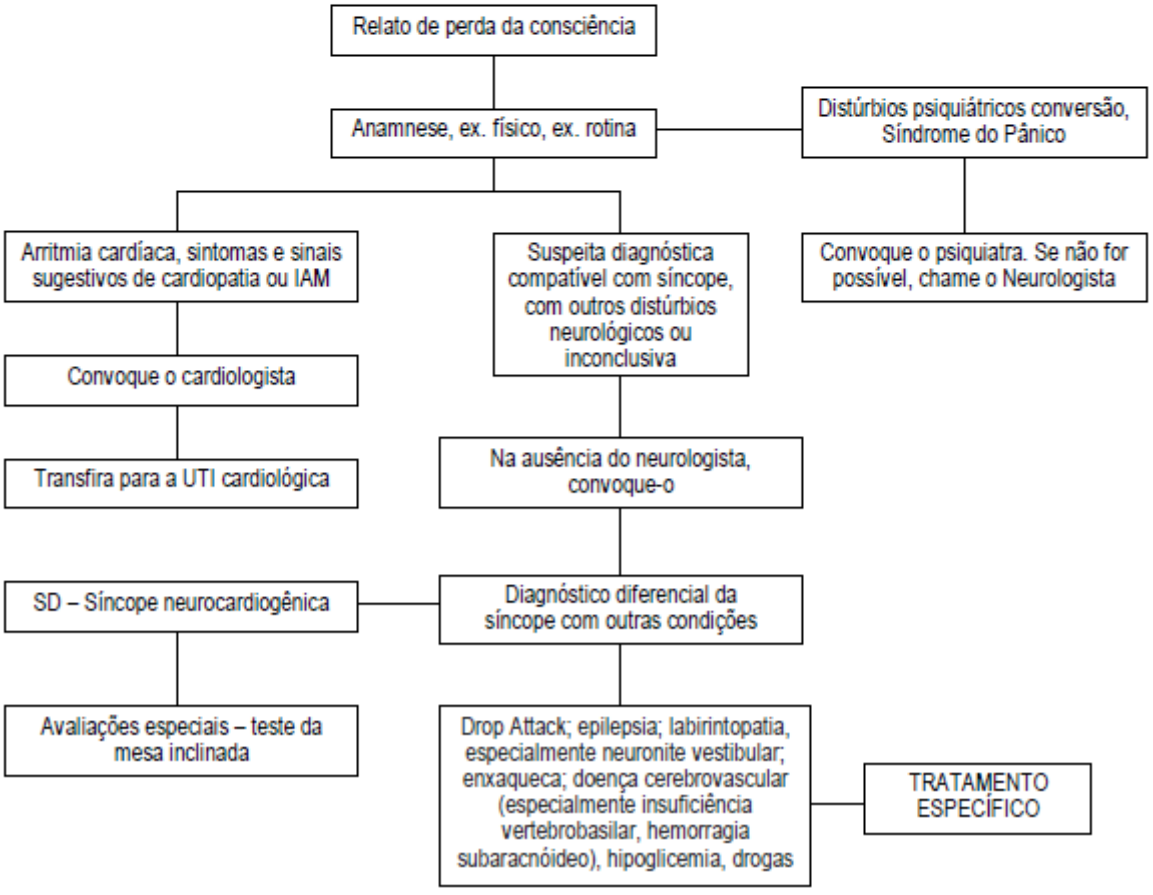
3- Exame físico

Avaliação de dados vitais (aferir tensão arterial em ambos os membros superiores em decúbito e ortostase); sinais de trauma; disfunções neurovegetativas; exame neurológico.

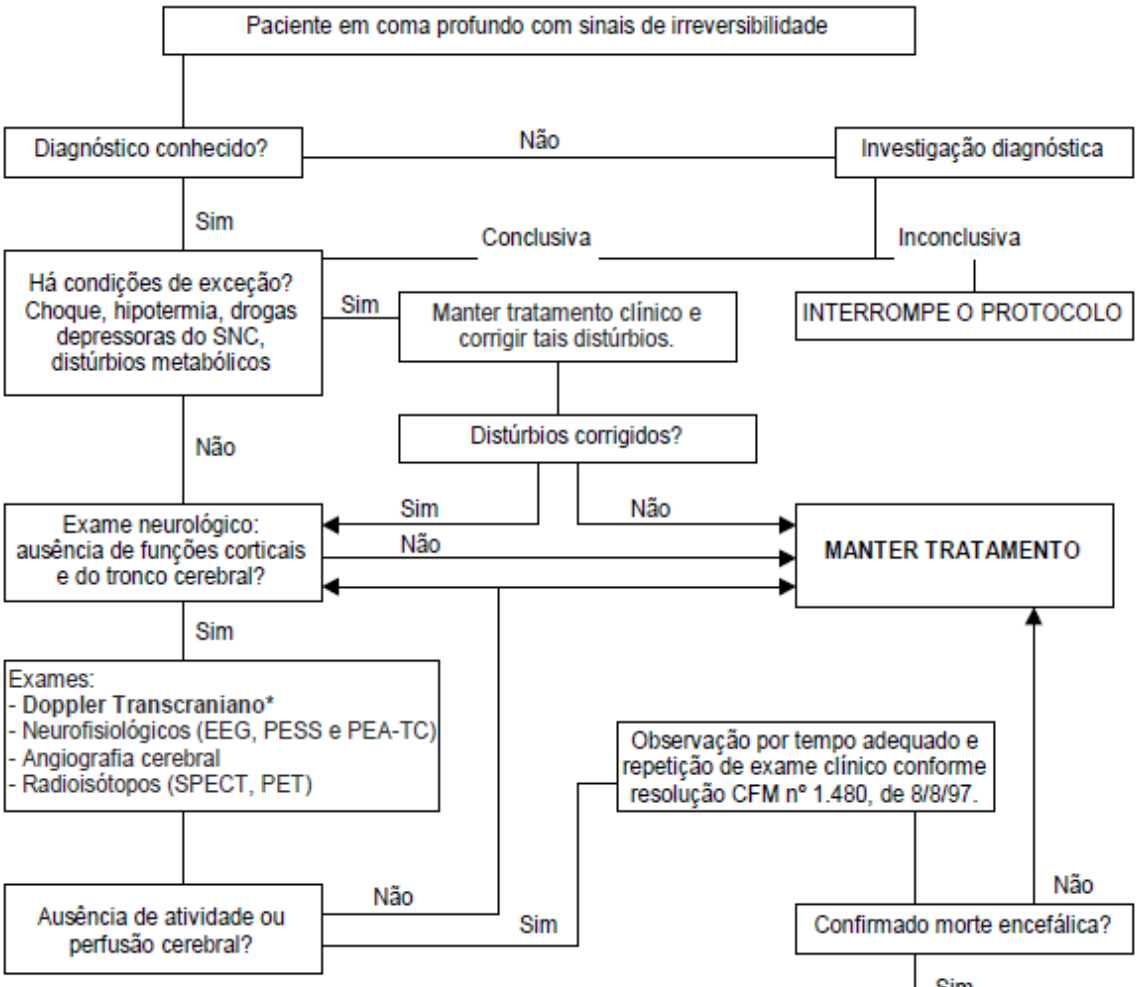
4- Exames de rotina

Hemograma; glicemia; eletrólitos; CK; CKMB; LDH; ECG; EEG, RX do Tórax.

ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SÍNCOPE



DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA



EEG = Eletroencefalograma
PEA-TC = Potencial evocado auditivo – tronco cerebral
PESS = Potencial evocado somatossensitivo
PET = Positron Emission Tomography**
SPECT = Single Photon Emission Computer Tomography***
* No HSR, o método mais adequado no momento é o Doppler transcraniano.
** Tomografia por emissão de pósitrons.
*** Tomografia computadorizada por emissão de fóton único.

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA
PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA

ANEXO
IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL
TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA
(Res. CFM nº. 1.480, de 8/8/97)

Nome:_____
Pai:_____
Mãe:_____
Idade: ____ anos _____ meses _____ dias_____ Data de Nascimento _____
Sexo: M F Raça: A B N Registro Hospitalar: _____

a. Causa do Coma:
a.1. Causa do coma
a.2. Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame

a) Hipotermia Sim ( ) Não ( )
b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central Sim ( ) Não ( )
Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

b. Exame Neurológico
Atenção: verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes da tabela abaixo:

Idade	**Intervalo**
7 dias a 2 meses incompletos	48 horas
2 meses a 1 ano incompleto	24 horas
1 ano a 2 anos incompletos	12 horas
Acima de 2 anos	06 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO. Obrigatoriamente, para todos os itens abaixo).

Elementos do exame neurológico	**Resultados**	
	1º exame	2º exame
Coma apreceptivo	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
Pupilas fixas e arreativas	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
Ausência de reflexo córneo-palpebral	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
Ausência de reflexos oculocefálicos	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
Ausência de respostas às provas calóricas	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
Ausência de reflexo de tosse	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
Apnéia	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não

c. Assinaturas dos Exames Clínicos
(Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante).

1 – Primeiro Exame
Data:_____ Hora:_____
Nome do Médico: _____
CRM:_____ Fone:_____
End.:_____
Assinatura:_____

2 – Segundo Exame
Data:_____Hora:_____
Nome do Médico:_____
CRM:_____ Fone:_____
End._____
Assinatura:_____

d. Exame Complementar

Indicar o exame realizado e anexar laudo com identificação do médico responsável.

1. Angiografia cerebral	2. Cintilografia radioisotópica	3. Doppler Transcraniano	4. Monitorização da Pressão Intracraniana	5. Tomografia Computadorizada com Xenônio
6. Tomografia por emissão de fóton único	7. EEG	8. Tomografia por emissão de pósitrons	9. Extração cerebral de oxigênio	10. Outros (citar)

e. Observações:

1 Interessa, para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente a arreatividade supra-espinal. Conseqüentemente, não afasta este diagnóstico a presença de sinais de reatividade infra-espinal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos reflexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2 Certificar-se de que não há obstrução do canal auditivo por cerúmem ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame.

2.2 Usar 50 ml de líquido (soro fisiológico, água, etc.) próximo de 0 graus Celsius em cada ouvido.
2.3 Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.
2.4 Constatar a ausência de movimentos oculares.

3. Teste da apnéia – no doente em coma, o nível sensorial de estímulos para desencadear a respiração é alto, necessitando-se da pCO_2 de até 55mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região pontobulbar ainda esteja integrada. A provada epnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

3.1 Ventilar o paciente com 0_2 de 100% por 10 minutos.
3.2 Desconectar o ventilador.
3.3 Instalar cateter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.
3.4 Observar se aparecem movimentos respiratórios por 10 minutos ou até quando o pCO_2 atingir 55 mmHg.

4. Exame complementar. Este exame clínico deve estar acompanhado de um exame complementar que demonstre inequivocadamente a ausência de circulação sangüínea intracraniana ou atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 e 6) com relação ao tipo de exame e faixa etária.

5 Em pacientes com dois anos ou mais – 1 exame complementar entre os abaixo mencionados:

5.1 Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.
5.2 Atividade elétrica: eletroencefalograma.
5.3 Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.

6 Para pacientes abaixo de 2 anos:

6.1 De 1 ano a 2 anos incompletos: dois eletroencefalogramas com intervalo de 12 horas.
6.2 De 2 meses de idade a 1 ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas.
6.3 De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos): dois eletroencefalogramas com intervalo de 48h.

7. Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434/97, art. 13).

ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA

1- Considerações Gerais

Essa é uma condição extremamente grave que exige uma abordagem clínica inicial com medidas gerais.

A- Avaliação da ventilação, se necessário, intubar imediatamente.
B- Correção de distúrbios hemodinâmicos.
C- Venóclise e coleta de sangue para exames laboratoriais rotineiros e especiais.
D- Administrar tiamina e glicose, conforme algoritmo.
E- História clínica detalhada – com ênfase em questões sobre: trauma, intoxicações, alcoolismo, uso de drogas; doenças prévias como: diabetes, epilepsia, hipertensão, cardiopatias, cirrose, insuficiência renal.
F- Exame clínico – sinais de trauma, infecções, lesões cutâneas por administração de drogas intravenosas, coloração da pele e das mucosas, sinais clínicos de doenças sistêmicas.
G- Proteja os olhos, controle a agitação, instale sonda vesical e nasoenteral, evite complicações relacionadas com a imobilidade (profilaxia de trombose venosa profunda), inicie a profilaxia da úlcera de stress.

2- Importantes informações para o diagnóstico e conduta do paciente em coma

1- A avaliação neurológica do paciente em coma, requer uma sistemática que permita um diagnóstico rápido e um tratamento adequado.
2- Para que haja comprometimento do nível de consciência, é necessário que exista uma das seguintes alternativas:

a) Lesão anatômica ou funcional da formação reticular mesencefálica.
b) Disfunção bilateral dos hemisférios cerebrais.
c) Lesões associadas dessas duas estruturas.

3- As condições que produzem as alternativas acima são as seguintes:

a) Lesões supratentorias que comprimem ou deslocam o diencéfalo ou o tronco encefálico (tumor cerebral, AVC, hematoma subdural e outras).
b) Encefalopatias metabólicas, tóxicas ou infecciosas, as quais comprometem difusamente ambos os hemisférios cerebrais (hipo/hiperglicemia, uremia e outras).
c) Lesões expansivas ou destrutivas infratentoriais, que promovam dano ou compressão à formação reticular mesencefálica (hemorragia e infarto cerebelar, neoplasias e outras).

4- É importante o diagnóstico diferencial com os distúrbios psiquiátricos que cursam com ausência de resposta.

5- A chave para o diagnóstico consiste em:

a) Interpretação adequada dos sinais que refletem o comprometimento dos diversos níveis do encéfalo.
b) Determinar qual das condições citadas no item 3 pode ser a responsável pelo quadro atual do paciente. A tabela 1 indica os correspondentes sinais e sintomas característicos.

Tabela 1- Características clínicas das condições que determinam o estado de coma

1-Massas ou lesões supratentoriais que comprimem ou deslocam o diencéfalo ou tronco cerebral:	2- Massas infratentoriais ou lesões que causam coma:
a) Sinais de disfunção progressiva "rostro-caudal". b) Sinais que traduzem o comprometimento de uma determinada região do encéfalo. c) Posturas assimétricas com ou sem estímulos.	a) História anterior de disfunção do tronco encefálico b) Rápida instalação do coma. c) Sinais de comprometimento do TE procedendo ou concomitante. (Paresias ou paralisias de nervos cranianos). d) Aparecimento precoce de disfunção neurovegetativa.
3- Coma de origem metabólica, tóxica ou infecciosa:	**4- Distúrbios psiquiátricos causando falta de resposta aos estímulos:**
a) Confusão mental e estupor precedendo os sinais motores. b) Sinais motores, quando presentes, freqüentemente simétricos. c) Reações pupilares usualmente conservadas. d) Asterixis, mioclonias, tremores e convulsões são comuns. e) Hiper ou hipoventilação são freqüentes.	a) Fechamento ativo das pálpebras. b) Pupilas reativas ou dilatadas (cicloplégicas). c) Reflexo óculo-vestibular fisiológico. d) Tônus motor inconsistente ou normal. e) Eupnéia ou hiperventilação são usuais. f) Nenhum reflexo patológico está presente. g) EEG normal.

c) Estabelecidos os prováveis mecanismos do estado de coma, o neurologista deve investigar a natureza etiológica. Estudos de imagem, laboratoriais, eletrofisiológicos e eventualmente testes terapêuticos são os recursos disponíveis. Na tabela 1, subitem 4, observe as características clínicas dos distúrbios psiquiátricos que mimetizam o estado de coma.

3- O Exame neurológico do paciente em coma

a) Avaliação do nível de consciência (com e sem estímulo) – descrever com detalhes:
- Resposta verbal
- Abertura ocular
- Resposta motora

b) Ritmo respiratório

c) Fundoscopia

d) Nervos cranianos
- Exame das pupilas
- Motricidade ocular extrínseca: oftalmoplegias supranucleares, nucleares e internucleares; observação de movimentos espontâneos como nistagmo, opsoclonus, bobbing ocular.
- Reflexo óculo-cefálico (olho de boneca) e óculo-vestibular (prova calórica).
- Reflexo córneo-palpebral.
- Reflexo de tosse- Resposta motora

e) Motricidade
- Movimentos involuntários
- Força muscular
- Tônus e posturas anormais (decorticação, descerebração)
- Reflexos profundos e superficiais

f) Sinais de irritação meningo-radicular

g) Avaliação autonômica (midríase, taquicardia e hipertensão à estimulação álgica)
Obs.: referir o escore da escala de Glasgow.

ATENDIMENTO A PACIENTES COM CEFALÉIA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

1- Introdução:

De todos os estados dolorosos que atingem os seres humanos a cefaléia é sem dúvida uma das queixas mais comuns nas unidades de emergência. A cefaléia pode estar associada a diversas condições, como trauma de crânio, intoxicação alcoólica, depressão, tumor cerebral ou representar uma cefaléia primária como a enxaqueca, havendo estimativas de que 90% dos homens e 95% das mulheres tenham cefaléias por ano. Estima-se que a cefaléia seria responsável por 1% a 16% de todas as visitas nas unidades de emergência. Em um estudo recente, do Serviço de Neurologia do Hospital São Rafael, onde foram selecionados randomicamente 1.200 fichas de pacientes com idade > 13 anos, atendidos na Unidade de Emergência durante o ano de 1996 (100/mês), mostrou a alta freqüência de cefaléia nesta unidade de Salvador (10,9%).

Determinar características da dor deve ser prioridade na anamnese dirigida, assim como obter informações sobre fenômenos premonitórios, padrão de início, localização, duração, intensidade, irradiação, freqüência, sintomas associados, tipo de dor assim como fatores agravantes e de alívio, medicamentos já utilizados e seu padrão de consumo. Os demais elementos da anamnese também são importantes, como o interrogatório sistemático e os antecedentes. O exame físico e o neurológico podem confirmar o diagnóstico sugerido pela anamnese.

Existe uma classificação atual elaborada em 1988 pela Sociedade Internacional de Cefaléia que é abrangente, porém, ainda necessita de ajustes. A cefaléia pode estar na dependência de uma patologia orgânica intracraniana ou extracraniana, ou de uma doença sistêmica. Nesses casos, ela pode ser o primeiro sintoma e único por um certo intervalo de tempo e que se pode chamar de cefaléia sintomática. As cefaléias sintomáticas de doença primariamente neurológica são, habitualmente, de instalação aguda (hemorragias cerebrais e meníngeas, meningites e meningoencefalites) ou subaguda (abscessos cerebrais) e freqüentemente estão associadas com vômitos e febre.

Podem, contudo, ter um início insidioso, com aumento progressivo da intensidade da dor, o que é característico das neoplasias intracranianas.

Freqüentemente, a dor de cabeça decorre de mecanismos fisiopatogênicos nem sempre totalmente elucidados e que são desencadeados por fatores variados, às vezes múltiplos ou desconhecidos pelos pacientes. Nesses casos a dor de cabeça é a queixa principal, constituindo-se na própria doença. É o caso da enxaqueca, da cefaléia tensional e da cefaléia em salvas que tem características próprias.

Em crianças e adolescentes, o início abrupto de cefaléia severa é freqüentemente causada por infecção do trato respiratório superior ou por enxaqueca. Atenção especial deve ser dada em crianças com dor em região occipital. Tumores cerebrais e hemorragia intracraniana são raros em crianças e quando presentes são acompanhados de múltiplos sinais neurológicos.

Considerando sua elevada prevalência, poucos estudos foram conduzidos no Brasil, em particular no que diz respeito ao tratamento da cefaléia em emergências. Em nosso meio, boa parte dos hospitais públicos não conta com medicações específicas para o tratamento da crise enxaquecosa, como compostos ergotamínicos ou triptanos. Usam-se, em geral, analgésicos e antiinflamatórios não hormonais parenterais. Por outro lado, drogas de uso freqüente em nosso meio, tal como a Dipirona, não são rotineiramente utilizadas em outros países. Pelo fato da Dipirona não ser droga aprovada pelo FDA e os hospitais da América do Norte e Europa disporem de drogas específicas para o tratamento das cefaléias primárias, praticamente não existem estudos sobre a eficácia dessa droga nesses países. No entanto, estudos retrospectivos no Brasil demonstram que a Dipirona promoveu alívio da dor em cerca de 80% dos casos em que foi utilizada. É, portanto, droga barata, eficaz e, a nosso ver, segura, sendo necessários estudos duplo-cegos, randomizados, adotando os critérios de melhora dos sintomas mais utilizados em pesquisas atualmente, para avaliação de seu real papel no tratamento das cefaléias agudas.

A associação Diclofenaco e Dipirona não conferiu eficácia adicional à Dipirona isoladamente. O Diclofenaco foi a segunda droga mais utilizada. Apresentou sua maior eficácia nos casos de cefaléia tensional em um estudo recente realizado no Brasil. Antieméticos parecem aumentar a eficácia analgésica, além de diminuírem a morbidade causada por náuseas e vômitos. A Clorpromazina foi utilizada na maior parte das vezes em que os sintomas não cederam com outras drogas, tendo sido segura e eficaz nesses casos. Assim tais drogas apresentam perfis semelhantes em eficácia e custo, que justificam estudos mais aprofundados.

CEFALÉIA

ANAMNESE
(sinais de alerta)
Dor de início após 50 anos

Instalação súbita

Piora progressiva (duração, freqüência e/ou intensidade) - ■

Piora com tosse, esforço excessivo e/ou atividade sexual - ●

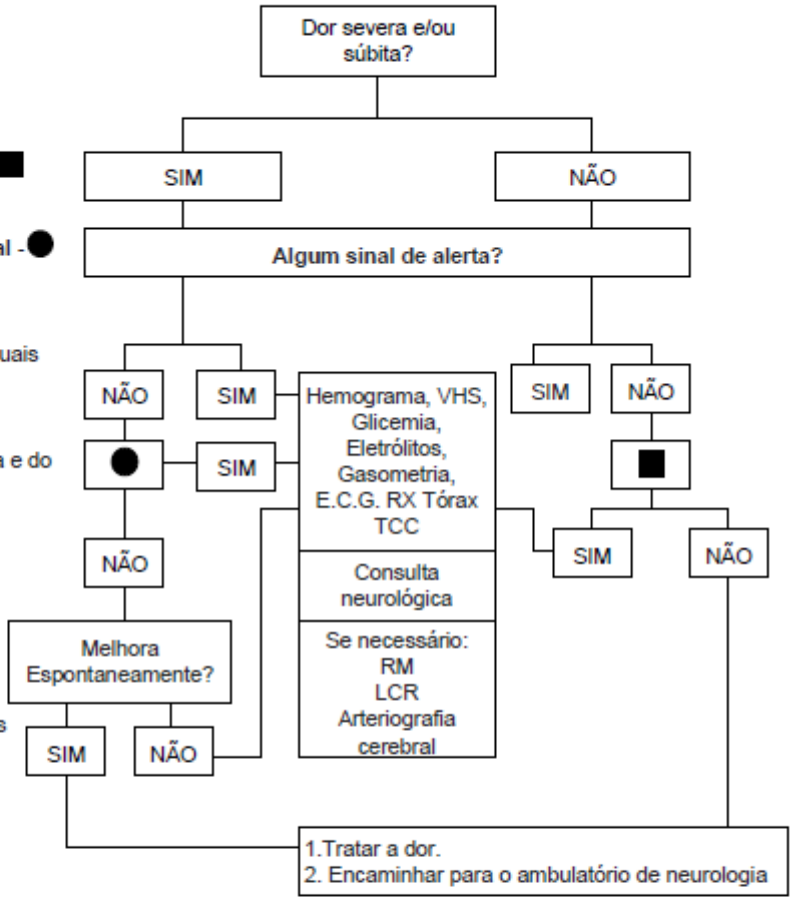
Confusão mental

Perda de memória, distúrbios visuais

Tontura intensa, vômitos

Distúrbio da coordenação motora e do equilíbrio

EXAME FÍSICO
Hipertensão e febre
Alteração de consciência
S.I.M.
F.O: papiledema, hemorragia, anisocoria e/ou pupilas pouco reativas, queda da pálpebra.
Hipoestesia em face ou membros
Fraqueza muscular
Assimetria de ROT
Resposta plantar anormal
Incoordenacão e desequilíbrio
Alteração do pulso carotídeo



Obs.:
- Se o neurologista for disponível na emergência, deve fazer o primeiro atendimento. Em torno de 90% das cefaléias na unidade de emergência têm causa neurológica.
- Internação: para cefaléias secundárias de causa neurológica e para as seguintes primárias 1- Estado de Mal Enxaquecoso e 2- "Enxaqueca transformada"/cefaléia crônica diária.

Tratamento (sugestão do autor)
Cateter Heparinizado ou
Infusão Venosa (a critério do plantonista)
Dipirona 2ml + Glicose 25% 8ml, lentamente
Metoclopramida 1 ampola EV.
AINH – EV

Obs.: *nos casos de migrânea (enxaqueca) utilize, se possível, um triptano.

R.O.T. = Reflexos osteotendinosos
S.I.M. = Sinais de irritação meníngea
F.O. = Fundo do olho
AINH = Antiinflamatório não hormonal
TCC = Tomografia computadorizada do crânio.
RM = Ressonância magnética

INFECÇÃO INTRACRANIANA - SUSPEITA

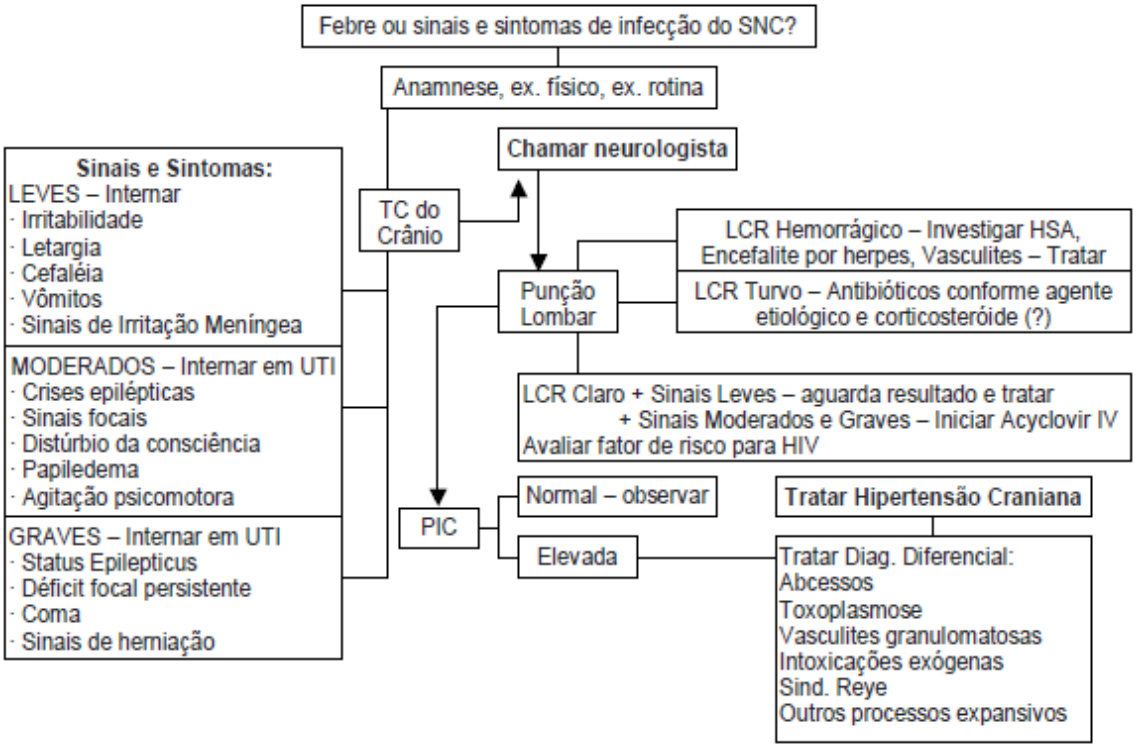
1- ASPECTOS CLÍNICOS:

Anamnese: idade, dados epidemiológicos.
História
Presença de sintomas meningoencefálicos (cefaléia, rigidez de nuca, fotofobia, letargia, vômitos repetidos, crises epilépticas, febre)
Duração dos sintomas
Infecções associadas (sinusite, mastoidite, celulite, pneumonia, endocardite)
Fatores de risco (DM, alcoolismo, TCE recente, neurocirurgia, drogadição, hemoglobinopatias)
Condições imunossupressoras (Aids, linfoma, leucemia, quimioterapia citotóxica, corticóides)
História remota de infecção (BK, Lues, herpes labial e genital)

Exame físico:
Nível de consciência, orientação, afasia.
Petéquias ou rush.
Sinais de mastoidite, sinusite ou pneumonia.
Sopro cardíaco.
Sinais de trauma.
Paralisia de nervos cranianos, fraqueza muscular, déficit sensoriais, ataxia.

Exames Laboratoriais de Rotina
Hemograma, eletrólitos, glicemia
hemocultura; urocultura
tempo de protrombina
hemogasometria arterial;
RX do tórax
Guardar soro da fase aguda

ATENDIMENTO



3 – TRATAMENTO

Recém-Nascidos	Crianças	Adultos	Idosos
Bacilos Gram Negativos	Hemófilos (48%)	Pneumococos	Coliformes por
Streptococos grupo B	Meningococos (20%)	Meningococos	infecções pós TCE,
Listeria	Pneumococos (13%)	Hemófilos	Neoplasias ou DM

Tratamento Antimicrobiano
*** para agente suspeito ou documentado**

S. pneumoniae	Cefotaxime, Ampicilina, Penicilina G, Vancomicina
N. meningitidis	Penicilina G, Cefotaxima, Cloranfenicol
H. influenzae	Cefotaxime, Ceftriaxone
S. aureus (meticilina sensível)	Nafcilina, Oxacilina
S. aureus (meticilina resistente)	Vancomicina + Rifampicina
T. monocitogenes	Ampicilina
Streptococos (grupo A, B, etc)	Penicilina G, Ampicilina
Bacilos Gram Negativos	Ceftriaxone, Cefotaxime, TMP-SMZ
Enterobacterias	Ceftriaxone, Cefotaxime
P. aeruginosa	Aminoglicosídeo + Ceftazidime
S. epidermidis	Vancomicina + Rifampicina
Anaeróbios	Cefotaxime + Metronidazol + Rifampicina
Herpes vírus	Acyclovir
Citomegalovírus	Gancilovir

DOSES

ANTIBIÓTICOS	CRIANÇAS		ADULTOS	
	DOSE TOTAL DIARIA	INTERVALO	DOSE TOTAL DIARIA	INTERVALO
Acyclovir	10 mg/Kg/dose	8 h	10mg/Kg/dose	8 h
Ampicilina	300-400mg/Kg	8h	12g	4/4h
Cefotaxime	200mg/Kg	8 h	8-12g	4/4h
Ceftriaxone	100mg/Kg	12h	8-10g	12h
Ceftazidime	150mg/Kg	8 h	6-8g	8h
Cloranfenicol	50-100mg/Kg	6h	4-6g	6h
Ganciclovir	10mg/Kg/dose	12h	10mg/Kg/dose	12h
Gentamicina	4mg/Kg	8 h	200mg	8h
Metronidazol	30mg/Kg	12h	1,5g	6h
Nafcilin	200mg/Kg	6 h	9-12g	4h
Oxacilina	400mg/Kg	4 h	9-12g	4h
Rifampicina	20mg/Kg	8 h	600mg	8h
Penicilina	400Ku/Kg	4 h	24 milhões u	4 h
TMP-SMZ	20mg/Kg	6 h	20mg/Kg	6 h
Vancomicina	60mg/Kg	6 h	2g	12h

Duração do Tratamento: Adultos – 10 -14 dias; RN acima de 21 dias;
Corticóides Crianças >2 meses - Dexametasona 0,6 mg/Kg/dia nos quatro primeiros dias de tratamento.

FRAQUEZA MUSCULAR AGUDA

1- Considerações gerais

Essa é uma condição grave que requer uma abordagem rápida, prática e eficiente pois em muitas situações existe risco de paralisia definitiva, ou até morte por falência respiratória. A história clínica e o exame físico, sobretudo o neurológico, são os fatores mais importantes para o diagnóstico e o prognóstico desses pacientes.

2- Informações importantes para a conduta

a) A anamnese deve constar, além dos dados rotineiros, os seguintes tópicos: modo de instalação (súbita, aguda, subaguda ou crônica); apresentação (focal, segmentar uni/bilateral ou generalizada), presença de dor, cãibras, disestesias, disfunção esfincteriana, febre, diplopia, disfagia, dispnéia, incoordenação; antecedentes: trauma, neoplasias (prostática, mama, pulmão, timo), endocrinopatias, infecção recente, uso de drogas, etilismo, episódios prévios, claudicação intermitente.

b) O exame físico deve ser completo detalhado, incluindo quando necessária a avaliação da função respiratória. O exame neurológico deve responder se a fraqueza é decorrente de miopatia, do envolvimento da placa mioneural, do comprometimento do SNP ou do SNC.

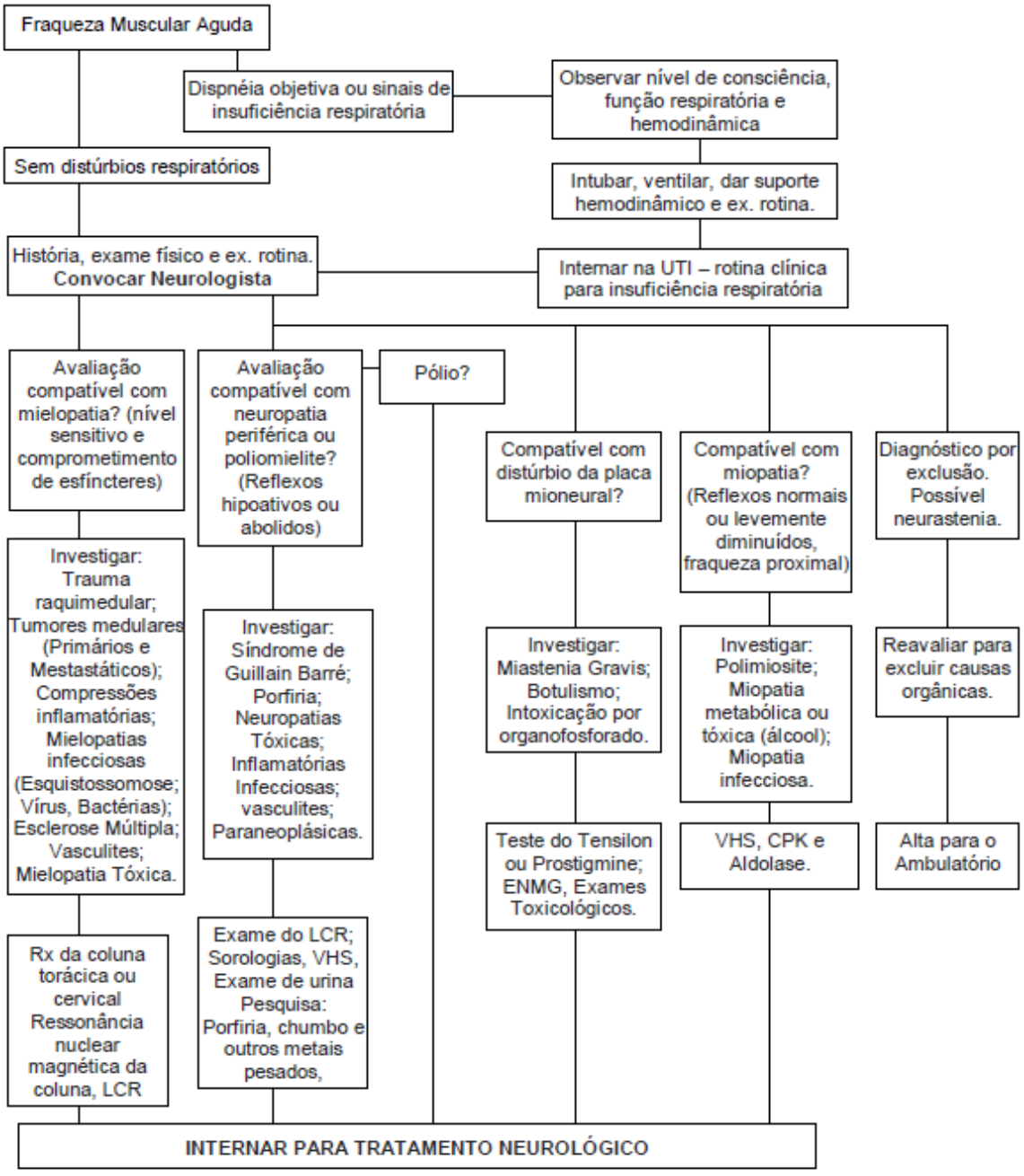
c) Os exames complementares são utilizados para a definição etiológica.

d) Exames de rotina:

Hemograma com plaquetas, VHS, glicemia, eletrólitos (Na+, K+, Ca++, Mg++), CPK, aldolase, TGO, uréia, creatinina, sumário de urina, RX do tórax, ECG.

Obs.: guardar soro da fase aguda.
SNC = Sistema Nervoso Central
SNP = Sistema Nervoso Periférico

ATENDIMENTO NA FRAQUEZA MUSCULAR AGUDA



ABORDAGEM PSICOLÓGICA DO PACIENTE TERMINAL

SOLICITAÇÃO DA FAMÍLIA PARA NÃO INFORMAR AO PACIENTE SOBRE SUA DOENÇA

Conduta: avaliar motivo da solicitação pela família, valorizando sua razão e a possibilidade dela estar correta. Solicitar entrevista com o paciente, sem intenção de revelar o diagnóstico, para sondar o nível do conhecimento do paciente sobre sua patologia. Caso o paciente saiba e questione o médico, relatar a verdade, dentro do limite de conhecimento desejado pelo paciente e conciliá-lo com a família.

INFORMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO AO PACIENTE TERMINAL

Conduta: sentar em local privativo com o paciente (permanecer em pé sugere pressa e dificuldade em lidar com a situação). Solicitar a presença de familiar ou amigo para ajudar na adaptação psicológica do paciente. Avaliar o quanto de informação o paciente deseja, observando sua reação ao anúncio da seriedade do seu estado ou relatar ao paciente que após o término dos exames voltará a se reunir com ele para informá-lo sobre seu quadro. Se o paciente expressar o desejo de não saber mais nada finalizar com uma colocação da conduta a ser realizada, utilizando-se de um eufemismo do tipo "será retirada uma massa do seu abdome". Caso deseje mais informações, fornecê-las de forma gradual, observando até que ponto o paciente deseja saber (isto também ajuda a uma adaptação psicológica progressiva). Se o diagnóstico for sugerido ou solicitado de forma direta pelo paciente, responder de forma breve, descrevendo o problema de forma a dar tempo ao paciente de expressar seus sentimentos. Assegurar a continuidade do atendimento e dos cuidados médicos.

Evitar táticas de distanciamento do tipo:

Normalização: o desconforto ou sofrimento do paciente é explicado como inevitável e normal naquela situação (prefira perguntar pela razão do sofrimento); Apoio prematuro: logo após o paciente manifestar sua preocupação, mostrar uma solução positiva (interromper o diálogo, evitando que o paciente expresse seus sentimentos); Informações prematuras: interrompem o diálogo evitando o aprofundamento da relação médico-paciente durante a entrevista; Mudança de assunto durante abordagem de questões problemáticas para o paciente; Oferecer falsas esperanças; Minimizar a situação de sofrimento.

DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO DE EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO DF

PACIENTE VIOLENTO

O paciente violento é um dos problemas mais difíceis na prática médica de urgência. Devem-se observar os seguintes comportamentos para avaliar o potencial de violência:

1) postura: manter-se em pé, andar de um lado para o outro e atitude tensa sugerem potencial agressivo.

2) discurso: o volume da voz é proporcional à possibilidade de agressividade. Pacientes com discurso acelerado, voz alta e intolerância a abordagem indicam possibilidade de agitação psicomotora.

3) atividade motora: o paciente que apresenta dificuldade em permanecer sentado, acatar orientação e permanecer observando fenômenos circundantes indica maior potencial violento.

Diagnóstico:

O maior indicativo de agressividade seria uma história pregressa de agressividade.

Organizamos o diagnóstico diferencial em três eixos principais que facilitem a procura dos determinantes do quadro, as avaliações necessárias e as condutas a adotar.

1) Quadros de etiologia orgânica: são quadros que, freqüentemente, apresentam alterações de consciência, orientação e outras funções cognitivas e humor, conhecidos como Delirium. Podem apresentar alterações bruscas de comportamento. A abordagem deverá, simultaneamente, pesquisar os distúrbios orgânicos e promover o tratamento da disfunção somática, como garantir a proteção do paciente e reduzir a expressão comportamental observada. Vide mais informações em Transtorno Mental Orgânico.

2) Quadros psicóticos agudos: referem-se como os mais importantes a Esquizofrenia, outras psicoses delirantes e Mania. Podem representar o início de uma psicose, ainda sem tratamento, ou mesmo a reagudização de quadros prévios, por interrupção do tratamento, por exemplo.

3) Quadros não psicóticos e não orgânicos: Destacam-se os Transtornos de Personalidades e situações secundárias a problemas sociais. São situações de menor gravidade médica imediata, mais suscetíveis à abordagem verbal e situacional. Intervenção medicamentosa, quando necessária, deverá utilizar baixas doses.

Tratamento:

Contenção física: se faz necessária quando a abordagem verbal não é suficiente para garantir a realização da entrevista e diagnóstico ou quando o paciente persiste em atitude agressiva e resistente a tratamento.

A contenção física visa exclusivamente a proteção do paciente, equipe e outras pessoas presentes e permitir a avaliação clínica. Deve, portanto, durar tempo limitado e implica em reavaliações freqüentes - pelo menos de hora em hora – e tentar a contenção química.

Sempre que obtiver a tranquilização em período de tempo breve, como observado em quadros não psicóticos, deve-se promover a suspensão da contenção e seu encaminhamento terapêutico conseqüente imediato.

Tratamento medicamentoso: o tratamento medicamentoso visa, em termos gerais, a rápida tranquilização, redução da ansiedade e hiperatividade.

Haloperidol 5mg, por via IM ou VO, até que se obtenha a sedação, com possibilidade de 2 doses após 01 hora, dose máxima total entre 10 a 20mg/dia. Doses maiores deverão ser monitorizadas com ECG (para intervalos QTc alterados considerar avaliação cardiológica e/ou interrupção do neuroléptico). Associar prometazina 25 mg VO/ 50 mg IM ou biperideno 5mg IM/ 2 mg VO.

Benzodiazepínico: diazepam ou clonazepam, por VO, devem ser cogitados, em casos de agressividade com ansiedade acentuada.

Embora diversos esquemas sejam propostos, o esquema acima evita, ao máximo, o rebaixamento de consciência e complicações sistêmicas como alterações dos sinais vitais.

O tratamento do quadro específico deverá ter prosseguimento, após abordagem de emergência, em regime de internação ou ambulatorial.

A prescrição, quando de alta, deve prover pequena quantidade de medicamentos ao paciente para prevenir processos de automedicação, tratamentos inadequados e dependências.

SUICÍDIO

Há consenso geral de que as taxas detectadas de suicídio revelam apenas uma parte dos suicídios realmente existentes. Isto se deve a problemas no registro deste evento causados pelas atitudes culturais em relação ao fato, pela superposição de suicídio com outros diagnósticos como ferimento por arma de fogo ou arma branca, intoxicações exógenas (álcool e outras), acidentes e, particularmente em nosso país, a baixa confiabilidade dos dados oficiais por problemas de coletas, armazenamento e processamento.

Além disso, há uma série de eventos que podem ser tentativas de suicídio (no sentido que o individuo objetiva a auto-eliminação), mas cuja caracterização enquanto tal é bastante difícil: acidentes de carro, dose excessiva de medicamentos, abandono de tratamentos, descumprimentos de orientações médicas (por exemplo, diabéticos que interrompam o uso de insulina e passem a ingerir açúcar em grandes quantidades) etc.

Após todas essas considerações, vamos mencionar alguns dados para melhor dimensionar o problema.Em todos os países ocidentais, **o suicídio está entre as dez primeiras causas de morte.** Estima-se, que, a cada dia, mais ou menos 1.000 pessoas cometem suicídio no mundo.

Existem sete doenças do SNC que se associam com maior freqüência a suicídio:

1. Epilepsia;
2. Traumatismo craniano
3. Doença cardiovascular
4. Coréia de Huntington
5. Demências
6. AIDS
7. Esclerose Múltipla

É importante lembrar que todas estas doenças podem se associar a Transtorno de Humor, orgânicos ou funcionais e à disponibilidade de medicações freqüentemente utilizadas em tentativas de suicídio. Ou seja, a maioria dos suicídios ocorre secundariamente a Transtornos Mentais. Seriam eles:

Depressão Maior; Abuso de Substâncias; Esquizofrenia e; Transtornos de Personalidade Grave.

Sumarizando:

1) Quando da chegada do paciente com suspeita de tentativa de suicídio à unidade de emergência, a prioridade para os cuidados clínicos devem incluir testes abrangentes para detecção de drogas comumente utilizadas para tentativas de suicídio, mesmo que o meio aparente não seja este.

2) Já nesta fase deve-se tentar obter o máximo de informações possível dos acompanhantes sobre as condições imediatas e mediatas onde ocorreu a tentativa.

3) A avaliação psiquiátrica conclusiva deve ser feita apenas após a desintoxicação completa.

4) A pesquisa de transtornos psiquiátricos e fatores de estresse social e psicológico deve ser extensiva.

5) Os principais fatores de risco a serem observados são: sexo masculino, acima de 45 anos, sem cônjuge, desempregado, sem suporte familiar, acesso fácil a meios potencialmente letais, com doença crônica, depressão, psicose, transtorno de personalidade ou dependência de álcool ou outras substâncias psicoativas, tentativa prévia de suicídio, ideação suicida persistente e tentativa violenta.

6) Quanto à decisão sobre a conduta a ser tomada, deve-se levar em conta as condições do paciente, suporte de familiares e amigos e condições de tratamento extra-hospitalar.

7) Não existe qualquer verdade no mito de que falar sobre o suicídio pode induzi-lo.

TRANSTORNOS ANSIOSOS

A ansiedade pode se apresentar como emergência psiquiátrica pura ou ser diagnosticada a partir de seus sintomas somáticos, ou seja, após a avaliação clínica geral.

Não vamos nos estender aqui sobre os sintomas somáticos de ansiedade e seu diagnóstico diferencial com patologias orgânicas. Uma vez estabelecido que o distúrbio proeminente é o Transtorno Ansioso, resta fazer a seguinte distinção:

Ansiedade normal: é aquela que se apresenta como reação compreensível a fenômenos vivenciais. Por exemplo, após assalto, morte de ente querido, etc.

Ansiedade patológica: é aquela secundária a alguns dos vários Transtornos Ansiosos como o Transtorno do Pânico, Fobias, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, entre outros.

Ansiedade associada a outras patologias psiquiátricas: é a ansiedade como sintoma em Transtornos do Humor e/ou quadros psicóticos.

Tratamento:

No primeiro caso, a medicação ansiolítica pode ser evitada, bastando, na maioria das vezes, uma atitude suportiva e continente. A presença de amigos e familiares e a certeza da ausência de patologia ou risco físico iminente podem ser suficientes para a redução dos sintomas. Caso contrário, o uso de benzodiazepínicos por via oral, em doses baixas, é indicado. Não deve ser prescrita medicação de manutenção.

Na ansiedade secundária a Transtornos Ansiosos, a ausência de patologia ou risco físico iminente também são importantes, mas devem ser associados à administração de benzodiazepínicos por via oral.

O encaminhamento para tratamento ambulatorial é, provavelmente, a conduta mais importante . A prescrição de benzodiazepínicos para o período (que deve ser curto) entre a alta do serviço de emergência e o início do tratamento ambulatorial, pode ser benéfica.

Quando a ansiedade for secundária a quadro psicótico, o tratamento deste com neuroléptico é a conduta mais adequada. Neste caso a utilização de neurolépticos de alta potência por via intramuscular é o mais adequado. A sugestão é o uso de haloperidol 5mg, por via IM ou VO, até de 8/8 horas, associado a prometazina 25 mg VO/ 50 mg IM ou biperideno 5mg IM/ 2 mg VO.

Quando for secundária a Transtorno do Humor, a prescrição de benzodiazepínicos pode ser utilizada até que o tratamento específico promova a melhora do quadro. Neste caso, o inicio rápido de ação é a variável mais importante, sugerimos então o uso de diazepan 5mg VO, que pode ser repetido após uma hora, caso a sintomatologia ansiosa não tenha cedido. Caso haja a previsão do reaparecimento da sintomatologia depois de cessado o efeito da medicação, esta deverá ser prescrita para uso diário. Aí a variável mais importante é a meia-vida longa do benzodiazepínico. Novamente, o diazepam é uma boa alternativa em doses de 5 a 20mg ao dia, dependendo do grau de sedação do paciente.

Em ambos os casos, dependendo da intensidade do transtorno, o tratamento hospitalar é uma hipótese a ser considerada.

GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

A reação da paciente e sua família pode variar conforme a estruturação psicológica de cada um. As reações à gravidez e ao puerpério são influenciadas por fatores culturais e devem ser avaliados de acordo. Determine se os membros da família e amigos da paciente consideram seus pensamentos e comportamentos anormais.

As situações mais comumente encontradas são:

Início de sintomas ou agravamento destes durante período gestacional ou puerpério;

Mulheres com risco alto de apresentarem quadro psiquiátrico puerperal e que planejam amamentar.

Psicose Puerperal é uma Síndrome que ocorre após parto, caracterizada por grave depressão e delírios. A maioria dos casos ocorre dois a três dias após o parto. As queixas iniciais de insônia, inquietação e labilidade emocional evoluem com confusão, irracionalidade, delírios e preocupações obsessivas em relação à criança. São característicos os pensamentos de querer lesar o recém-nascido ou a si mesma.

Tratamento:

O tratamento medicamentoso deve ser evitado durante a gestação e a amamentação. A abordagem medicamentosa envolve a comparação entre o risco da administração para o feto com o risco de não oferecer o medicamento para a mãe. Em geral, evite dar medicamentos durante a gestação, principalmente nos 03 (três) primeiros meses, já que podem ser teratogênicos ou causar outros efeitos tóxicos sobre o feto.

A emergência mais comum em gestantes e puérperas é o quadro psicótico. Pode ser usado um neuroléptico de alta potência e mais antigo, portanto mais estudado – ex: haloperidol, em dose de 5mg a 20 mg por dia, VO ou IM, conforme necessário. A clorpromazina 25 mg VO ou IM, também é uma droga segura e bem estuda. Quando necessário, em casos de agitação intensa e insônia, um benzodiazepínico pode ser associado.

Precações contra suicídio; não deixar o recém-nascido sozinho com a mãe, se houver presença de delírios ou se houver ruminações acerca da saúde da criança.

Encaminhamento para internação e/ou tratamento ambulatorial.

SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS

De acordo com o DSM – III – R, **delirium** deve ser diagnosticado quando houver redução da capacidade de manter e/ou mudar o foco da atenção, pensamento desorganizado e pelo menos dois dos seguintes:

Diminuição do nível de consciência; distúrbios senso-perceptivos (ilusões ou alucinações); distúrbios no ciclo sono-vigília com sonolência diurna e insônia noturna; aumento ou diminuição da atividade psicomotora; desorientação têmporo -espacial ou pessoal; prejuízo de memória de fixação.

Este quadro tende a ser abrupto e flutuar em curtos períodos de tempo.

Deve haver também a evidência de um fator orgânico específico ao qual se possa atribuir o quadro ou ausência de outros quadros psiquiátricos que possam justificar estas alterações.

A presteza na intervenção adequada pode ser decisiva no curso do quadro e na determinação de seqüelas posteriores.

Existem outros quadros psiquiátricos que podem mimetizar **delirium** como: depressões graves; psicoses; agitações maníacas e; ansiedade extrema.

Apesar disso, se após avaliação adequada for mantida a suspeita de **delirium**, as condutas devem seguir, prioritariamente, este diagnóstico.

Pacientes com idade avançada ou comprometimento cerebral prévio são mais suscetíveis a apresentarem quadros de **delirium** mesmo com alterações clínicas leves.

Existem várias causas de delirium, apontaremos aqui, apenas como lembrete, tipos de patologias cerebrais e extracerebrais que podem se associar a quadros de delirium:

1) Uso ou abstinência de substâncias psicoativas;
2) Isquemia cerebral difusa ou em território vértebro-basilar;
3) Hipóxia, hipoglicemia, distúrbios hidroeletrolíticos, hormonais e carências vitamínicas graves;
4) Falência de outros órgãos (insuficiências renais, hepáticas, cardíacas etc);
5) Quadros ictais e pós-ictais;
6) Traumatismo craniano;

7) Lesões expansivas;
8) Doenças infecciosas do SNC ou de outros órgãos (encefalites, AIDS,...);
9) Doenças inflamatórias do SNC;
10) Causas mistas.

Deve-se utilizar dados de história, exame físico cuidadoso e investigação laboratorial complementar e exames de imagem (tomografia computadorizada e ressonância magnética de cérebro). É sempre importante lembrar que a identificação de uma causa não exclui a presença de outras. Por exemplo, pacientes alcoolistas com delirium podem apresentar, concomitantemente, abstinência e infecção de SNC.

Medidas Gerais:

Algumas medidas gerais podem facilitar o manuseio destes pacientes:

Ambientes mal iluminados facilitam o aparecimento de distúrbios senso-perceptivos, deve-se, portanto, manter o ambiente sempre iluminado.

Indicadores que facilitam a orientação do paciente (relógios, calendários e vista da luz do dia).

Prover orientação adequada ao paciente, nos períodos de lucidez, em relação ao ambiente e eventual uso de equipamentos e manipulações, ainda que seja necessário repetir várias vezes a mesma informação.

Muitas vezes é necessário manter o paciente contido no leito, mesmo quando ele não está confuso no momento, pela flutuação do quadro. Quando isto ocorrer, deve ser explicado clara e insistentemente ao paciente a causa deste procedimento. A contenção é, por si só, um estressante ambiental importante que pode ensejar reações de agressividade ou medo nos pacientes.

Orientar a família e os amigos sobre o delirium e tranqüilizá-los de que os déficits do paciente são geralmente temporários e reversíveis.

Tratamento Medicamentoso:

Quando agitação estiver presente, deve ser dada preferência ao uso de neurolépticos de alta potência pelo fato de que são os que causam o menor grau possível de rebaixamento de consciência e baixo risco de complicação cardiológica.

O haloperidol pode ser utilizado por via oral ou por via intramuscular quando o controle rápido é necessário. O esquema sugerido é o mesmo apresentado no item sobre os pacientes violentos.

Quando houver contraindicações ao uso de neurolépticos (Parkinson, falência hepática) ou quadros associados a convulsões e abstinência de álcool/sedativo-hipnóticos, podem ser utilizados benzodiazepínicos, particularmente lorazepam/diazepam/clonazepam, tendo em mente o risco de causarem sedação e pior desempenho cognitivo.

A avaliação clínica do paciente com delirium (inclusive pacientes psiquiátricos) deve obedecer a rotina que se impõe a qualquer avaliação clínica inicial na prática médica. Neste sentido, além da anamnese completa, recomenda-se a investigação de algumas funções específicas, dada a alta correlação entre suas anormalidades e sintomas psíquicos.

INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL BÁSICA PARA O PACIENTE COM DELIRIUM

Hemograma completo e plaquetas; TGO, TGP, bilirrubinas, fosfatase alcalina; uréia e creatinina; função tireoideana; glicemia; urinálise; eletrólitos; cálcio, magnésio e fósforo; albumina; RX do tórax; gasometria arterial ou saturação de oxigênio; ECG.

1) Ataques de Pânico
2) Episódios Dissociativos
3) Mania ou Hipomania
4) Síndrome Neuroléptica Maligna
5) Discinesias Agudas
6) Abstinência Alcoólica
7) Intoxicação e Abstinência de Substâncias Psicoativas
8) Agitação/Agressividade

Atenção maior quando se tratar de primeira crise e, nestes casos, sempre se deve descartar causa orgânica.

QUADROS PSIQUIÁTRICOS MAIS COMUNS EM EMERGÊNCIA EM HOSPITAL GERAL

1) Ataques de Pânico:

Taquicardia; sudorese; dor pré-cordial; respiração curta.

Situação que exige realização do diagnóstico diferencial com: hipocalemia, hipertireoidismo, IAM, angina e hipoglicemia.

Tratamento:

Benzodiazepínicos são úteis durante o tratamento inicial para alívio mais urgente de ansiedade antecipatória e dos ataques de pânico incapacitantes. Alprazolam pode ser efetivo na dose de 1 a 2 mg/dia, embora muitos pacientes necessitem de 5 a 6 mg/dia, em doses divididas de 2 a 4 vezes/dia; outros benzodiazepínicos são efetivos em dosagens equivalentes.

2) Episódios Dissociativos:

Amnésia psicogênica (localizada); alteração da consciência (discreta); alteração da memória (eventos de curto período); início abrupto; alterações motoras voluntárias (contorções de mãos e braços)
Situação que exige realização de diagnóstico diferencial com: TCE, TU cerebral, acidentes cardio-vasculares e uso de substâncias.

Tratamento:

Benzodiazepínicos (clonazepam) quando a desregulação afetiva apresenta-se como ansiedade; neuroléptico, em doses baixas, para descontrole comportamental grave.

3) Mania ou Hipomania:

Agitação psicomotora; humor eufórico e/ou irritável; aceleramento no discurso e pensamento; dificuldade de concentração.

Situação que exige diagnóstico diferencial com: uso de substâncias (anfetaminas e estimulantes), hipertireoidismo, esclerose múltipla, tumor cerebral e outras doenças neurológicas. Atenção quando sintomas iniciarem após 50 anos, o que é raro, e fala mais para organicidade.

Tratamento:

Controlar rapidamente agitação, agressividade e impulsividade. Benzodiazepínico pode ser útil em curto prazo; neurolépticos VO ou IM nos casos mais graves.

4) Síndrome Neuroléptica Maligna:

Febre; rigidez muscular; diminuição do nível de consciência; taquicardia; labilidade de pressão arterial; sudorese excessiva ; aumento da enzima creatofosfoquinase (CPK); leucocitose; uso de neurolépticos.

Situação que ocorre em decorrência do uso dos chamados neurolépticos típicos (antagonistas dos receptores dopaminérgicos), também podendo aparecer pelo uso dos atípicos (além de bloquear receptores dopaminérgicos atuam também nos serotoninérgicos). Todos os neurolépticos têm o potencial de desencadear sintomas graves, independente de ser típico (haloperidol, periciazina, tioridazina,...) ou atípico (olanzapina, risperidona e clozapina).

Exige diagnóstico diferencial com hipertermia maligna, insolação, encefalites e outras infecções do SNC.

Tratamento:

Deve ser feito em regime de Terapia Intensiva. O neuroléptico deve ser interrompido imediatamente, sendo oferecida medidas de suporte geral com controle dos sinais vitais e encaminhamento para internação em unidade psiquiátrica, em hospital geral (Hospital de Base do DF).

5) Distonias Agudas:

Contrações musculares; crises oculogiratórias; torcicolos; protusão da língua; laringoespasmo; uso de Neurolépticos.

Situação que ocorre,em geral,nas primeiras horas ou dias após a introdução de medicação neuroléptica.

Tratamento:

Anticolinérgicos; em geral é utilizado o biperideno, por via oral ou intramuscular, até de 8/8 horas ou a prometazina. O laringoespasmo é uma situação de risco de vida, exigindo tratamento imediato com estas medicações via endovenosa.

6) Síndrome de Abstinência Alcoólica:

Situação que ocorre quando as pessoas que bebem de forma excessiva diminuem ou param a sua ingesta habitual.

Não complicada:

Tremor; irritabilidade; náuseas e vômitos; taquicardia; aumento da pressão arterial; sudorese; hipoten-

são ortostática; febre; insônia; inquietação psicomotora.

Tratamento:

Verificar anemia, déficit vitamínico, glicemia e descompensações hidroeletrolíticas; investigar comprometimento dos aparelhos gastrointestinal/circulatório/respiratório e SNC.

Aporte hídrico e nutricional. Sedação com benzodiazepínicos: Diazepam 10mg VO a cada hora até sedação leve. Na maior parte dos casos não é necessária dose extra. Suplementar dose, se necessário, após avaliação clínica. Ácido fólico 1 mg VO 04 vezes ao dia; Tiamina 100 mg VO 04 vezes ao dia; Complexo multivitamínico VO 01 vez ao dia; Sulfato de magnésio 1g IM a cada 06 horas por 2 dias; se houver abstinência seguida por convulsões (Mg é um cofator para o metabolismo da tiamina) .

Com Delirium Tremens:

Situação com início cerca de 72 horas após a última dose e duração de 2 a 6 dias.

Estado confusional flutuante; estreitamento do campo vivencial; desorientação temporo-espacial; déficit de memória de fixação; desagregação do pensamento; alucinações visuais e táteis; delírios persecutórios; labilidade do afeto.

Tratamento: necessidade de internação em hospital geral, contenção mecânica e cuidados gerais como repouso absoluto, dieta leve ou jejum. Monitorização da glicemia, dos eletrólitos e da hidratação.

Tiamina: 300 mg /dia IM. Se apresentar confusão mental, ataxia, nistagmo, aumentar a dose.

Diazepam 10 a 20 mg VO de hora em hora ou; Clordiazepóxido 50 a 100 mg VO de hora em hora ou ; Lorazepam (nos casos de hepatopatias graves) 2 a 4 mg VO de hora em hora até sedação leve.

Se convulsão: diazepam 10 mg EV na crise; Se alucinose alcoólica: haloperidol 5 mg IM.

O QUE NÃO FAZER:

Administrar glicose indiscriminadamente (risco de precipitar a Síndrome de Wernicke causada pela deficiência de tiamina). A glicose deve ser aplicada parenteralmente após administração de tiamina.

Administrar clorpromazina ou outros neurolépticos sedativos de baixa potência para controle da agitação (pode induzir convulsões). O mais adequado é o haloperidol.

Hidratar indiscriminadamente

Exames Complementares:

Hemograma Completo; Provas de função hepática: TGO, TGP, Gama-gt, tempo de protrombina, albumina e proteína total e frações; Eletrólitos (Ca, Mg, Na e K); Provas de função renal: uréia e creatinina; Glicemia; Colesterol e triglicerídeo; ECG; EAS; RX de tórax.

7) Intoxicação e Abstinência de Substâncias Psicoativas:

Situações em que o tratamento, de um modo geral, envolve observação de possíveis overdoses, avaliação de possível intoxicação por múltiplas substâncias e patologias clínicas concomitantes, além de tratamento de suporte, como, por exemplo, proteger o paciente de lesões. Maiores informações vide "Manual de Procedimentos de Assistência aos Pacientes de Álcool e Drogas" (Cosam/SES 2006).

8) Agitação/Agressividade:

Situação das mais difíceis na prática médica de urgência. Deve-se observar o comportamento para avaliar o potencial de violência, colher história com familiar e traçar conduta a ser seguida.

Tratamento:

Contenção física se faz necessária quando a abordagem verbal não é suficiente para garantir a realização da entrevista e diagnóstico ou quando o paciente persiste em atitude agressiva e resistente a tratamento.

O tratamento medicamentoso visa, em termos gerais, a rápida tranquilização, redução da ansiedade e hiperatividade.

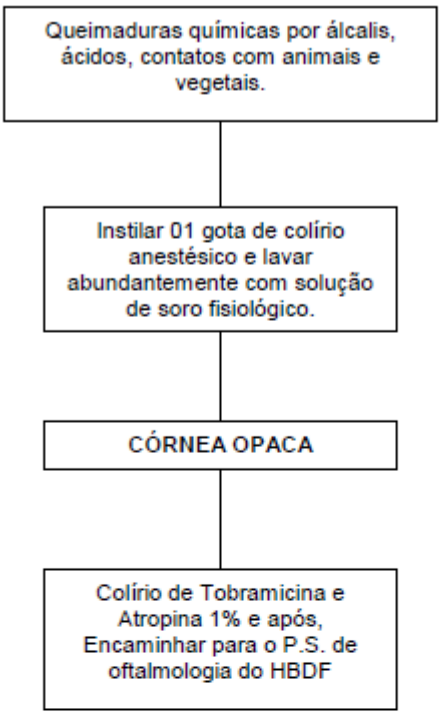
Haloperidol 5mg, por via IM ou VO, até que se obtenha a sedação, com possibilidade de 2 dose após 01 hora, dose máxima total entre 10 a 20mg/dia. Doses maiores deverão ser monitorizadas com ECG (para intervalos QTc alterados considerar avaliação cardiológica e/ou interrupção do neuroléptico). Associar prometazina 25 mg VO/ 50 mg IM ou biperideno 5mg IM/ 2 mg VO.

Benzodiazepínico: diazepam ou clonazepam, por VO, devem ser cogitados, em casos de agressividade com ansiedade acentuada.

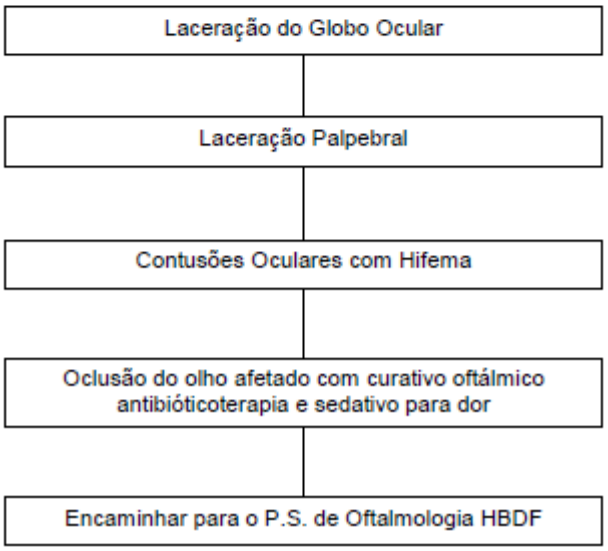
Embora diversos esquemas sejam propostos, o esquema acima evita, ao máximo, o rebaixamento de consciência e complicações sistêmicas como alterações dos sinais vitais.

O tratamento do quadro específico deverá ter prosseguimento, após abordagem de emergência, em regime de internação ou ambulatorial.

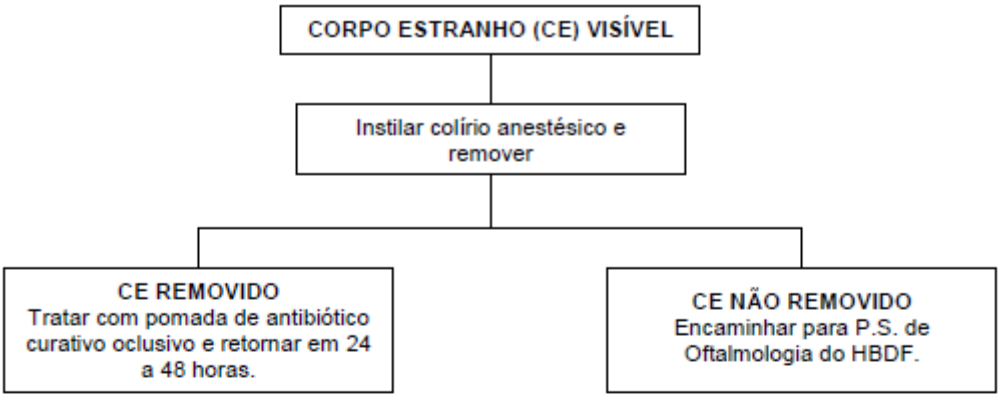
TRAUMAS QUÍMICOS



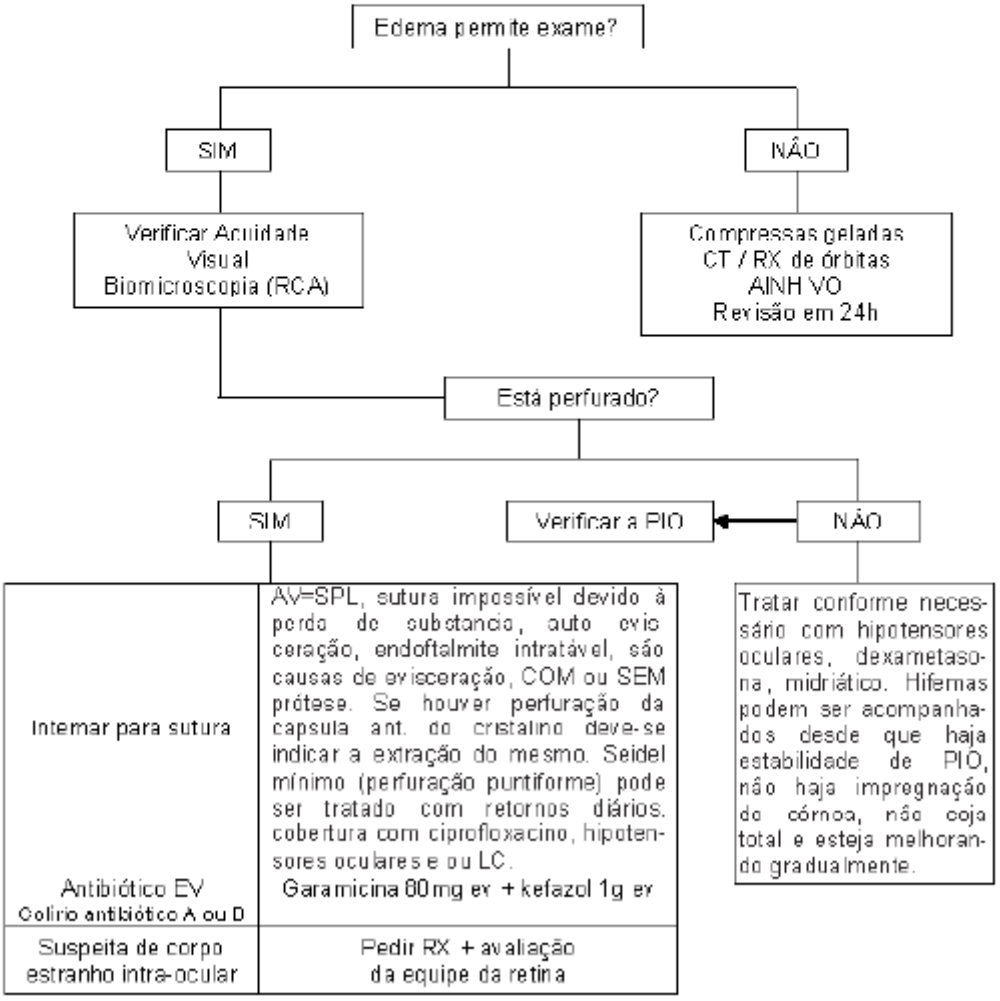
LACERAÇÕES OCULARES



CORPOS ESTRANHOS (CE) CONJUNTIVAIS OU CORNEANOS

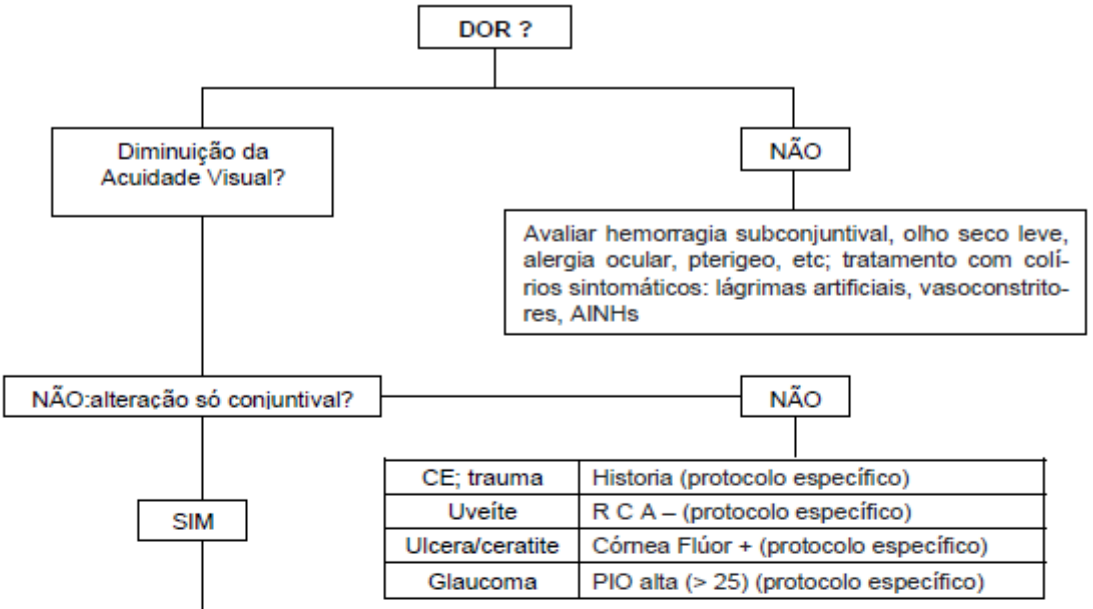


TRAUMA OCULAR



PIO - Pressão Intraocular

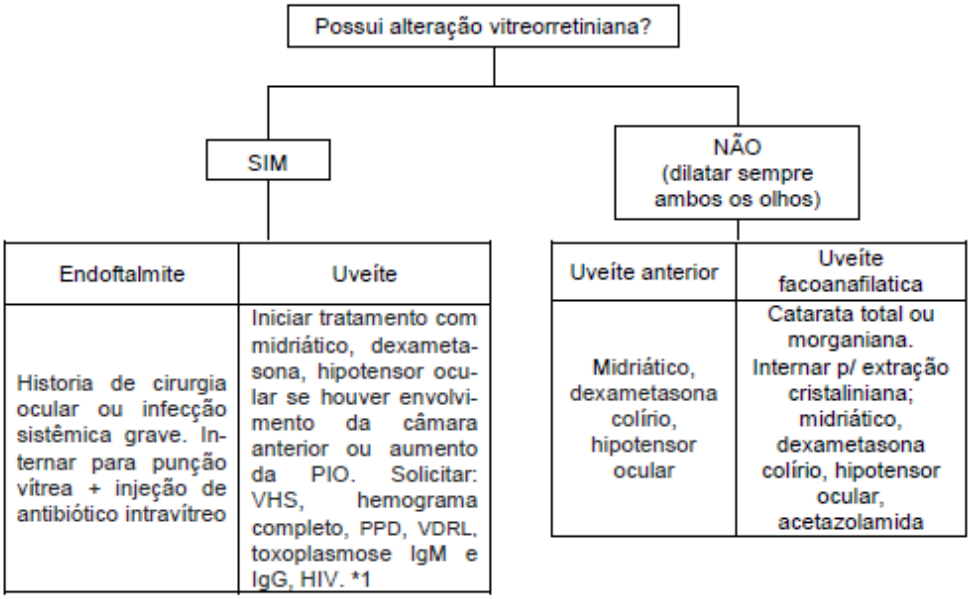
OLHO VERMELHO



Conjuntivite bacteriana	Secreção purulenta, papilas. tobramicina, AINHs, lubrificantes, compressas geladas, higiene.
Conjuntivite viral	Secreção serosa ou mucoide, irritação > prurido, folículos, linfonodo pré auricular +, acompanha quadro viral de vias aéreas superiores. AINHs, lubrificantes, compressas geladas, higiene. A presença de pseudomembranas, ceratite ou nubeculas virais indica o uso de fluormetolona
Conjuntivite alérgica	Secreção serosa, prurido > irritação, papilas, atopia +. AINHs, lubrificantes, dexametasona, antialérgicos, compressas geladas, higiene
Conjuntivite por Clamídia	Olho vermelho crônico (+30d), secreção geralmente serosa, fta Abs p/clamidia +. Azitromicina 1g VO 1x, ou 10mg/kg x3d. pomada de tetraciclina 6/6h
Pingueculite/episclerite	Hiperemia localizada AINHs/fluormetolona/ciclopegico

* NEONATOS: tempo de incubação/etiologia da conjuntivite	
24 horas	Química
Até 48 – 72h	Gonocócica
5 a 7 dias	Bacteriana
10 a 15 dias	Clamídia

UVEÍTES



*1 : Uveite por toxoplasmose: sulfametoxazol + trimetoprim 2 comp. VO 12/12h; pirimetamina 25mg 1 comp. VO por dia; prednisona 20 a 100mg/dia; Ácido Folínico 5mg - 2x por semana; avaliar hemograma semanalmente.

DOR OCULAR PÓS CIRURGIA OFTALMOLÓGICA

Se Cirurgia Intraocular:
1. Acetazolamida 250 mg 3 vezes ao dia;
2. Antinflamatório oral não hormonal;
3. Colírio de corticóide.

Se Cirurgia Extra Ocular:
1. Antibioticoterapia;
2. Antinflamatório oral não hormonal.

Considerar necessidade de exames complementares:
1. Ecografia ocular;
2. Tomografia de crânio e órbita;
3. Mapeamento de retina;
4. Angiografia fluoresceinica.

Encaminhar para ambulatório de retina

ABRASÕES CORNEANAS

Antibioticoterapia com Tobramicina tópica:
Considerar prescrição de analgésico oral e oclusão de área extensa ou muita dor

ÚLCERA DE CÓRNEA

Bacteriana – Antibioticoterapia tópica com colírio de ciprofloxacina e Atropina 1% colìrio.
Fúngica - Natamicina 5% colírio e pomada / colírio de Fluconazol 2%
Antibioticoterapia e internação se extensa ou não responder a tratamento em 48 a 72 h.

ÁREA FLÚOR POSITIVA - : ESTA INFECTADA?

SIM (colher GRAM)

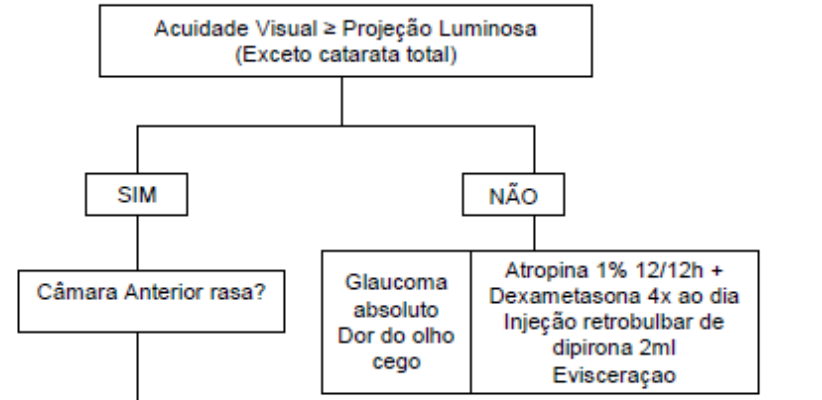
ÚLCERA BACTERIANA Dor muito forte, hiperemia intensa, infiltrado presente, RCA, hipopio	Colírio de ciprofloxacino ou gentamicina fortificada 15-15 min, 30-30 min, 1-1h, midriático, AINH.
ÚLCERA VIRAL (HSV) Padrão geográfico, sem historia de trauma, RCA leve, ↓ sensibilidade corneana, pode acompanhar lesões de pele.	Acyclovir pomada. 5x ao dia Lubrificantes Midriático ciprofloxacino profilático
ÚLCERA FUNGICA (filamentoso – fusarium) Pouca dor, evolução arrastada, trauma com vegetal, lesões satélites	Pimaricina 5% colírio, 5x ao dia. Segunda escolha: anfotericina B colírio (manipular no PS) Lubrificantes Midriático ciprofloxacino profilático
ÚLCERA DE AGENTE INFECCIOSO INDEFINIDO Colher também cultura	Teste terapêutico com antibiótico A enquanto aguarda-se o gram /cultura.

NÃO

Características de úlcera infectada: dor significativa, olho vermelho, hipopio, RCA, infiltrado corneano, secreção.

OLHO SECO Deficiência de lubrificação tipo dellen ou irregularidade de tecido	Oclusão, lubrificação com colírios, gel ou pomada, oclusão de pontos lacrimais
ÚLCERA ESTÉRIL {auto imune, em escudo (alergia), pós trauma, tóxica (medicamentosa, p. ex. após tratamento de úlcera bacteriana), química}.	Oclusão, AINH, lubrificação com colírios, gel ou pomada, midriático, ciprofloxacino profilático, dexametasona para alérgica/auto-imune. No caso de ceratite química lavar com SF mesmo que já tenha sido lavado em outro serviço; evitar oclusão.

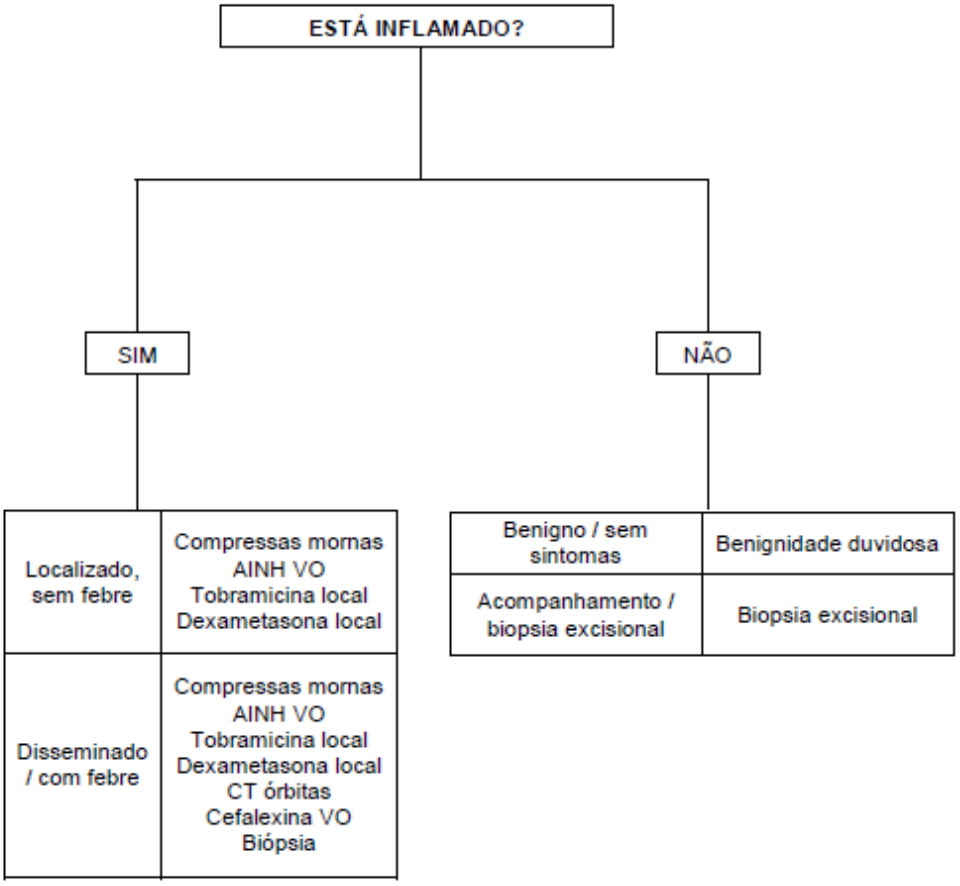
GLAUCOMA



SIM	NÃO
	Glaucoma crônico/ neo vascular descompensa do/ recesso angular x trauma: Maleato de Timolol, Avaliar trabeculectomia
	Glaucoma Facotopico (2° posição cristalino) Glaucoma facoanafilatico (2° proteínas cristalino): Extração cristalino, Maleato de Timolol, Dexametasona, Avaliar trabeculectomia
	Uveíte: Ver protocolo específico
	Por uso corticóides: Descontinuar: Corticóide e colírios anti-hipertensivos, Avaliar trabeculectomia

Glaucoma agudo	Pilocarpina 2% 2 vezes, ambos os olhos β - bloqueador α agonista acetazolamida 250mg 2 comp. VO 1x indicar iridotomia laser ou cirúrgica
Seclusão pupilar/ íris bombê	Midriáticos Maleato de Timolol Dexametasona Avaliar iridotomia / Trabeculectomia
Glaucoma maligno (pós oper. / trauma) Avaliar com US	Midriático Maleato de Timolol Dexametasona Punção vítrea
Todos as patologias com câmara anterior normal	Tabela acima

TUMOR PALPEBRAL



CERATOCONJUNTIVITE POR RADIAÇÃO
SOLAR OU POR SOLDA ELÉTRICA

Oclusão com pomada de Tobramicina e controle em 24 h.

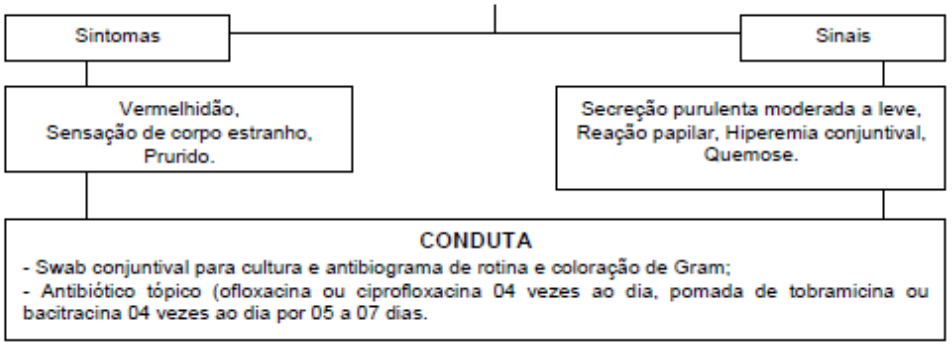
CELULITE ORBITÁRIA

CT de crânio e órbita
Encaminhar para o P.S. de Oftalmologia no HBDF
Tratamento: antibióticoterapia venosa + internação + reavaliação até a alta

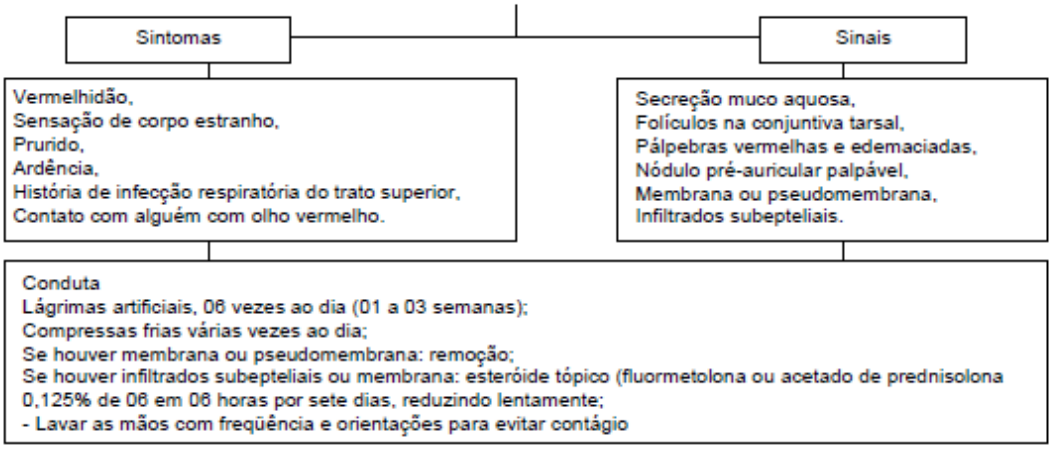
DACRIOCISTITE

Tratamento: antibióticoterapia venosa + internação + reavaliação até a alta
Se grave encaminhar ao P. S. do HBDF
Encaminhar ao Ambulatório de Plástica Ocular

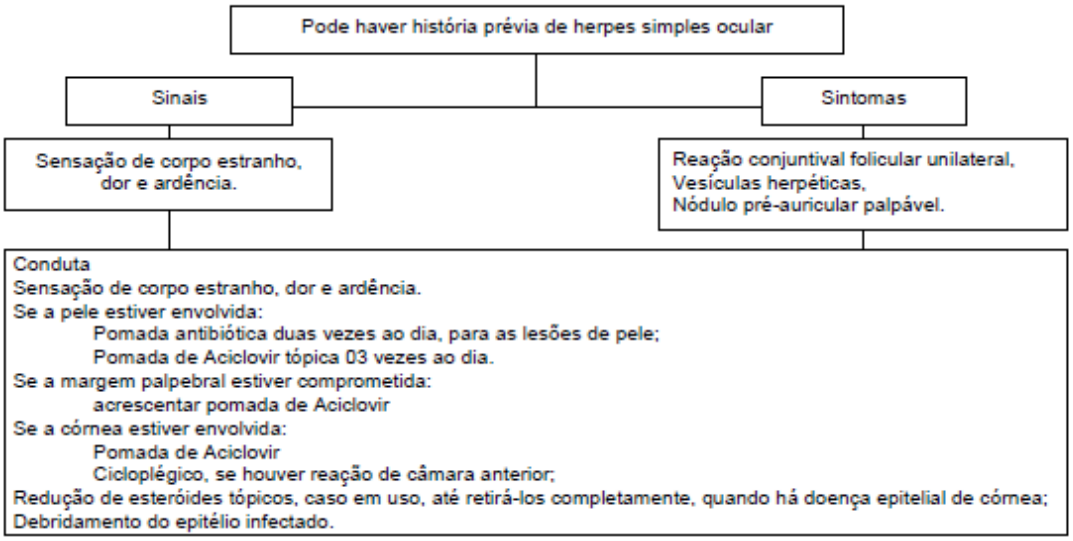
CONJUNTIVITE BACTERIANA



CONJUNTIVITE VIRAL



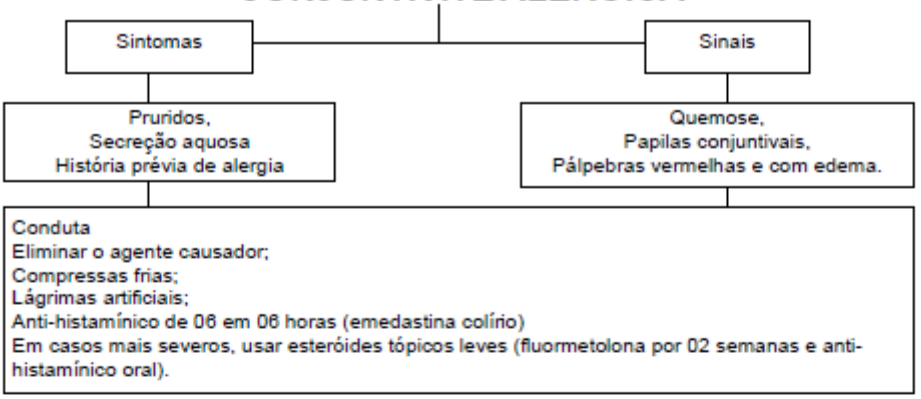
CONJUNTIVITE POR HERPES SIMPLES



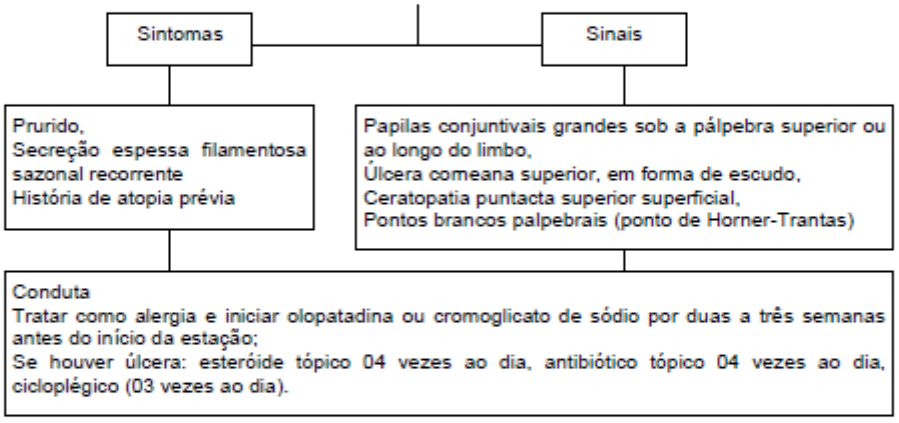
Observação – Quando há suspeita de doença herpética primária: Aciclovir 400mg, via oral, cinco vezes ao dia por 07 a 14 dias)

Contra-indicado em pacientes grávidas e/ou com doença renal.

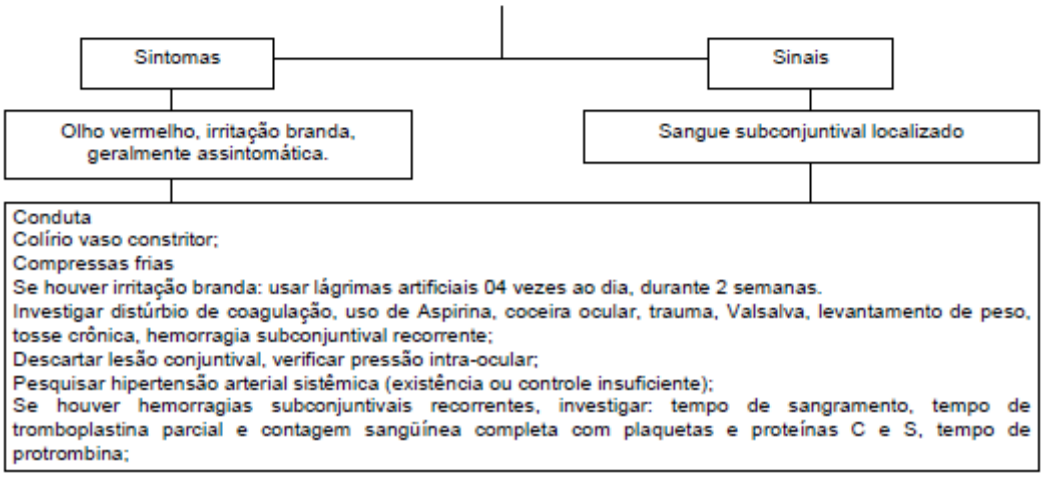
CONJUNTIVITE ALÉRGICA



CONJUNTIVITE PRIMAVERIL/ATÓPICA



HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL



HORDÉOLO/CALÁZIO

Sintomas

Tumoração localizada, edema, dor, hiperemia palpebral, sensibilidade

Sinais

Nódulo subcutâneo visível ou palpável, no interior da pálpebra;
Edema e Eritema palpebral, sensibilidade localizada à palpação;

Conduta
Examinar as glândulas de Meibômio e everter a pálpebra comprometida para visualizar o nódulo;
Compressas de água morna 04 vezes ao dia, de 15 a 20 minutos;
Antibiótico tópico, pomada de tobramicina de 12 em 12 horas, por 10 a 15 dias;
Corticosteróide tópico – colírio de Dexametasona, por 10 a 15 dias;
Se permanecer a tumoração sem sinais flogísticos (Calázio), após 03 a 04 semanas de tratamento, indica-se incisão e curetagem da lesão.

BLEFARITES

Sintomas

Prurido, sensação de corpo estranho, lacrimejamento, ardência, dor leve, crostas ao redor do olho ao despertar

Sinais

Margens palpebrais com crostas vermelhas e espessas, com vasos sangüíneos proeminentes e/ ou glândulas sebáceas espessadas nas margens palpebrais
Injeção conjuntival, pálpebras edemaciadas, ceratite puntacta superficial, descarga mucosa leve;
Infiltrado corneano e flictênulas podem estar presentes

Conduta
Lavar as margens palpebrais com xampu palpebral ou infantil, com cotonete;
Compressas quentes por 15 minutos, 04 vezes ao dia;
Lágrimas artificiais, 04 a 08 vezes ao dia;
Se moderada, pomada de tobramicina, 04 vezes ao dia (por 07 dias);
Quando recorrente, utilizar tetraciclina 250mg VO, 04 vezes ao dia, ou doxaciclina 100mg VO, 02 vezes ao dia (por 01 ou 02 semanas).

servação:
raciclina não deve ser usada em mulheres grávidas ou que estejam amamentando, ou em crianças abaixo de oito os. Pode-se substituir por eritromicina 250mg VO, 04 vezes ao dia.

EPISCLERITE

Sintomas

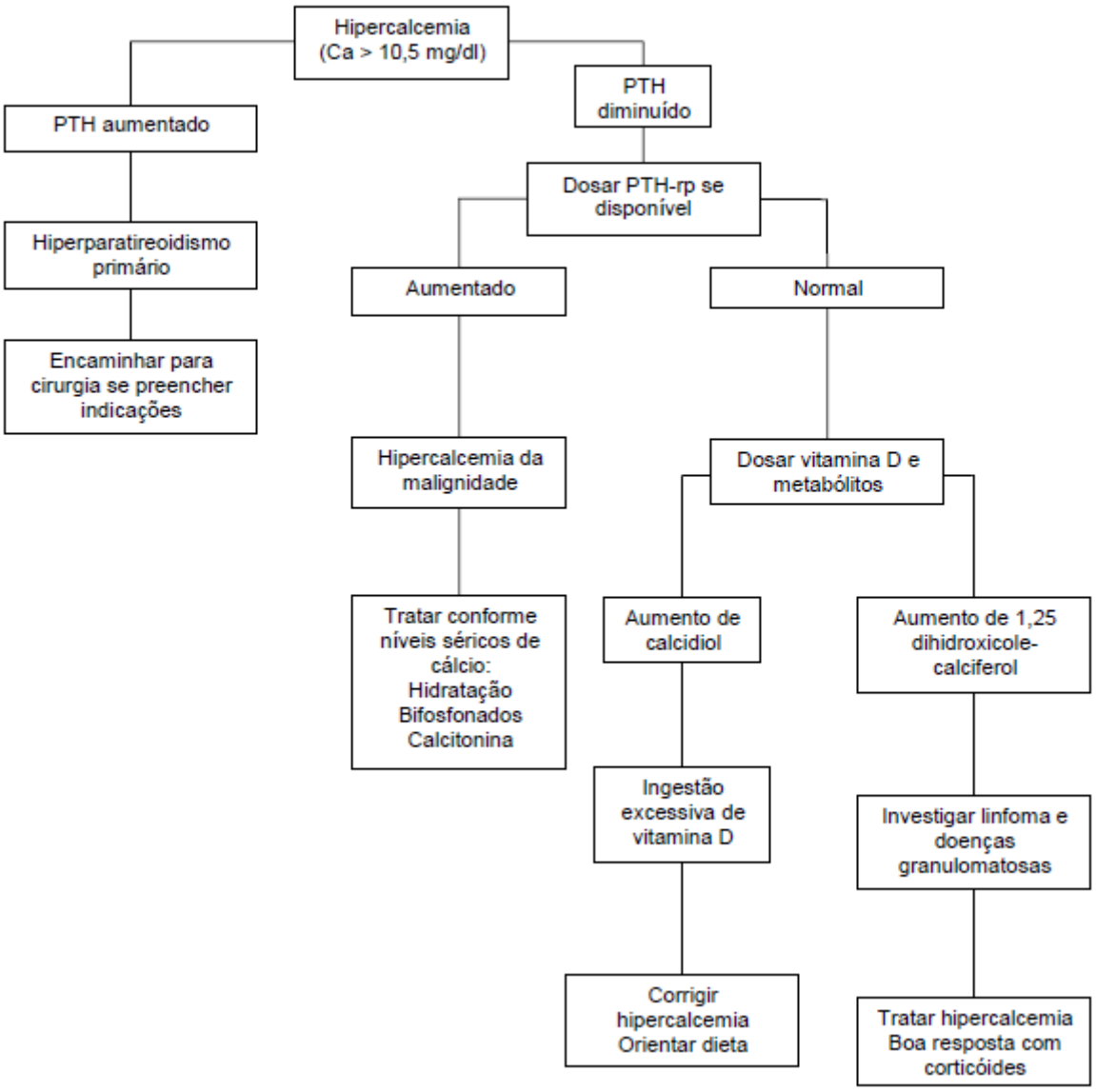
Hiperemia e dor leve em um ou em ambos os olhos, geralmente recorrente.

Sinais

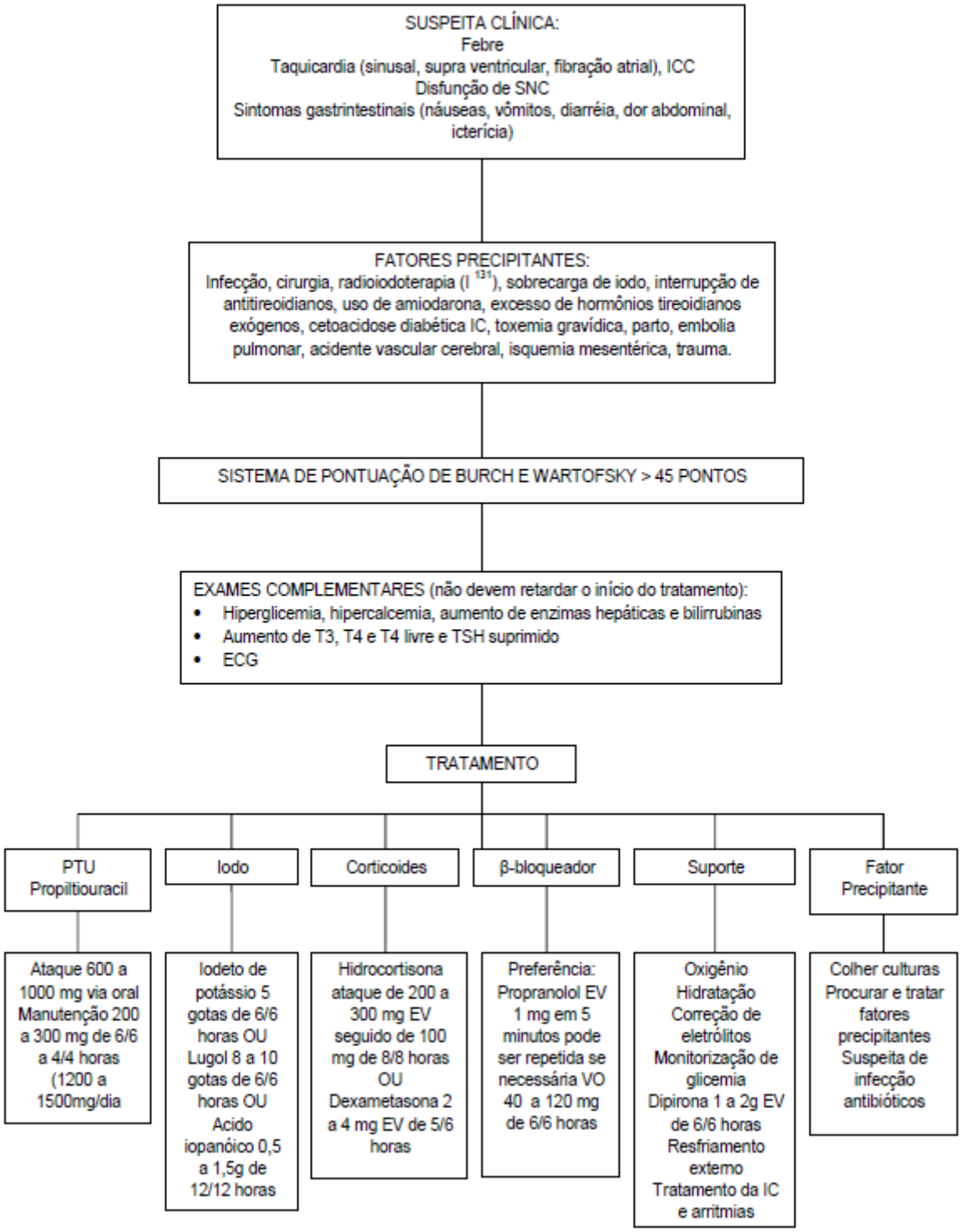
Hiperemia setorial, por ingurgitamento dos vasos episclerais, amolecimento leve a moderado sobre as áreas de injeção episcleral, ou nódulo que se pode mover levemente sobre a esclera subjacente.

Conduta
Fenilefrina 2,5% no olho afetado, reavaliando em 10 a 15 minutos após, e os vasos devem ficar menos congestos;
Lágrimas artificiais 04 vezes ao dia;
Dexametasona colírio, 04 vezes ao dia, durante 2 semanas;
Antiinflamatórios orais não hormonais.
Obs: caso haja recidiva, investigar doença reumática.

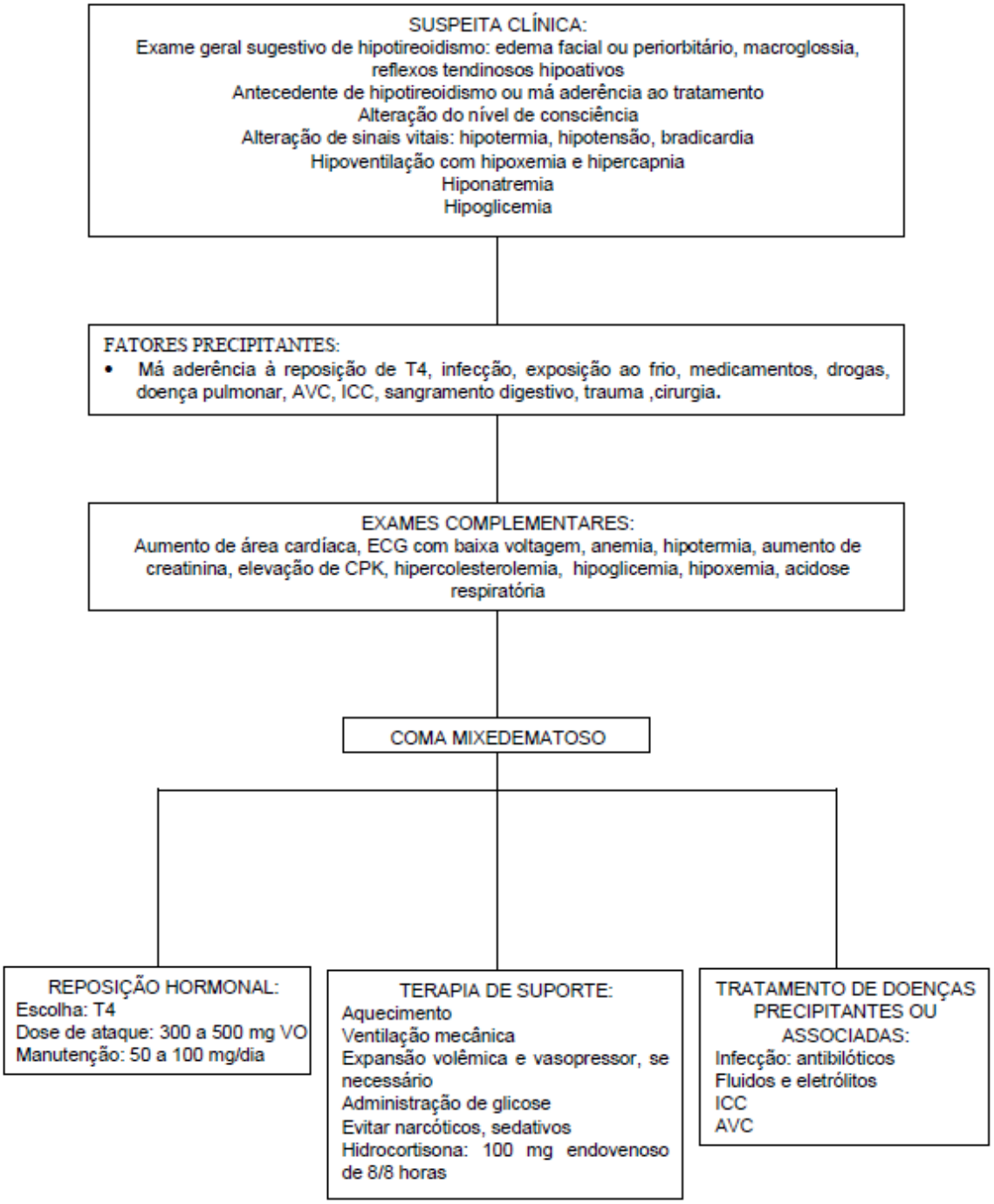
HIPERCALCEMIA



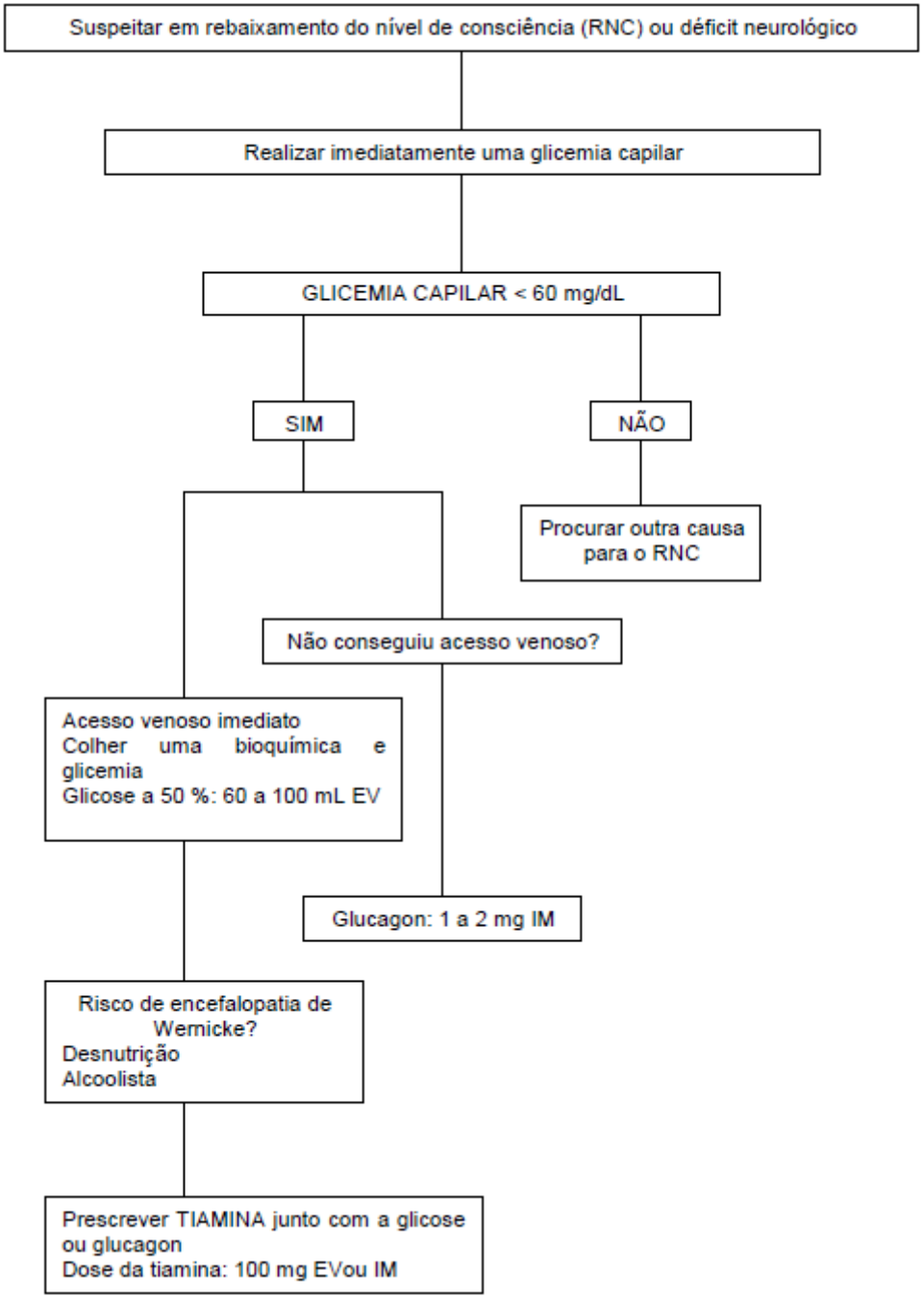
CRISE TIREOTÓXICA



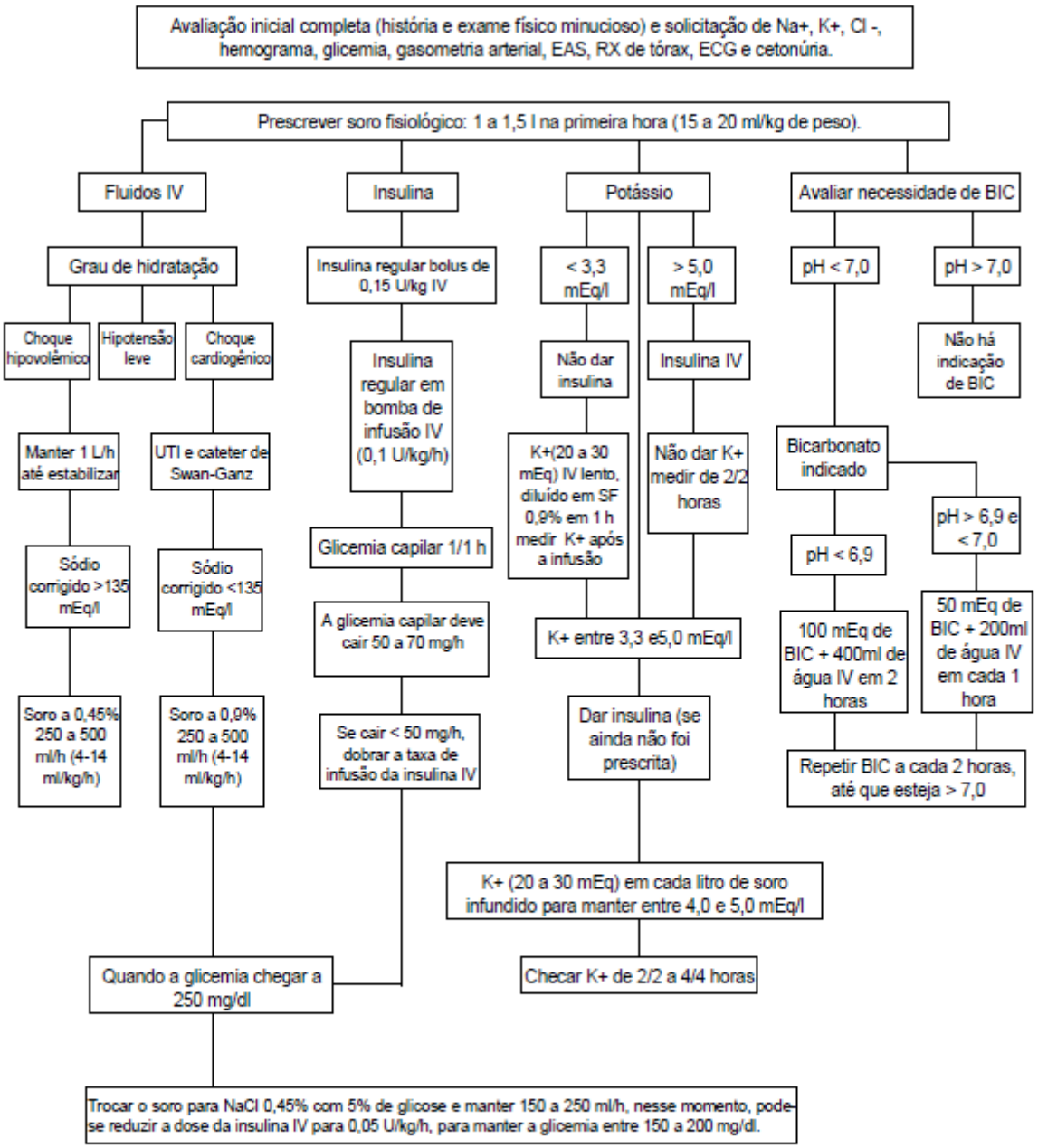
COMA MIXEDEMATOSO



HIPOGLICEMIA

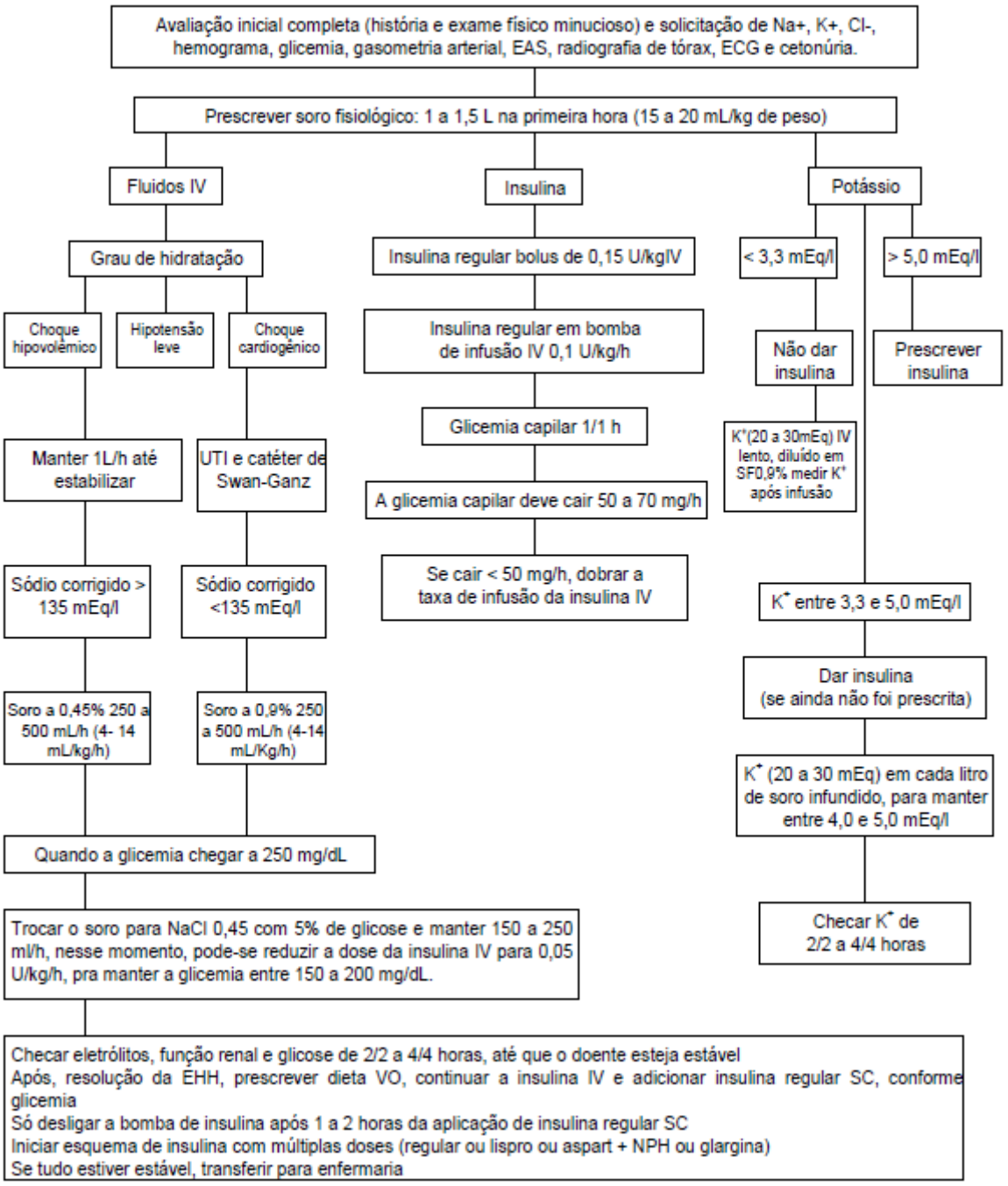


CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD)

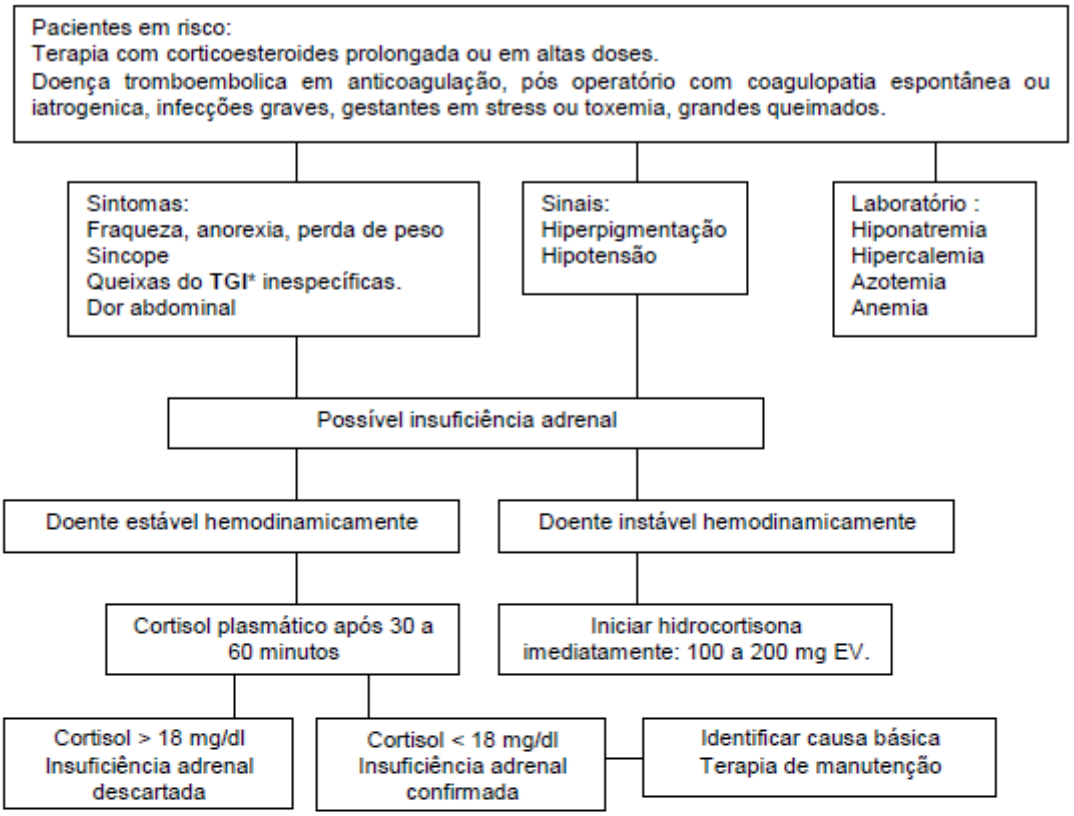


Checar eletrólitos, função renal e glicose de 2/2 a 4/4 horas, até que o doente esteja estável.
Após, resolução da CAD, prescrever dieta VO, continuar a insulina IV e adicionar insulina regular SC, conforme glicemia
Só desligar a bomba de insulina após 1 a 2 horas da aplicação de insulina regular SC
Iniciar esquema de insulina com múltiplas doses (regular ou lispro ou aspart + NPH ou glargina)
Se tudo estiver estável, transferir para enfermaria

ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO (EHH)

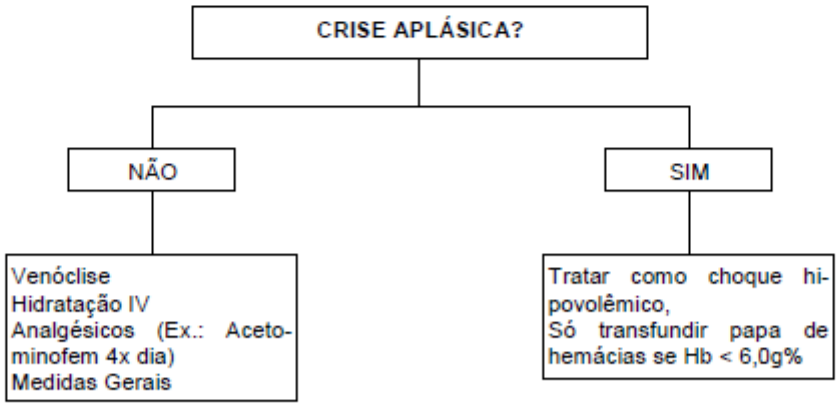


INSUFICIÊNCIA ADRENAL



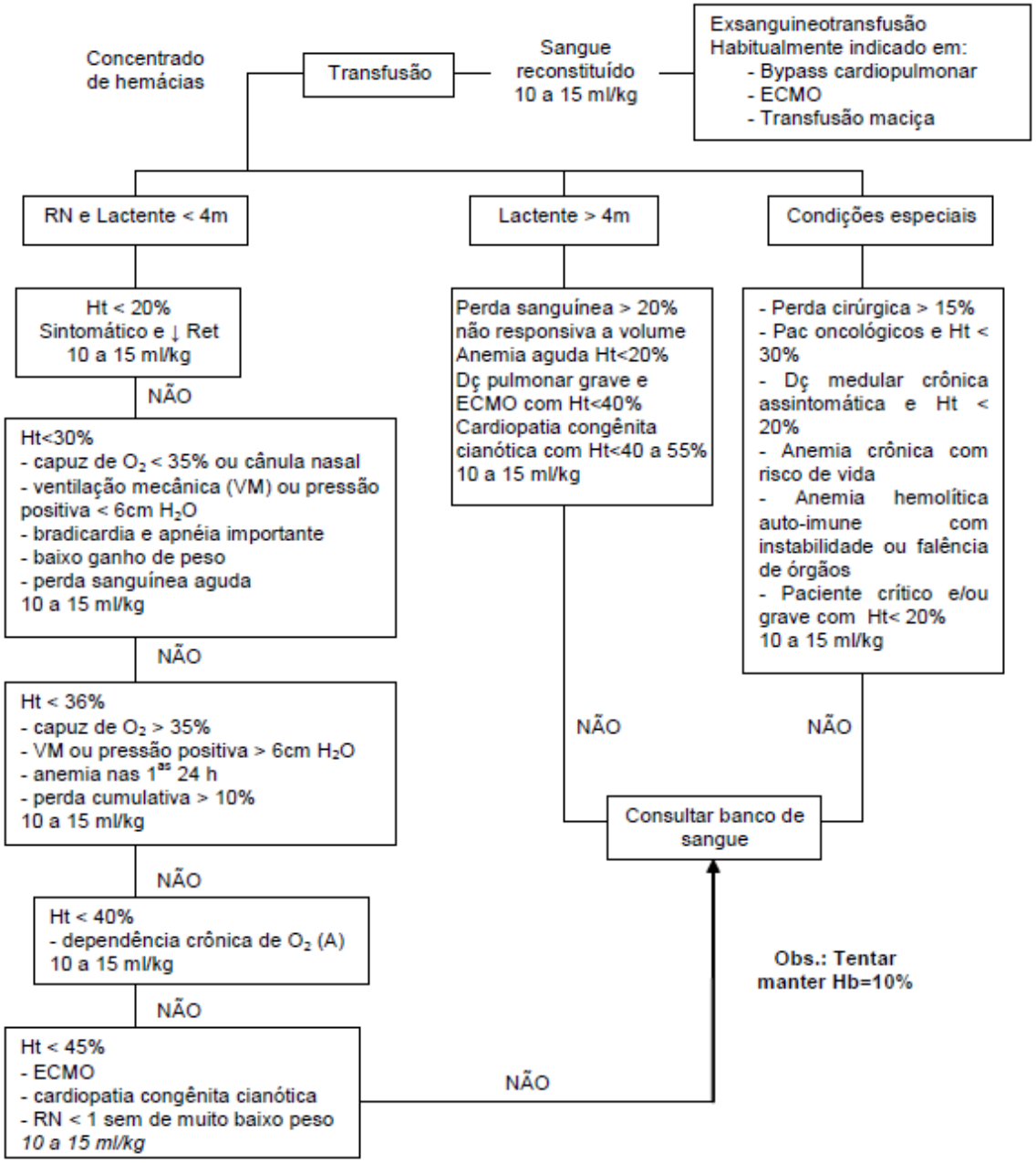
TGI - Trato Gastrointestinal

CRISE FALCÊMICA

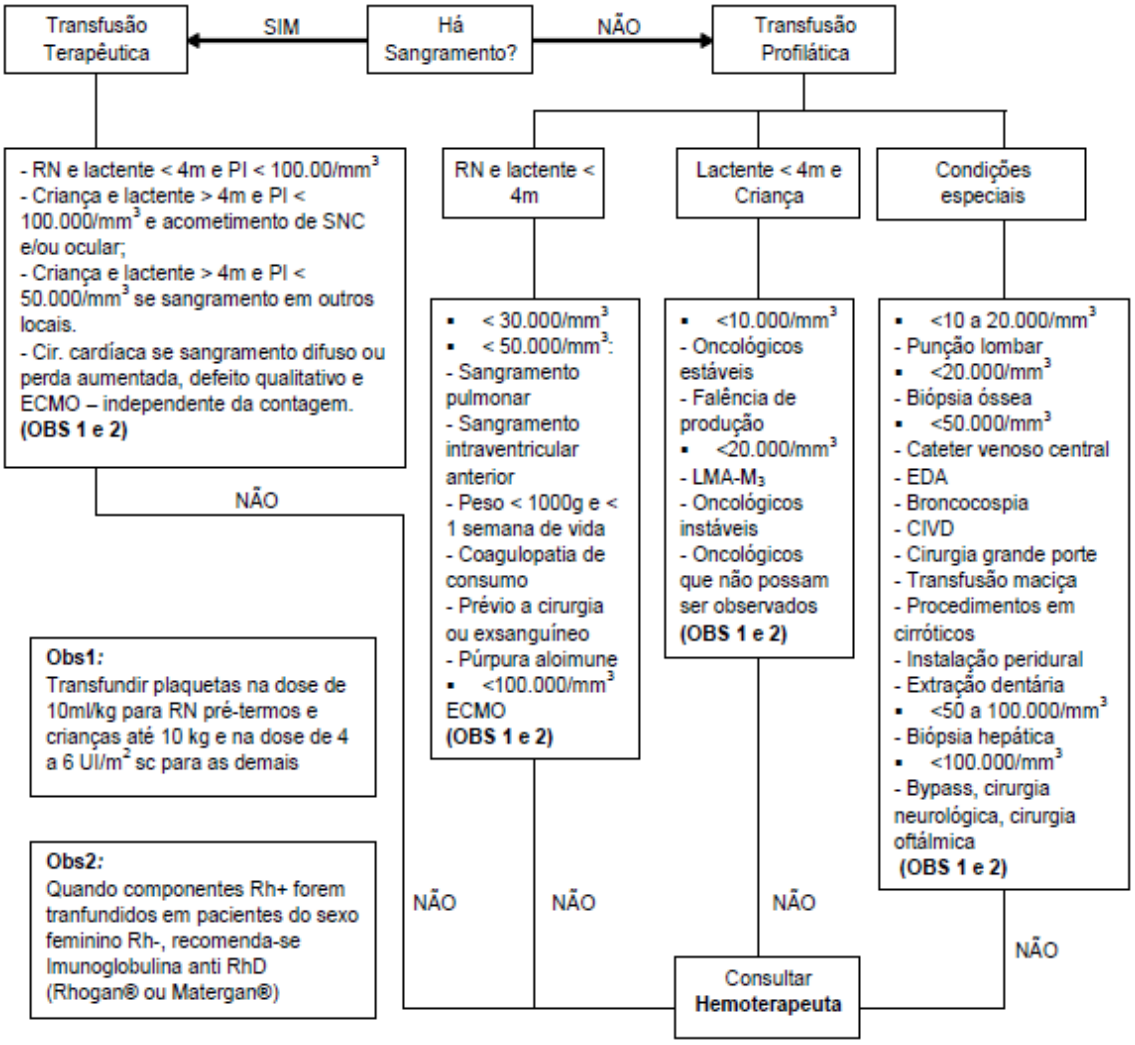


MEDIDAS GERAIS:
Venóclise
O_2 sob catéter nasal
Analgésicos
Ácido fólico, 2,5mg/dia
Pesquisar fator precipitante (frio, infecção, estresse, desidratação, esforço físico)
Pedir hemograma, eletrólitos, RX tórax, EAS.

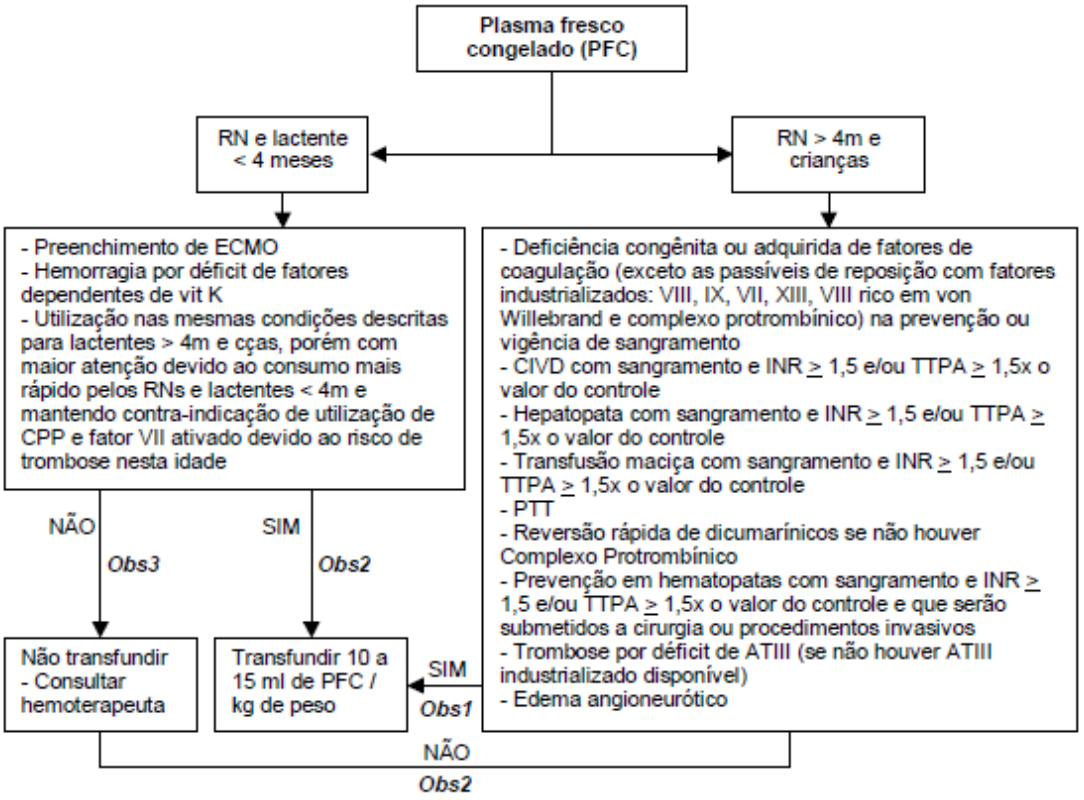
TRANSFUSÃO SANGUÍNEA



TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS



TRANSFUSÃO DE PFC (PLASMA FRESCO CONGELADO)

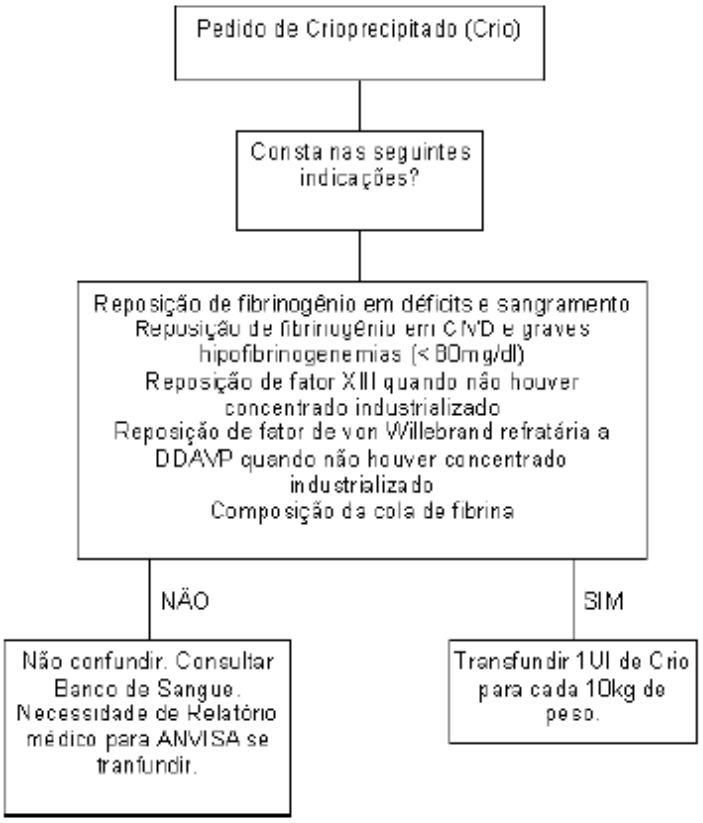


Obs1
Advertências: Considerar antes da transfusão de PFC:
- Suspensão de anti-agregantes plaquetários (Ex.: Aspirina)
- Reversão de anticoagulação (Utilização de vitamina K e /ou complexo protrombínico), a utilização de PFC na dose de 5 a 8 mL/kg pode ser suficientes.
- Uso de drogas farmacológicas para diminuir sangramento (Ex.: Aprotinina, DDAVP).
- Para lactentes > 4m e crianças a disponibilidade de hemoderivados específicos, como complexo protrombínico (Prothromplex T®, Beriplex®), fator VII (Novoseven®), fator VIII (Beriate-R®, Imnanate®), fator de von Willebrand (Haemate-P®), fator IX (Benefix® Immunine®), fator XIII (Fibrogramamin P®)

Obs3
CONTRA INDICAÇÕES FORMAIS AO USO DE PLASMA FRESCO CONGELADO
- Expansor volêmico
- Manutenção da pressão oncótica
- Sangramento sem coagulopatia
- Imunodeficiência
- Septicemia sem CIVD
- Grandes queimados
- Fonte de imunoglobulina
- Fórmula de reposição nas tranfusões maciças
- Acelerar processo de cicratização
- Desnutrição e como complemento da nutrição parenteral
- Prevenção da hemorragia intra-ventricular do recém nascido
- Reposição de volume de sangria terapêutica

Obs2
Para recém nascidos e lactentes < 4 a disponibilidade de hemoderivados específicos, como fator VIII (Beriate-R®, Imnanate®), fator de von Willebrand (Haemate-P®), fator IX (Benefix® Immunine®), fator XIII (Fibrogramamin P®). Nesta faixa etária não há indicação devido ao risco de trombose dos seguintes produtos: complexo protrombínico (Prothromplex T®, Beriplex®), fator VII (Novoseven®), fator VIII (Beriate-R®, Imnanate®)

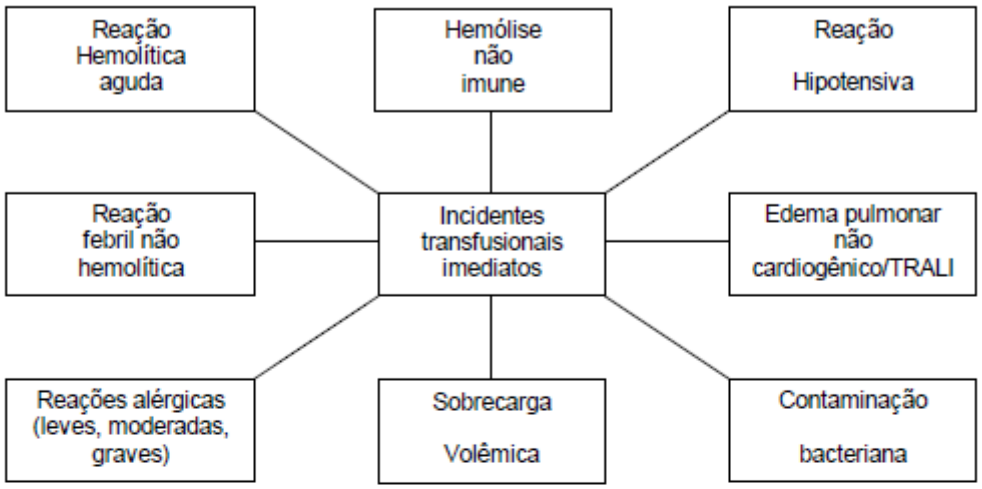
TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO



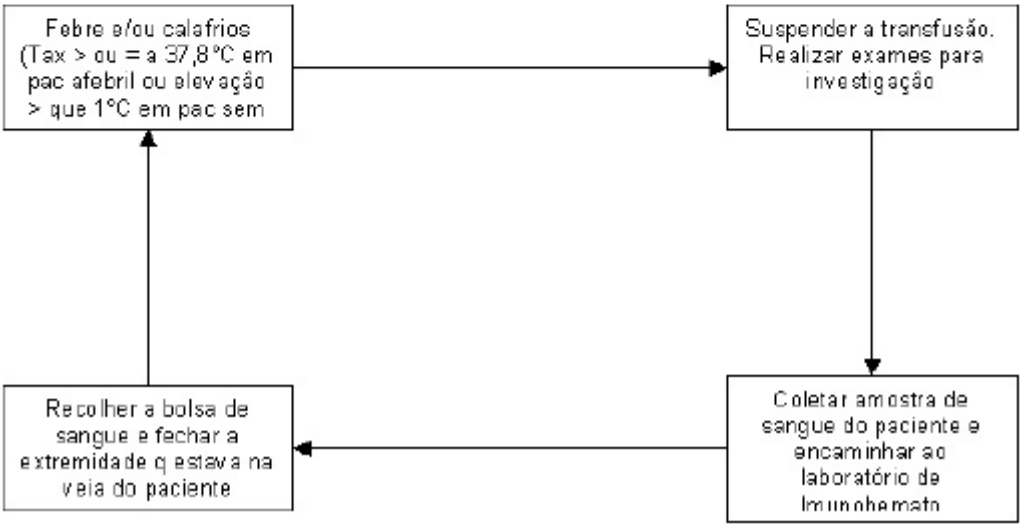
INCIDENTES TRANSFUSIONAIS NOTIFICÁVEIS

IMEDIATOS (ATÉ 24 HORAS)	TARDIOS (APÓS 24 HORAS)
Reação hemolítica aguda	Reação hemolítica tardia
Reação febril não hemolítica	Hepatite B (HVB)
Reação alérgica leve	Hepatite C (HCV)
Reação alérgica moderada	HIV/aids
Reação alérgica grave	Doença de Chagas
Sobrecarga volêmica	Sífilis
Contaminação bacteriana	Malária
Edema pulmonar não cardiogênico/ Transfusion Related Lung Injury (Trali)	HTLVI / II
Reação hipotensiva	Doença do enxerto contra o hospedeiro/GVHD
Hemólise não imune	Aparecimento de anticorpos irregulares/isoimunização
Outros. Especificar:	Outros. Especificar:

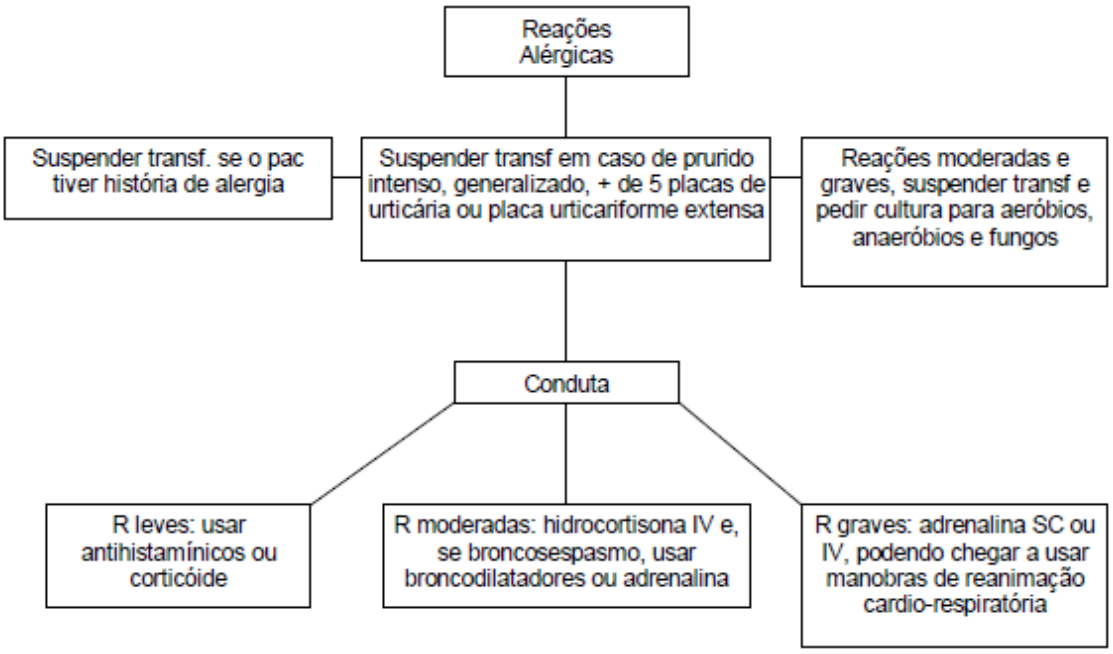
REAÇÕES TRANSFUSIONAIS



REAÇÕES FEBRIS



REAÇÃO ALÉRGICA



REAÇÕES HEMOLÍTICAS

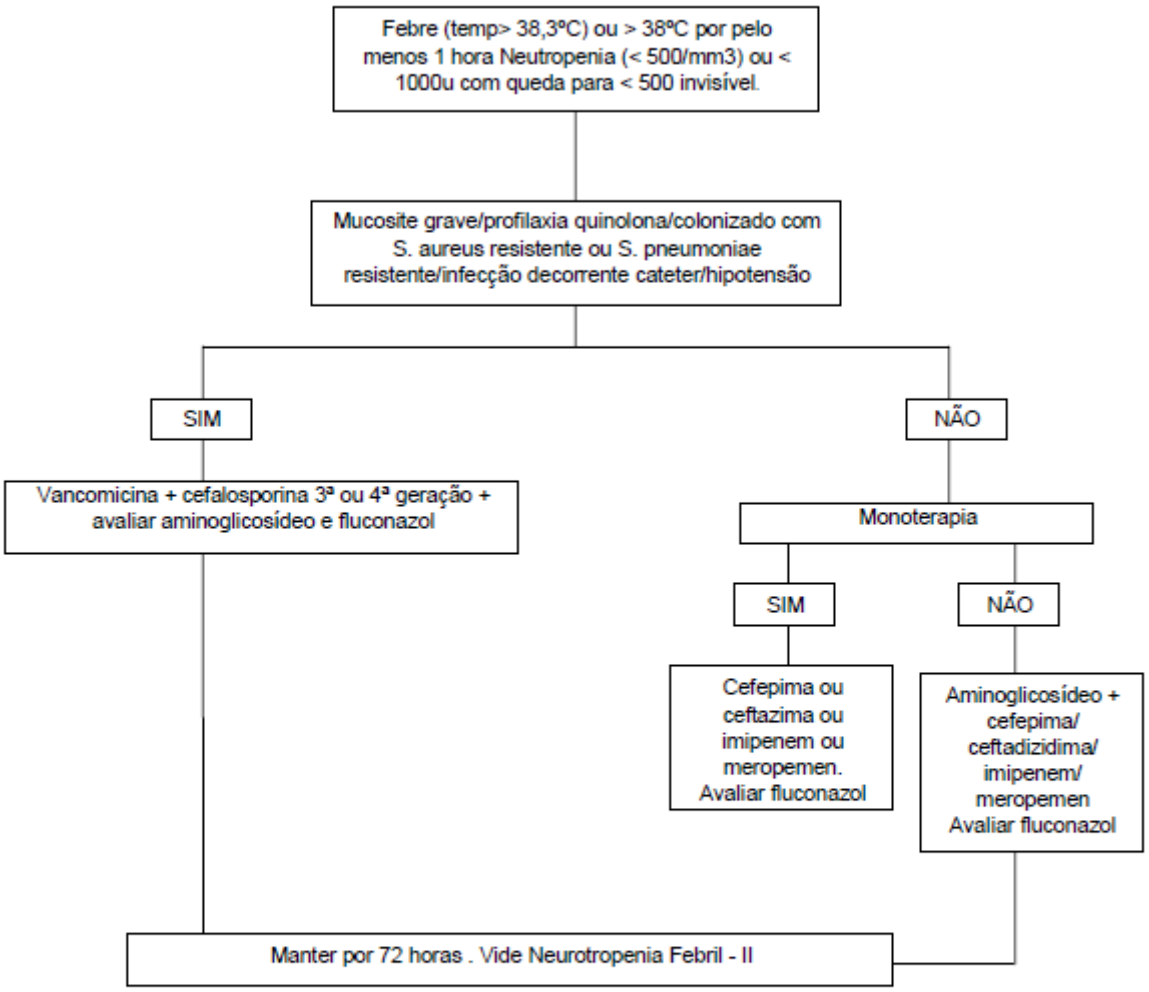
- Soro fisiológico rápido: 1000ml em uma a duas horas;
- Monitorização cardíaca;
- Furosemida 20 a 80mg IV;
- Balanço hídrico para prevenir hiper-hidratação;
- Diurese horária para avaliação do fluxo renal;
- Choque: dopamina de 1 a 10 mcg/kg/min (5 ampolas em 500ml de soro glicosado a 5% tem aproximadamente 5 g/gota);
- Exanguíneo transfusão volumosa.

O médico deve:

- Solicitar ao Laboratório de Imunohematologia: investigação de reação transfusional;
- Solicitar ao Laboratório de Microbiologia: cultura da bolsa nº____ para germes aeróbios, anaeróbios e fungos;
- Solicitar ao Laboratório Geral do Hospital:

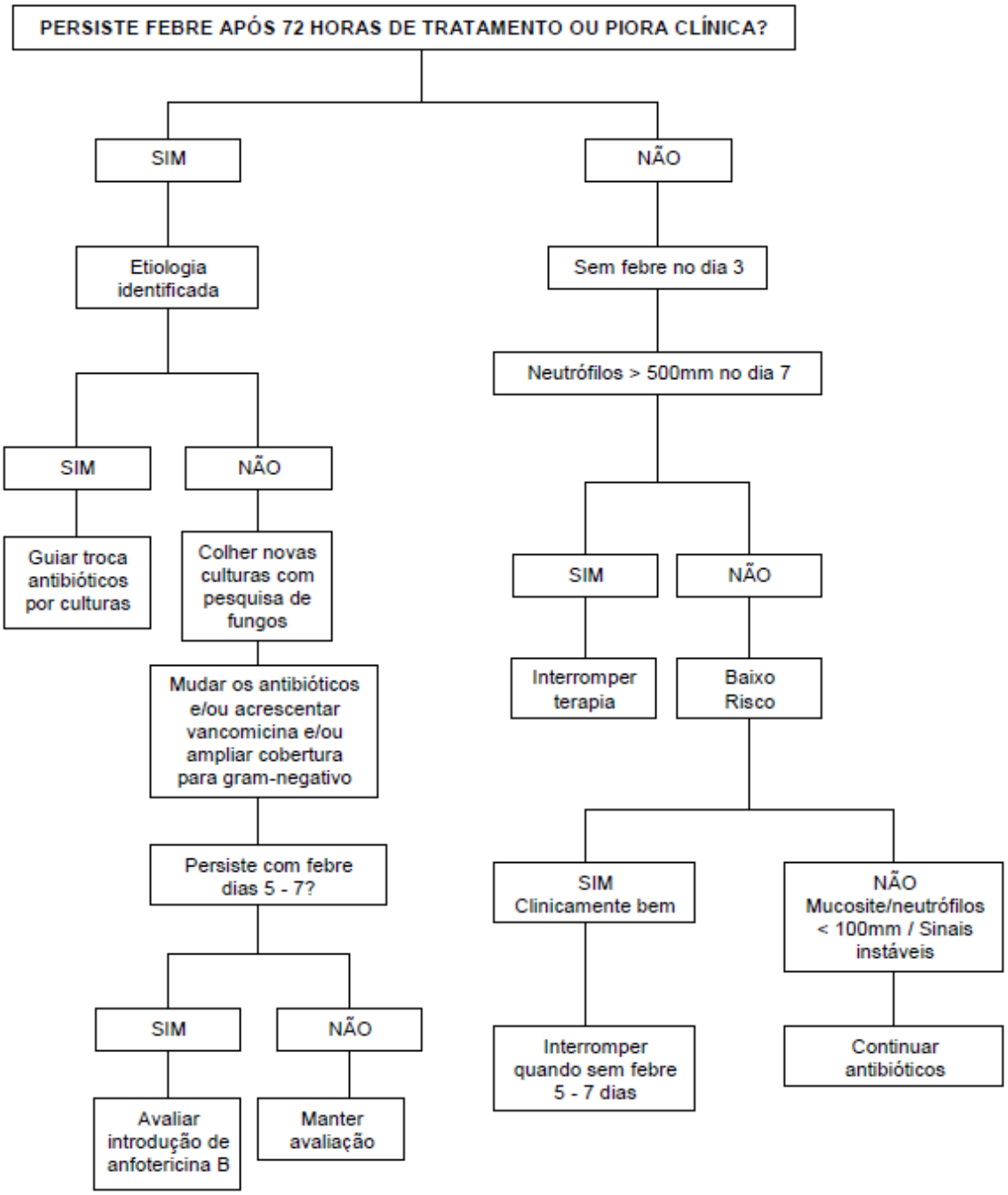
  - Hemograma com contagem plaquetária;
  - TAP, PTT, fibrinogênio e PDF;
  - Uréia e creatinina;
  - Hemoglobina livre;
  - Haptoglobina;
  - E.A.S. (para avaliação de hemoglobinúria).

NEUTROPENIA FEBRIL - I



EXAMES:
Hemograma
RX tórax PA e P
EAS
Bioquímica
Hemoculturas
Uroculturas

NEUTROPENIA FEBRIL - II



CONDIÇÕES ESPECIAIS DO NEUTROPÊNICO

1 – PNEUMONIA INTERSTICIAL.
BACTRIM
CLARITROMICINA, ERITROMICINA OU AZITROMICINA.
ACICLOVIR.

2 – CELULITE.
ADICIONAR VANCOMICINA.

3 – ABSCESSO PERIANAL OU DOR ABDOMINAL AGUDA OU GENGIVITE NECROTIZANTE.
CEFEPIME + METRONIDAZOL.

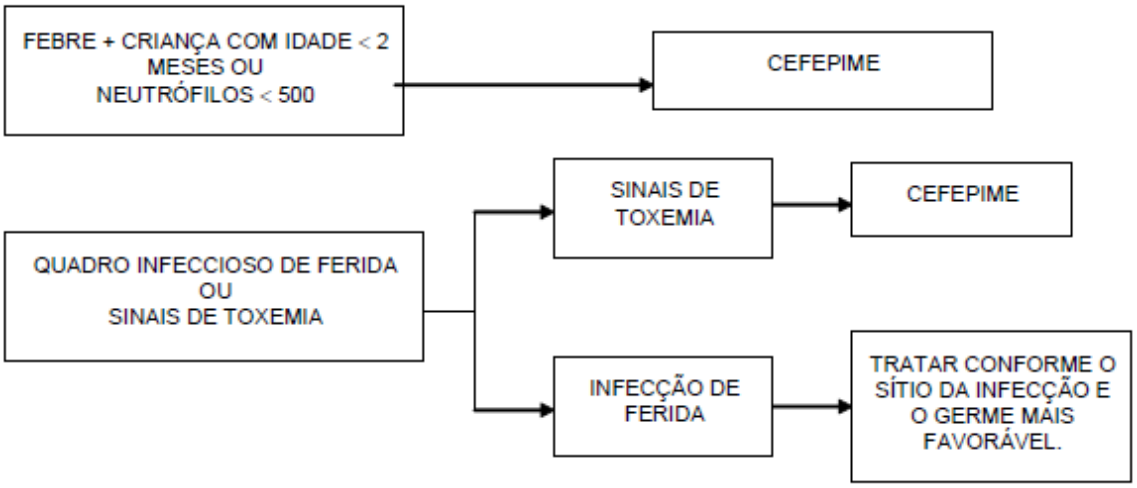
4 – DOR RETROESTERNAL.
ACICLOVIR + ANFOTERICINA B.

5 – LESÕES ULCERATIVAS EM PALATO OU MUCOSA NASAL.
ANFOTERICINA B.

6 – HEMOCULTURA (+) PARA **MARSA** OU S. Epidermidis.
VANCOMICINA.

OBS.: A) HEMOCULTURA – GRAM (+) ® NÃO É COAGULASE NEGATIVO OU **MARSA:**
RETIRAR VANCOMICINA.
B) HEMOCULTURA – GRAM (-) ® SE PRODUTOR DE BETALACTAMASE:
TROCAR CEFEPIME POR CARBAPENEM.

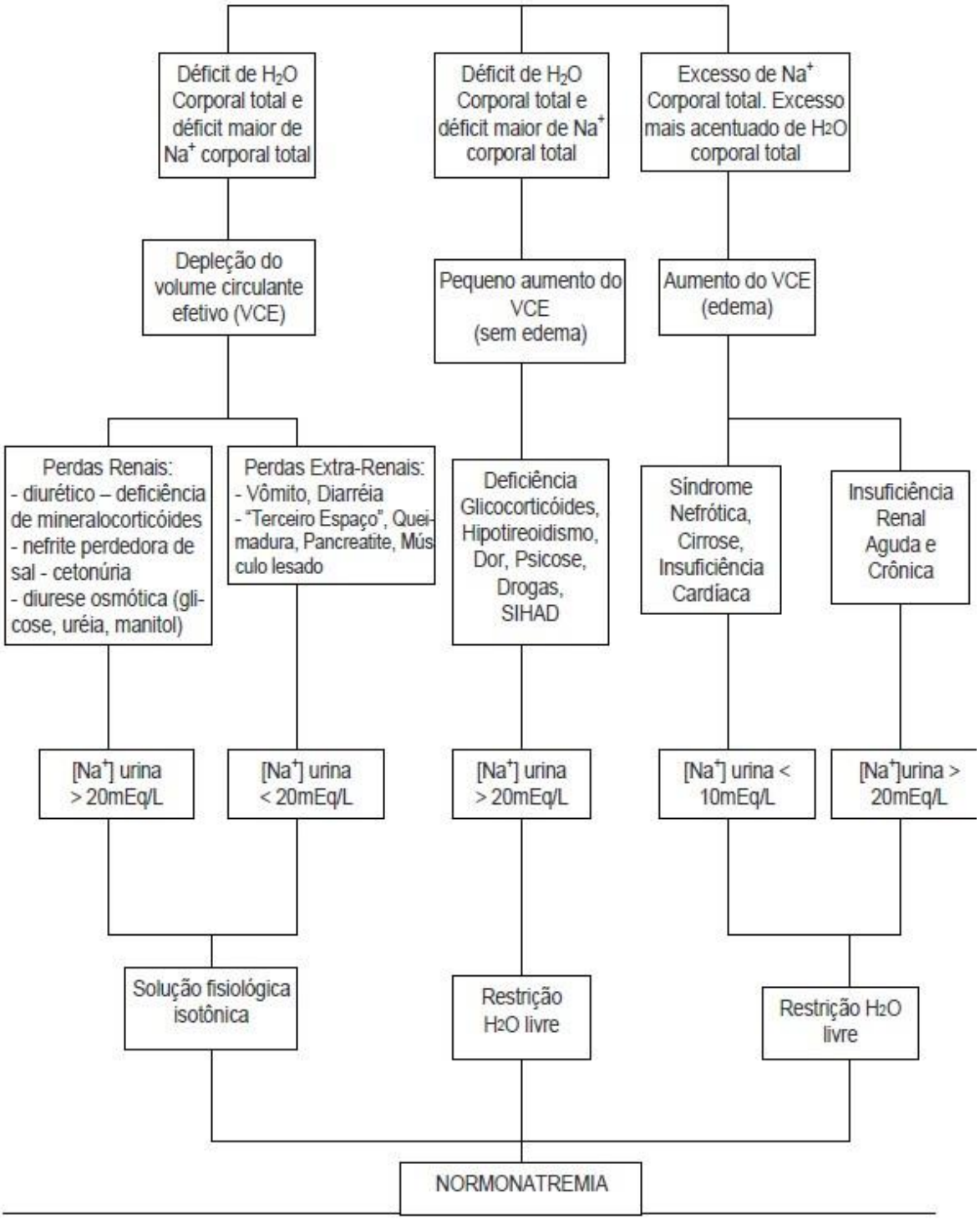
COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS EM PEDIATRIA



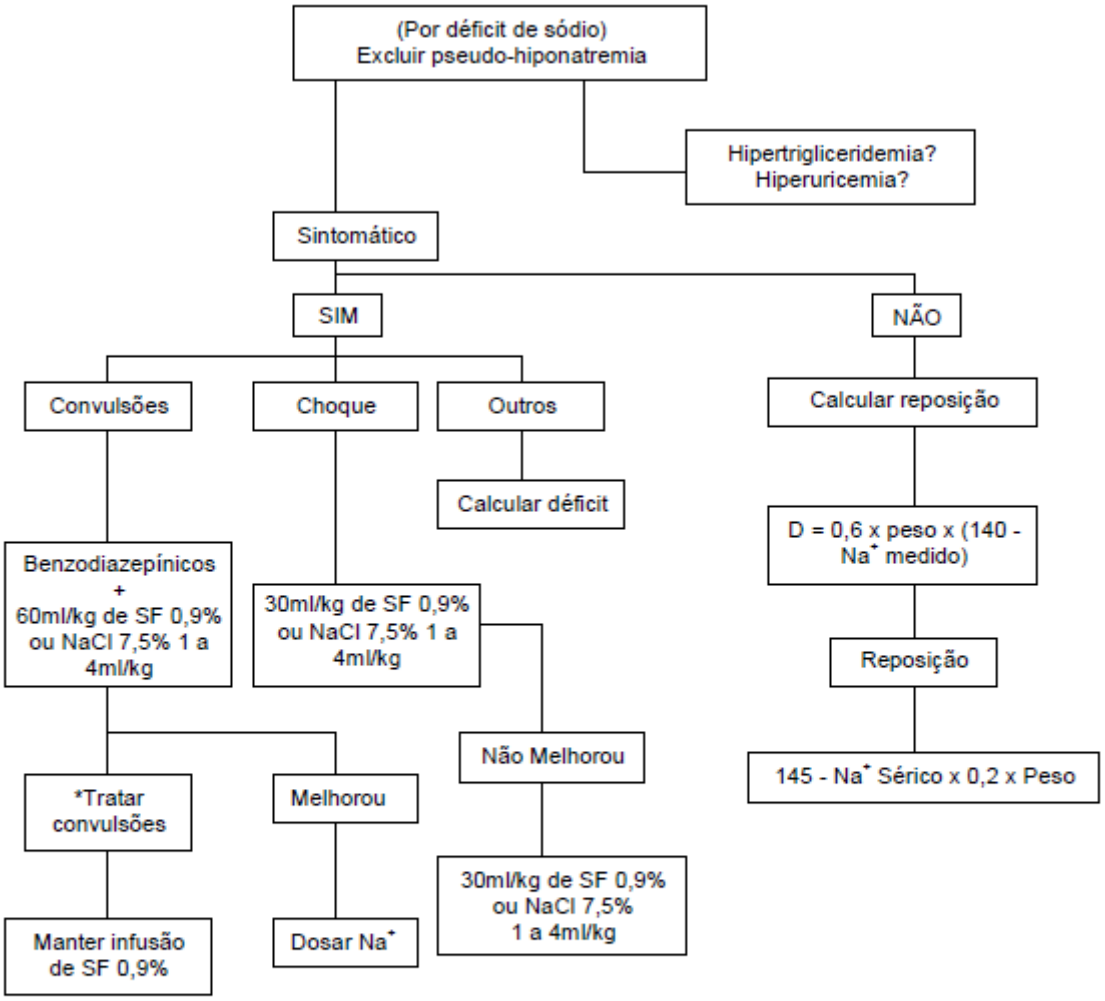
1) sinais de gravidade:
- idade inferior a 6 meses
- icterícia
- fenômenos hemorrágicos (exceto epistaxe)
- edema generalizado
- sinais de toxemia
- desnutrição grave
- co-morbidades
- enzimas hepáticas acima de 5x maior que o valor de referência.

2) alterações laboratoriais:
- leucócitos < 1000 ou neutrófilos < 500
- plaquetas < 50000
- creatinina sérica > 2x o maior valor de referência
- atividade de protrombina < 70%
- bilirrubina acima do maior valor de referência
- albumina < 2,5 g/d
- co-morbidades

DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS
HIPONATREMIA - I

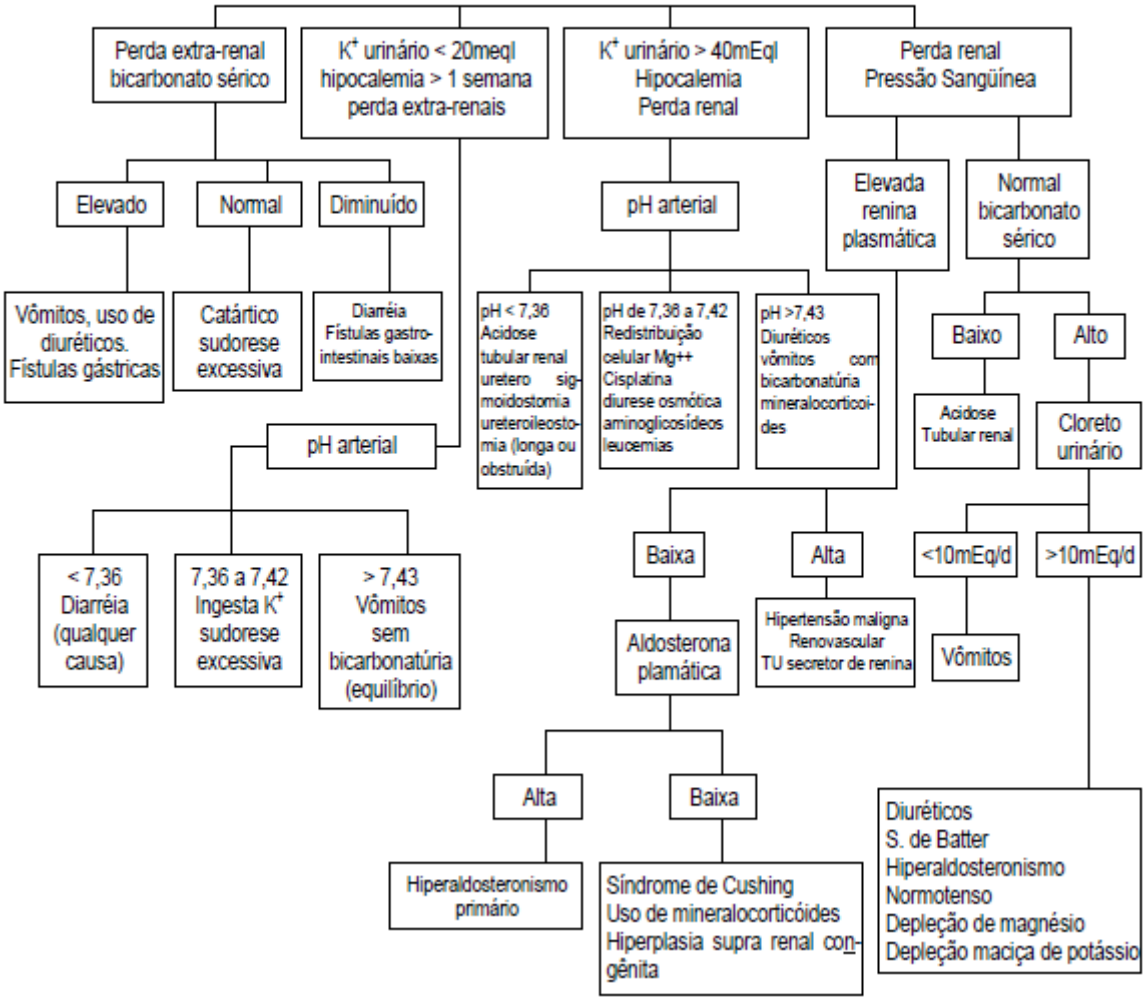


HIPONATREMIA – II

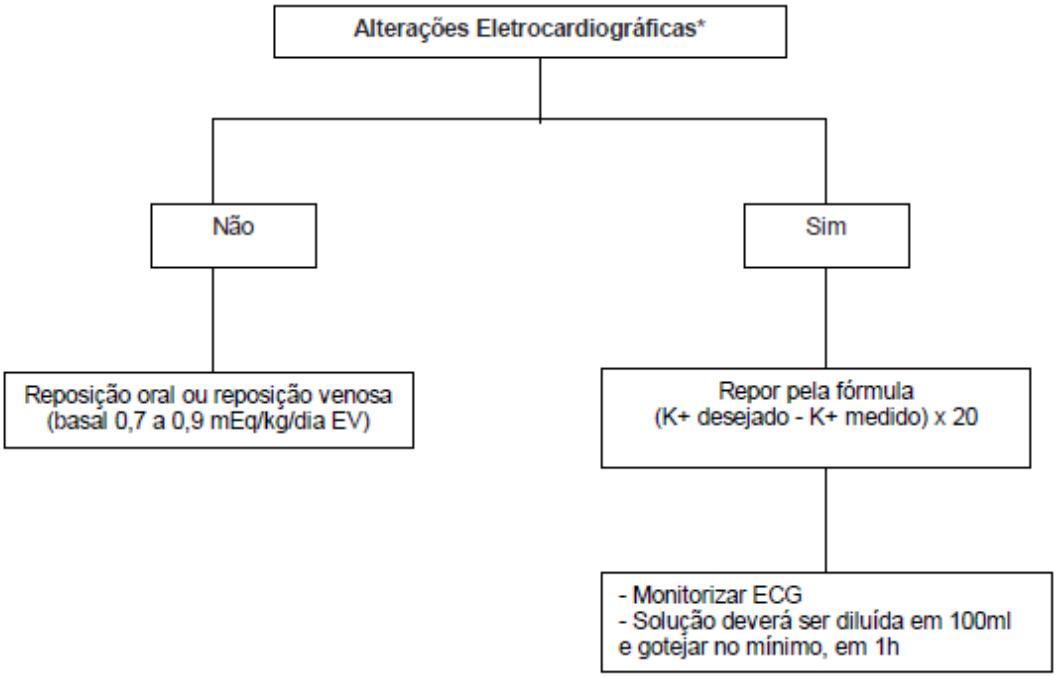


Programar para não ultrapassar, na reposição, 1mEq/h no nível sérico de sódio ou 10 mEq/dia ou não exce-der 130 mEq/l nas primeiras 48 horas.
O tempo da reposição depende da duração da perda.
(*) Semelhante ao tratamento do Estado de Mal Epilético (EME)

HIPOCALEMIA – I



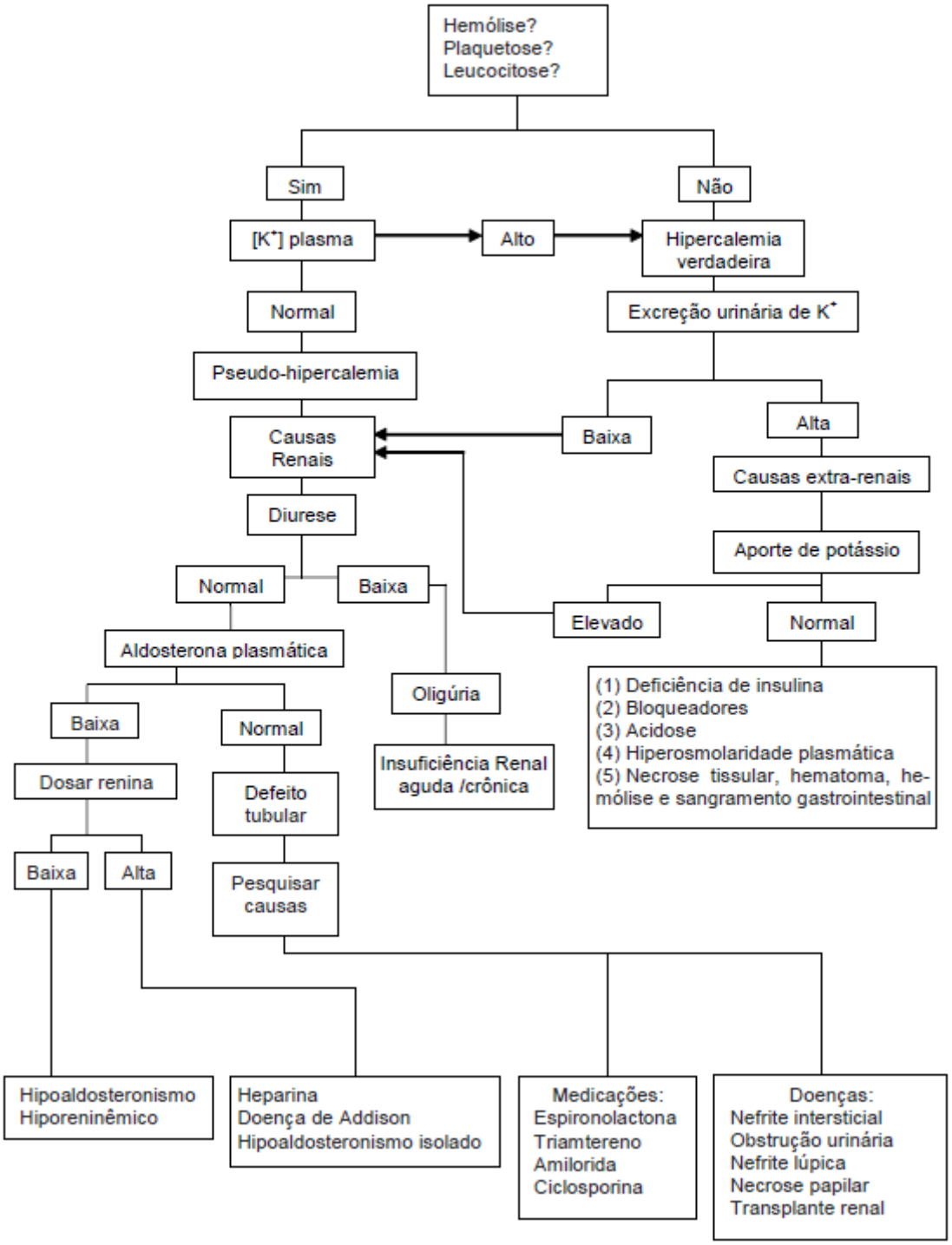
HIPOCALEMIA - II



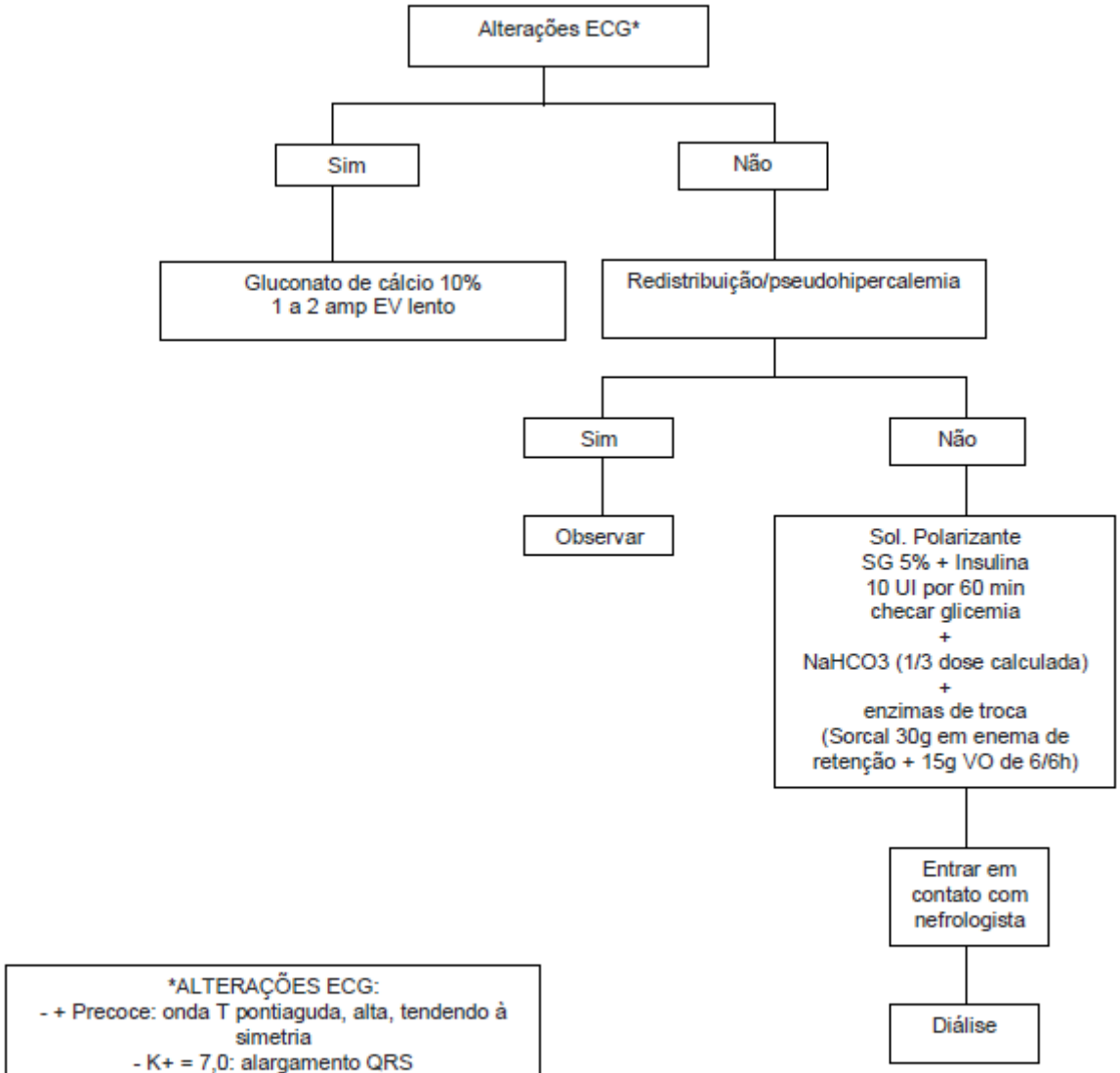
*ALTERAÇÕES ST:

- infradesnivelamento ST
- onda T com duração acentuada
- onda U proeminente
- BAV I - II grau
- arritmias

HIPERCALEMIA - I



HIPERCALEMIA - II

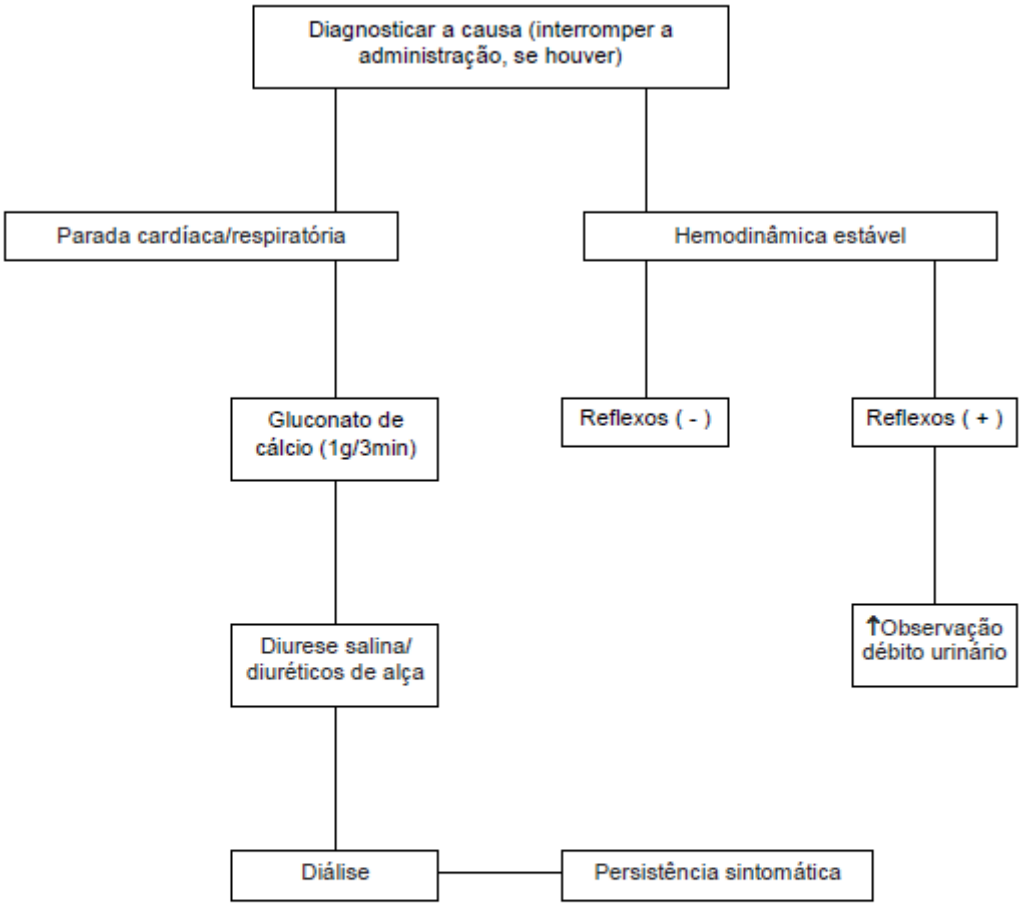


*ALTERAÇÕES ECG:
- + Precoce: onda T pontiaguda, alta, tendendo à simetria
- K+ = 7,0: alargamento QRS
- K+ > 7,0: diminuição de amplitude e aumento da duração da onda P aumento de PR
- K+ > 8,0 - 9,0: desaparecimento de onda P
- K+ > 9,0: QRS e T = complexo multifásico
• cálculo normal: NaHCO3 = peso X BE X 0,3

HIPERCALEMIA - III

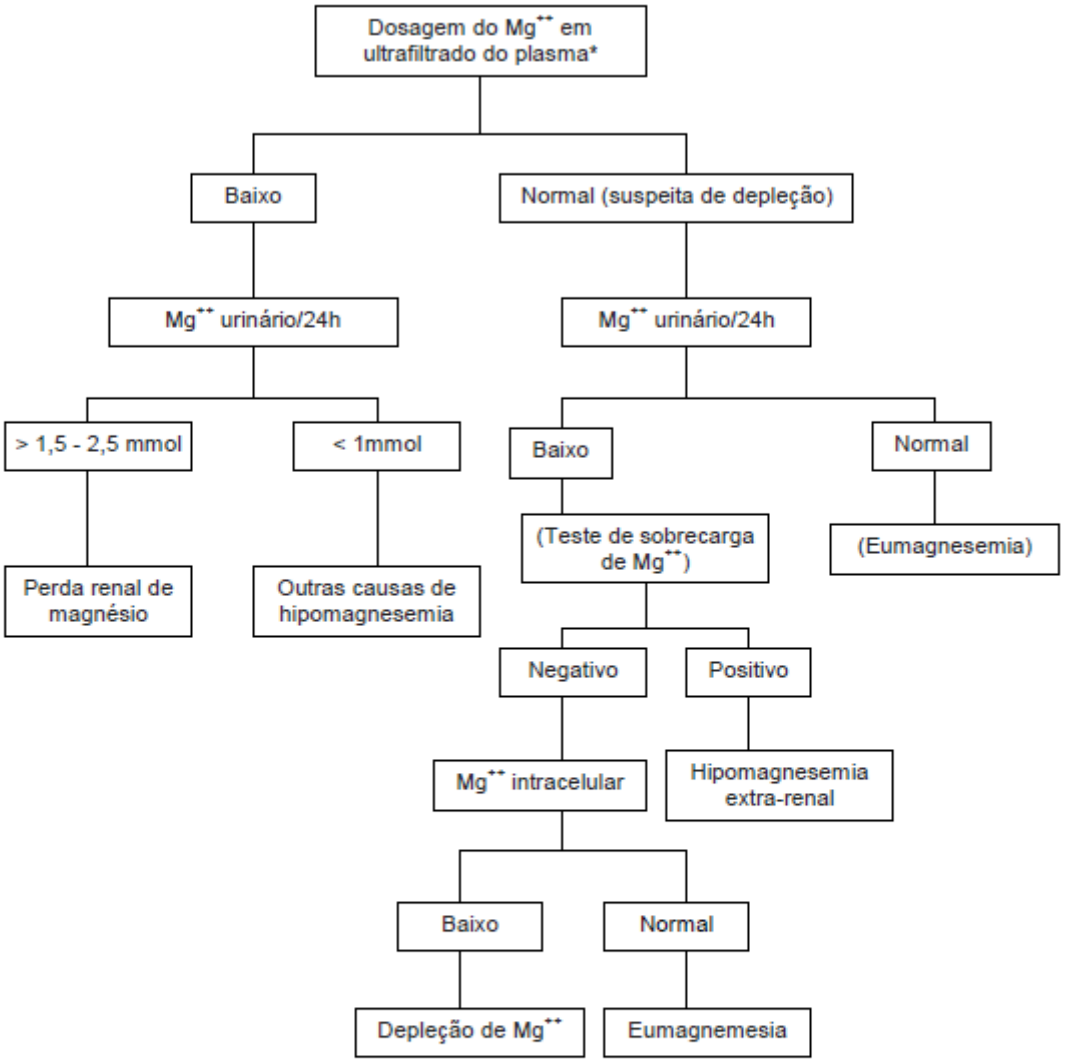
TRATAMENTO	INDICAÇÃO	DOSE	INÍCIO DE AÇÃO	DURAÇÃO	EFEITO NO K^+ PLASMÁTICO	EFEITO NO K^+ CORPORAL TOTAL	MECANISMO DE AÇÃO	OBSERVAÇÕES
Gluconato de cálcio	Hipercalemia severa com alterações no ECG	10ml da solução a 10% EV em 2 a 3 minutos	1 a 5 minutos	30 minutos	Nenhum	Nenhum	Reduz o limiar do potencial de ação e antagoniza a toxidade neuromuscular e cardíaca da hipercalemia	Ação rápida. Monitorizar ECG. Repetir em 5 minutos se as alterações no ECG persistirem. A associação com digital pode ser perigosa. É utilizado para o tratamento da complicação aguda.
Insulina e glicose	Hipercalemia moderada	5 ou 10U de insulina regular em 50ml de glicose a 50% EV	15 a 45 minutos	4 a 6 horas	Reduz	Nenhum	Desloca o potássio para dentro das células	A glicose é desnecessária se houver hiperglicemia. Se necessário, repetir a insulina a cada 15 min. Acompanhada de infusão de glicose.
Bicarbonato de sódio	Hipercalemia moderada	90 mEq (~2amp) EV em 5 minutos	Imediato	Curta	Reduz	Nenhum	Desloca o potássio para dentro das células	Mais efetivo na presença de glicose.Risco de sobrecarga de sódio. Atentar para o risco de tetania hipocalcêmica.
Furosemida	Hipercalemia moderada e creatinina < 3mg%	20 a 40mg (1 a 2amp) EV	15 minutos	4 horas	Reduz	Reduz	Caliurese	Útil em condições de baixa excreção de potássio.
Resina Sorbitol	Hipercalemia moderada	retal: 30g de sorcal em 200ml de sorbitol 20% enema com retenção de 45min	1 hora	4 a 6 horas	Reduz	Reduz	Remove potássio	Repetir a cada 4 horas. Usar com cautela em pacientes com insuficiência Cardíaca congestiva.
Diálise	Hipercalemia com insuficiência renal		Imediato	Variável	Reduz	Reduz	Remove potássio	

HIPERMAGNESEMIA



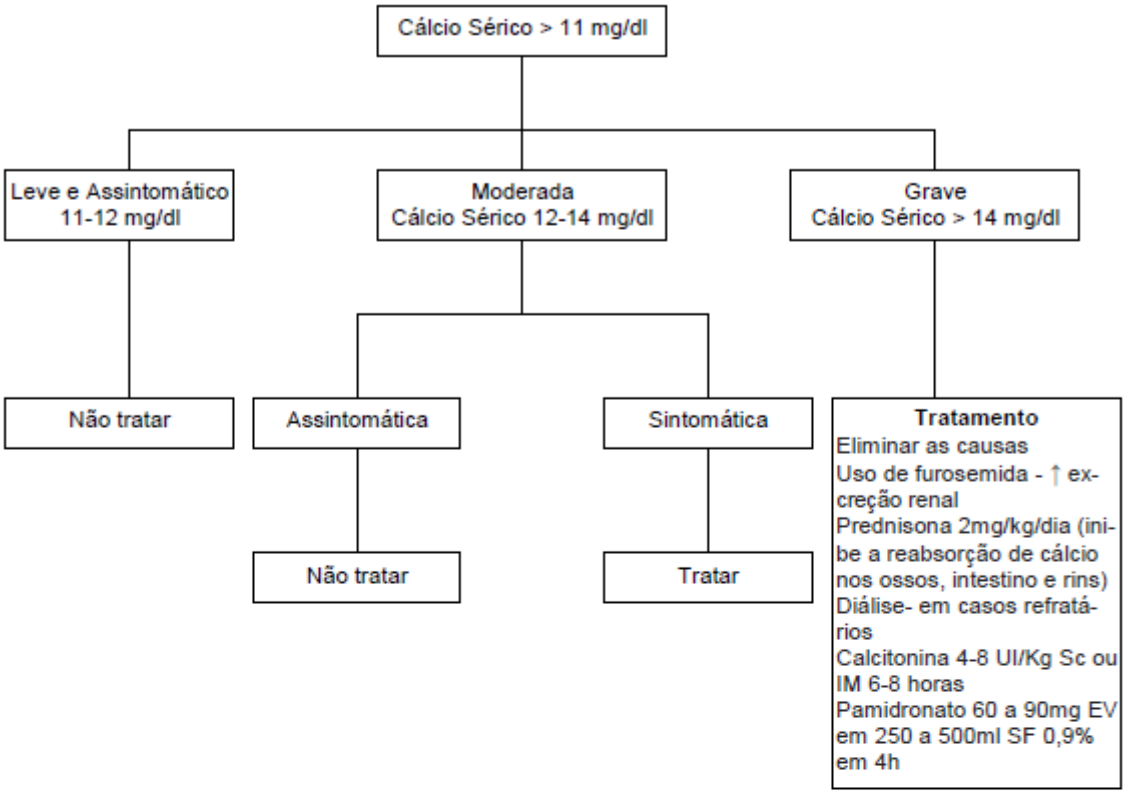
Administração de cálcio (15mg/kg/4 horas)

HIPOMAGNESEMIA

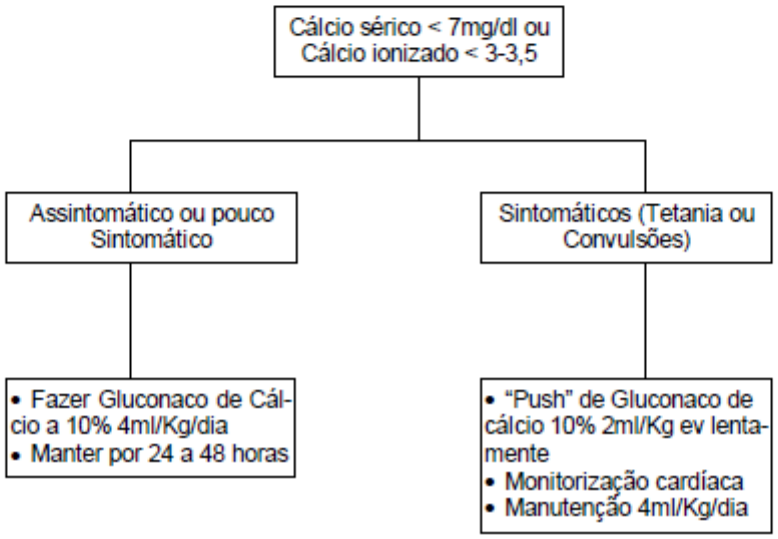


*Dosagem do Mg^{++} em soro desproteinizado/ultrafiltrado (sistema de micropartição).
**O teste é considerado positivo quando a reposição reverte os sinais e os sintomas clínicos prévios.

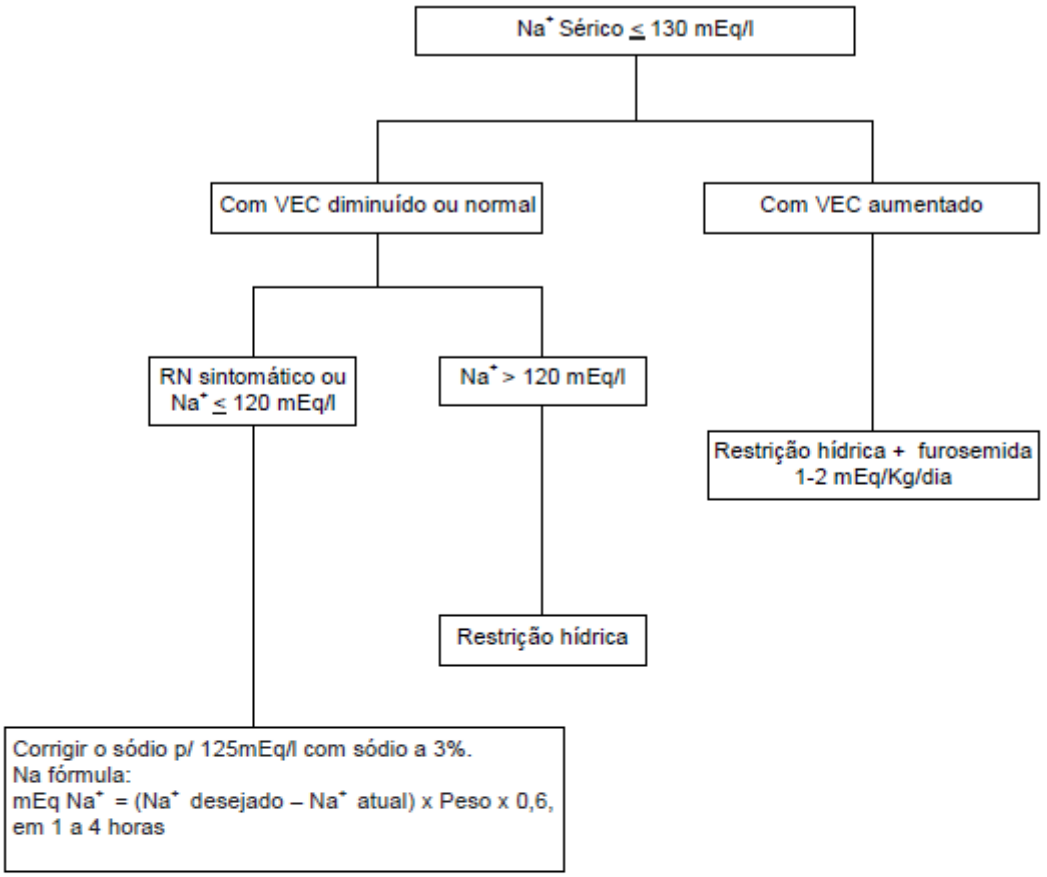
HIPERCALCEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



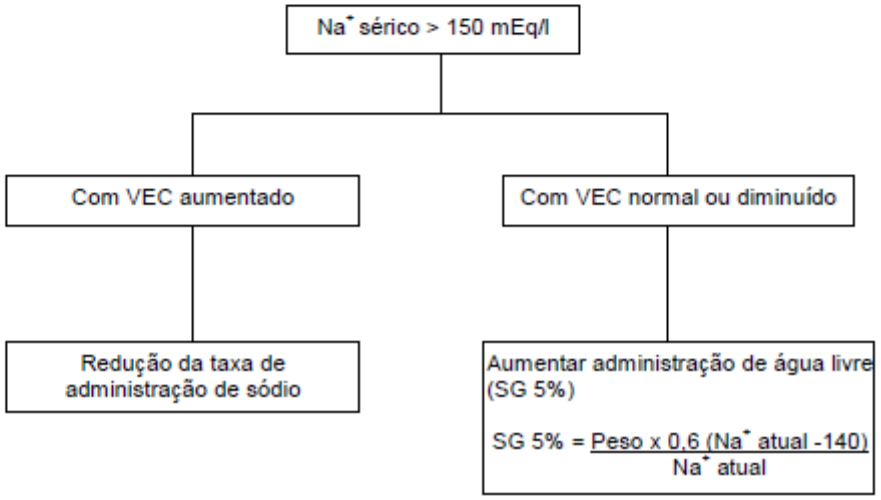
HIPOCALCEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



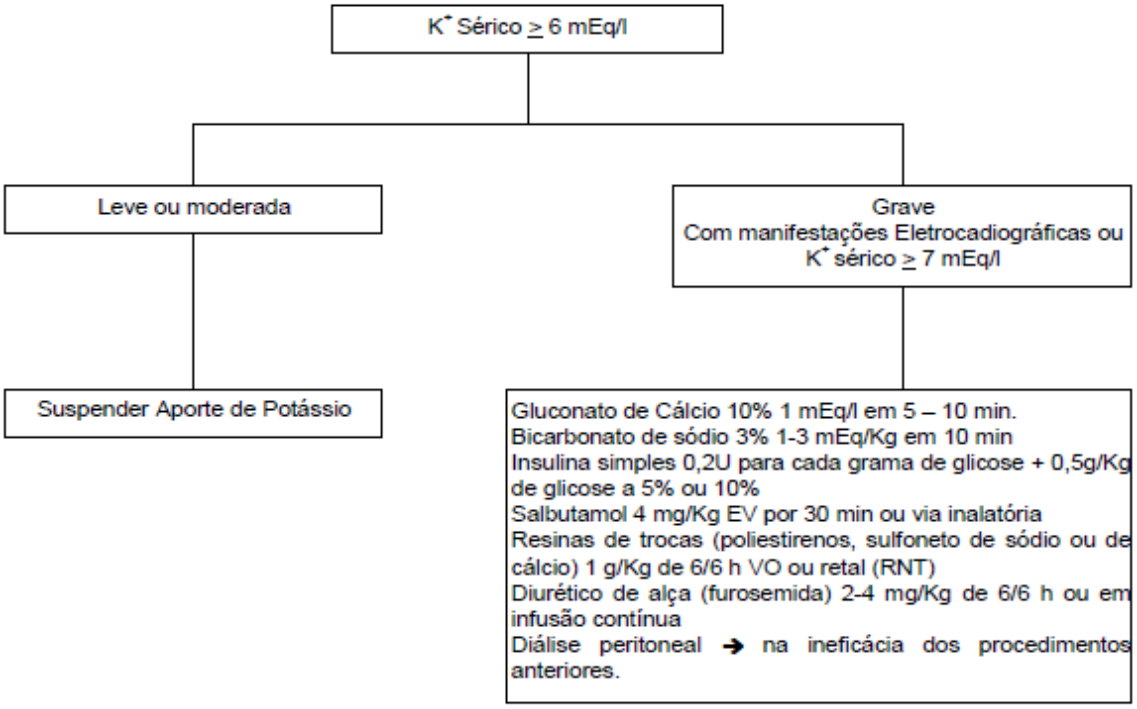
HIPONATREMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



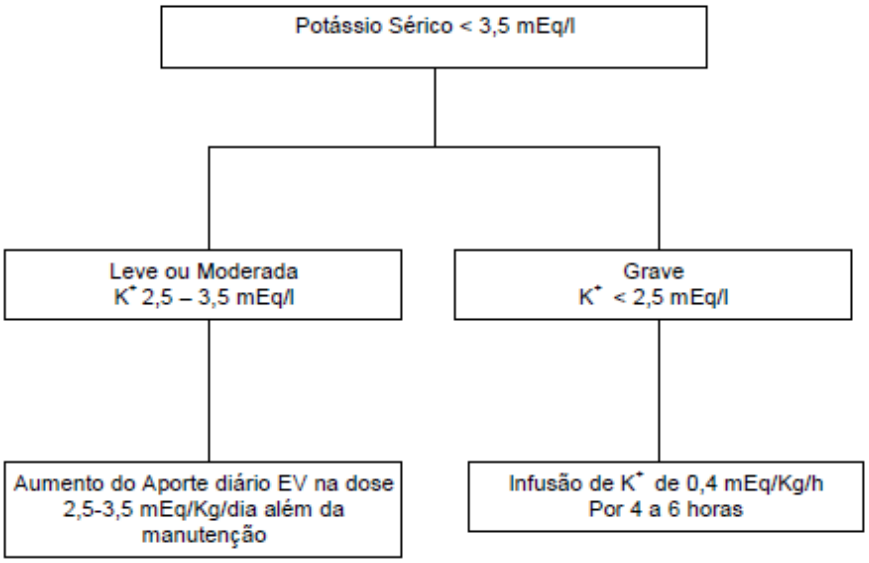
HIPERNATREMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



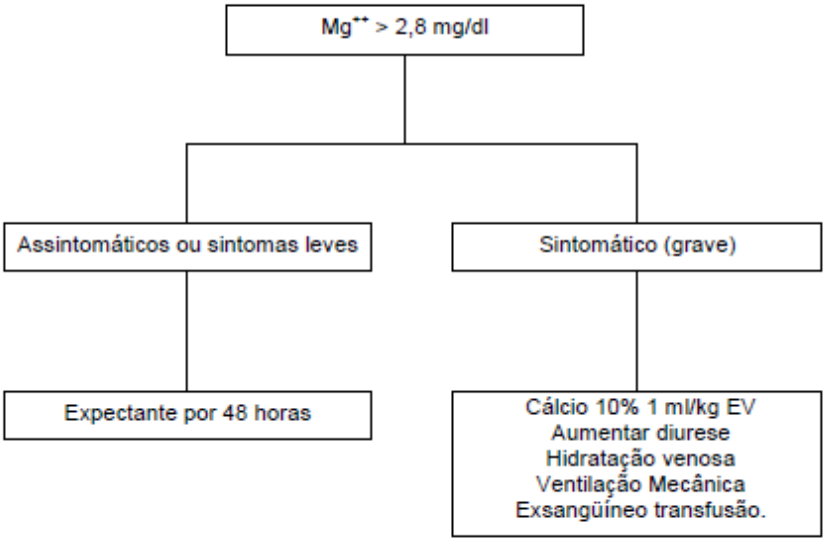
HIPERPOTASSEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



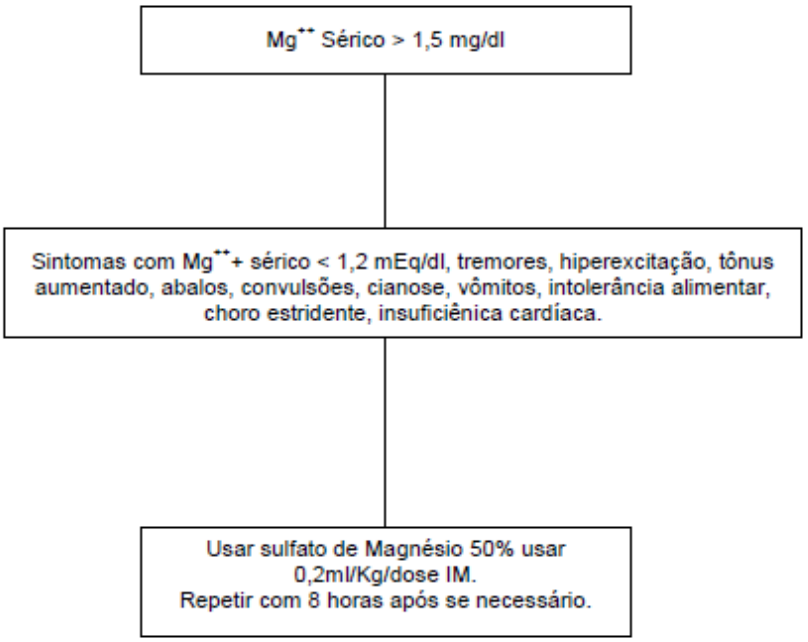
HIPOPOTASSEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



HIPERMAGNESEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)

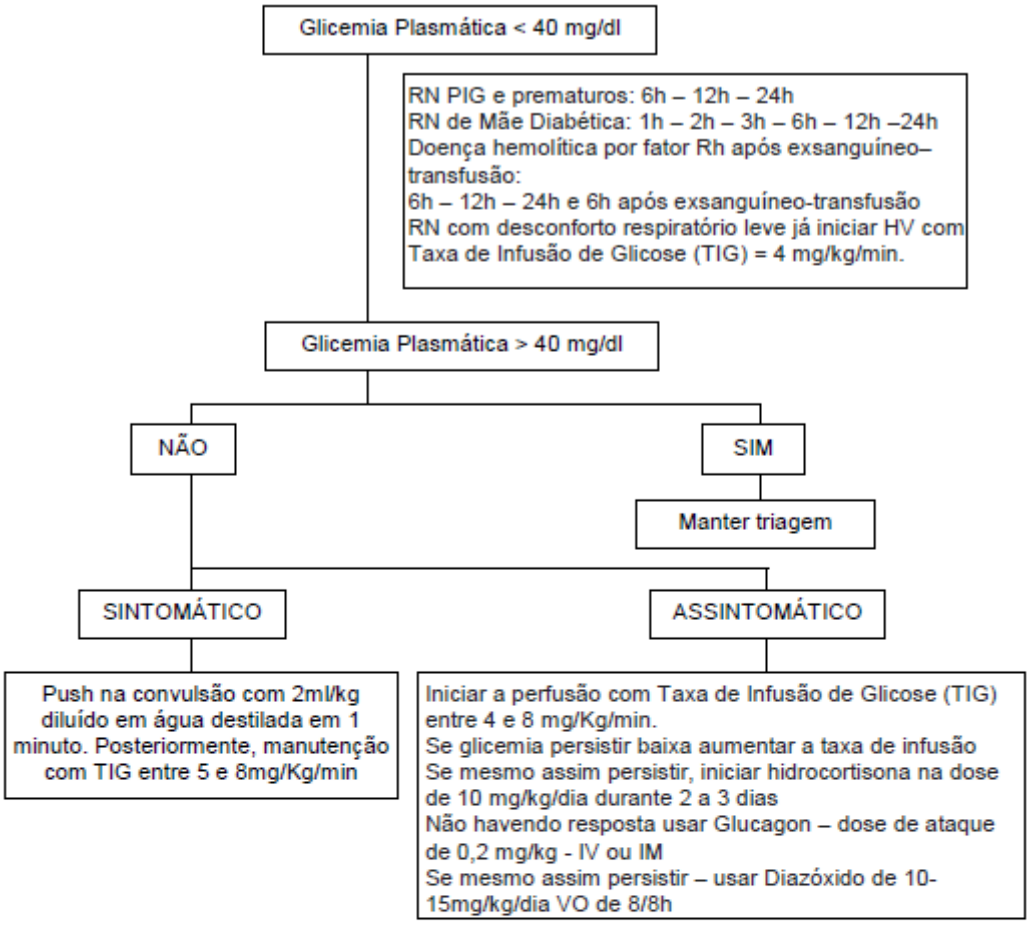


HIPOMAGNESEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)

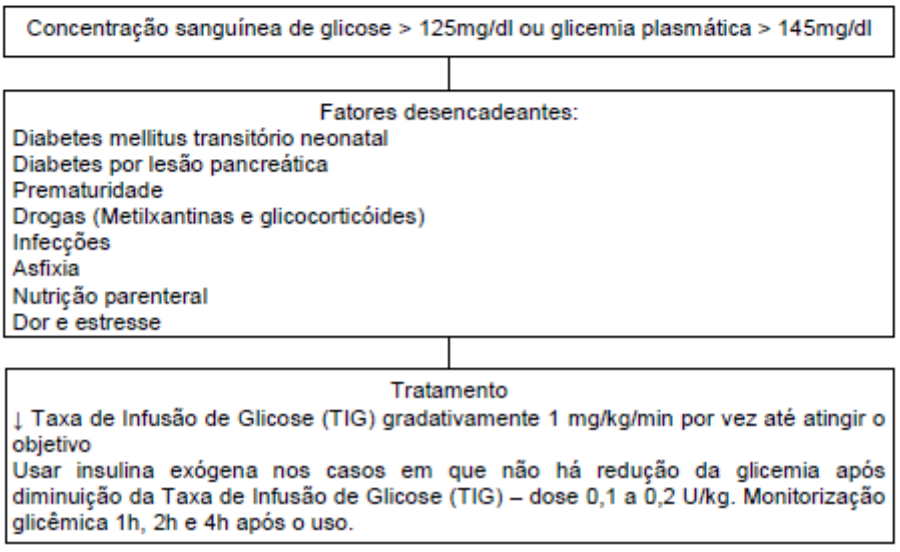


OBS: Sulfato de Magnésio 50%= 4 mEq/ml.
Sulfato de Magnésio 12,5%= 1 mEq/ml.

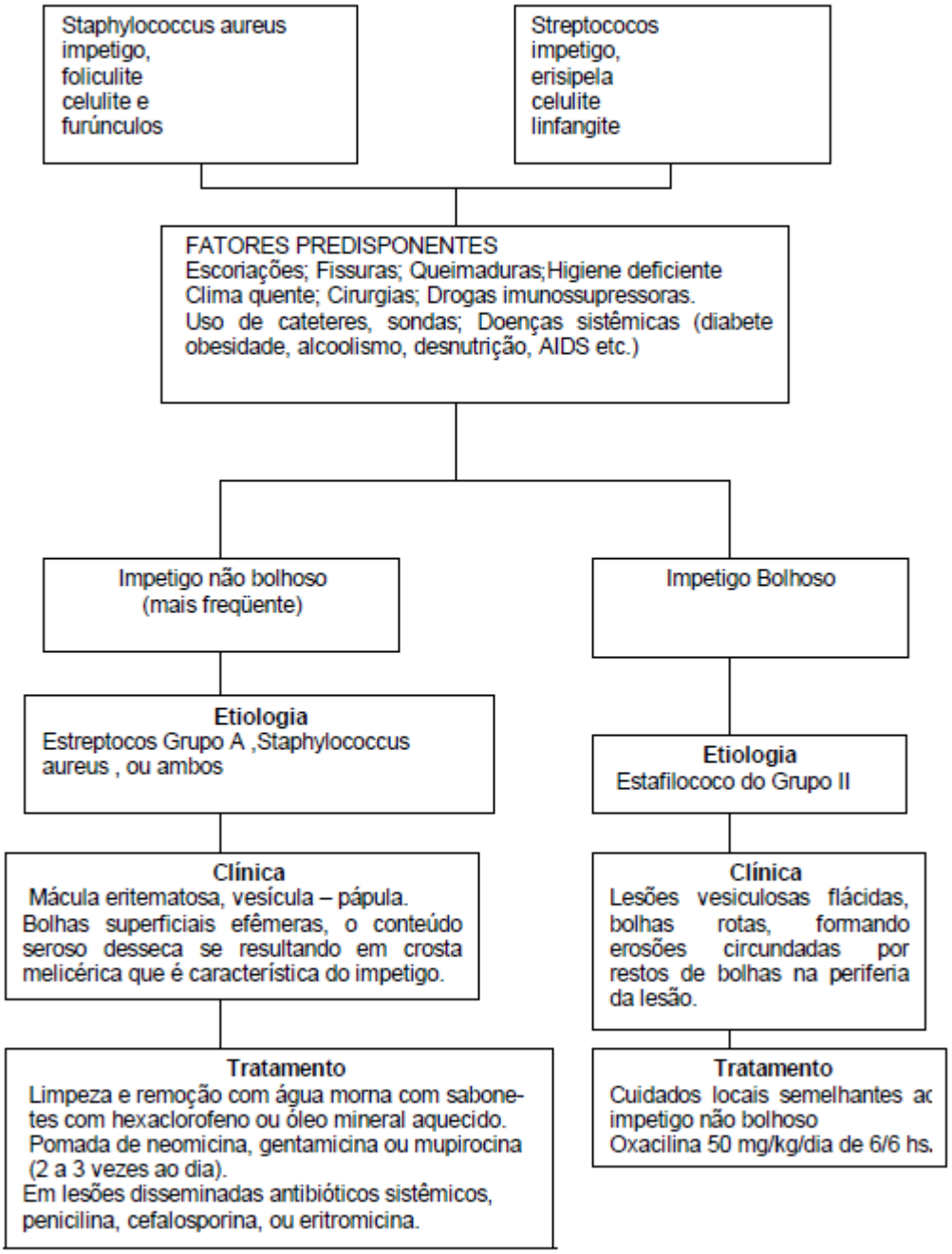
HIPOGLICEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



HIPERGLICEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



PIODERMITES



CELULITE E ERISIPELA

São infecções cutâneas caracterizadas por eritema, edema e dor. Na maioria dos casos há febre e leucocitose. Ambas podem ser acompanhadas por linfangite e linfadenite

Fatores predisponentes: locais de trauma, abrasões, lesões psoríasicas, eczematosas ou tinha. Podem se desenvolver em pele aparentemente normal

Erisipela
Envolve as camadas mais superficiais da pele e os linfáticos cutâneos

Etiologia
Estreptococo beta hemolítico grupo A, S.aureus no adulto,e Hemophilus influenzae tipo B em crianças com menos de 3 anos de idade.

Clínica
A área de inflamação está elevada em relação a pele circundante e há uma demarcação distinta entre a pele envolvida e a pele normal.
A parte inferior das pernas, face e orelhas são atingidas mais freqüentemente. Podem existir bolhas, a porta de entrada nos membros inferiores são úlceras de perna, fissuras plantares, e dermatomicose interpodatilares

Tratamento
Repouso, elevação do membro afetado. Penicilina procaína 600.000.U de 12/ 12 h; dicloxacilina 500 a 1000mg VO de 6/6hs; eritromicina 500mg de 6/6hs; cefalosporina.
Casos graves - nafcilina-500mg a 1500mg IV 4/4hs

Celulite
Se estende aos tecidos subcutâneos

Etiologia
P. aeruginosa, estreptococos do grupo B. As culturas dos locais de entrada, espécimes de aspirado, espécimes de biópsia e hemoculturas facilitam a seleção do antibiótico apropriado para esses pacientes

Clínica
Não há distinção clara entre a pele infectada e a pele não infectada.
Tipicamente ocorre próximo a feridas cirúrgicas ou uma úlcera cutânea.
Episódios recorrentes de celulite aparecem com anormalidades anatômicas locais que comprometem a circulação venosa ou linfática.
Crianças-Infecção bucal é a mais comum

Tratamento
Repouso, elevação do membro afetado
Dicloxacilina 500 a1000mg VO de 6/6hs, cefalosporina.
Casos graves-.nafcilina- 500mg a 1500mg IV 4/4hs
Um aminoglicosídeo deve ser considerado em pacientes sob risco de infecção por gram-negativos
Alguns adultos podem ser infectados por Hemophilus influenzae, e requerem antibióticos adequados.
Crianças - Certificar-se de que não há formação de gás e/ou coleções de pus, pois essas lesões requerem drenagem cirúrgica agressiva e debridamento.

FURÚNCULO

Definição
Coleção delimitada de pus que é uma massa dolorosa, firme ou flutuante. Celulite pode preceder ou ocorrer concomitantemente a ele.

Abscesso - cavidade formada por loculações digitiformes de tecido de granulação e pus que se estende para fora ao longo dos planos de menor resistência.

ETIOLOGIA
Em geral a microbiologia reflete a microflora da parte anatômica envolvida *Estafilococos aureus* (no folículo piloso e glândula sebácea) –é o mais comum.. Outros organismos podem ser encontrados como: Aeróbios - *E.coli, P. aeruginosa, S.faecalis;*Anaeróbios - *Bacteróides, Lactobacillus, Peptostresptococcus*

CONDIÇÕES PREDISPONENTES:
Áreas com sudorese e atrito intenso.
Oclusão da virilha e das nádegas pelas roupas, sobretudo em pacientes com hiperhidrose. Anormalidades foliculares , como comedões, pápulas e pústulas acneiformes são encontradas com freqüência nas nádegas e axilas de indivíduos com furunculose recidivantes.

CLINICA
Inicia-se como pápula vermelha profunda, sensível, firme, que aumenta rapidamente formando um nódulo sensível e profundo que permanece estável e doloroso por dias, tornando-se flutuante.
A temperatura é normal e não há sintomas sistêmicos. A dor torna-se moderada a grave a medida que o material purulento se acumula. É freqüente nos pacientes HIV- positivos.

TRATAMENTO
Compressas quentes e úmidas
Incisão, drenagem e compressão
Antibióticos anti-estafilocócicos

HERPES VÍRUS

HERPES SIMPLES

Definição Infecção viral freqüente que pode comprometer pele e mucosas. É causada pelo Herpes virus homines, tipos I e II. A transmissão é por via direta (pessoal).

Quadro clínico Geralmente assintomático. Logo após a infecção, o vírus permanece em estado latente nos gânglios sensoriais, manifestando-se clinicamente, quando ocorre diminuição da imunidade

Primo infecção herpética:
Período de incubação – 3 a 10 dias. Caracteriza-se por erupção vésico-ulcerativa da mucosa oral ou genital acompanhada de adenopatia, febre e mal-estar. A regressão ocorre dentro de 1 a 2 semanas.

Forma recidivante :
Caracteriza-se por vesículas agrupadas sobre base eritematosa, agrupadas em "bouquet". É mais comum em adultos, e tem como principais fatores desencadeantes estresse, exposição solar, traumas físicos e químicos, infecções virais e bacterianas.

Diagnóstico diferencial
Aftas, candidíase oral, candidíase genital, Síndrome de Stevens-Johnson, impetigo, dermatite vesicante (Potó)

Tratamento
Cuidados locais:
Aciclovir* - adulto 200mg 5x dia por 5 dias; crianças10mg/kg/dia por 05 dias, casos graves 05 a 10 mg/kg/dia EV.

HERPES VÍRUS

HERPES ZOSTER

DEFINIÇÃO

Infecção causada pelo vírus varicela-zoster. É mais comum em indivíduos com doenças sistêmicas, particularmente imunodepressão

QUADRO CLÍNICO

Caracteriza-se por vesículas agrupadas sobre base eritematosa, dispostas em faixa unilateral acompanhando trajeto de nervo. Dor nevrálgica pode anteceder o quadro e, em 20% dos casos, a nevralgia é intensa e persistente. Isto ocorre principalmente em doentes idosos e/ou que se submetem a tratamento imunossupressor. As lesões cutâneas regridem em aproximadamente duas semanas e podem deixar manchas e cicatrizes .

TRATAMENTO

Cuidados locais: compressas com água boricada ou $KMNO_4$.
Aciclovir – 800mg 5 x ao dia durante 7 dias.
Fanciclovir –250mg de 8/8horas durante 7-10 dias.
Valaciclovir – 1g de 8/8horas durante 7-10 dias
Analgésicos

ECTIMA

ETIOLOGIA

Streptococcus pyogenes do grupo A, e/ou Staphylococcus aureus

CLÍNICA

Uma vesícula inicial fugaz deixa uma ulceração superficial. Mais freqüente nas crianças e nas pernas.

TRATAMENTO

Semelhante ao impetigo: uma vesícula inicial fugaz.

REAÇÕES HANSÊNICAS

A hanseníase é uma doença de curso crônico que afeta preferencialmente a pele e os nervos. As reações são episódios de agudização que podem causar graves danos neurais, e correspondem a mudanças súbitas do estado imunológico do paciente. Cerca no pós-alta.

REAÇÃO REVERSA OU REAÇÃO TIPO I

Ocorre na Hanseníase Tuberculóide e Hanseníase Dimorfa

CLÍNICA

As lesões antigas tornam-se intumescidas, edematosas e podem. surgir novas lesões em outros locais do corpo. Os sintomas gerais em geral são pouco intensos. Os MHD podem apresentar edemas em torno dos orifícios naturais e edemas de mãos e pés. É freqüente haver neurite em um ou mais troncos neurais

EXAMES LABORATORIAIS A SEREM SOLICITADOS

EPF (pesquisa de estrongiloidíase). Quando houver importante comprometimento geral realizar os mesmos exames solicitados para o eritema nodoso, inclusive hemocultura e RX de tórax. Esses pacientes costumam estar em uso de corticóide por períodos prolongados ficando expostos a infecções

OBS: Pode ocorrer leve leucocitose

TRATAMENTO

Reação reversa sem neurite:
Prednisona 0,5mg -1mg/kg/dia até o dia até o controle do quadro reacional, e então iniciar o desmame. Paciente deverá sair com uma consulta marcada com o médico dermatologista.
Reação reversa com neurite, lesões em face ou próximas a troncos nervosos importantes, ou mão e pé reacionais
Prednisona 1-2mg/kg/dia

NEURITE HANSÊNICA

DEFINIÇÃO:

Processo inflamatório agudo ou crônico de nervos periféricos, podendo evoluir com ou sem dor e com ou sem déficit sensitivo ou motor. É a manifestação mais grave uma vez que pode ocasionar incapacidade e deformidade.Pode ocorrer isoladamente ou acompanhando uma reação reversa ou eritema nodoso.

SINTOMAS CLÍNICAS:

Dor aguda no local e/ou no trajeto do nervo acometido
Perda da sensibilidade ou perda motora no local inervado pelo tronco neural correspondente:

TRONCOS NEURAIS DE COMPROMETIMENTO MAIS FREQÜENTE:

Ulnar e mediano - sensitivo-motor (antebraços mãos e quirodáctilos), Fibular - motor- inicialmente perda dos chinelos e depois "pé caído".
Tibial posterior – sensibilidades dos pés, pododáctilos e regiões plantares

TRATAMENTO:

Prednisona 1-2mg/kg/dia
Imobilização do membro afetado
Encaminhar então para o serviço de referência. Em caso de abscesso neural, encaminhar imediatamente para serviço especializado para realização de cirurgia apropriada.

ERITEMA NODOSO HANSÊNICO (ENH) OU REAÇÃO TIPO II

MH Dimorfa e MH Virchowiana.
Costuma ocorrer até a negativação da baciloscopia

FATORES DESENCADEANTES
Infecções (inclusive cáries dentárias), estresse físico e emocional, gravidez

CLÍNICA
Nódulos que às vezes confluem formando placas eritemato-violáceas, dolorosos, em MMSS, MMII, tronco e face. Pode ocorrer epididimite, orquite, ceratite, irite, iridociclite, poliartralgia e poliatrite. Grande comprometimento do estado geral com febre, adenopatia generalizada, mal estar, astenia. É freqüente o envolvimento neural. **Leve** – lesões cutâneas em pequeno números, com pouco ou nenhum acometimento do estado geral. **Moderado** – lesões cutâneas disseminadas, com acometimento geral presente **Grave** – lesões cutâneas generalizadas, com grave comprometimento do estão geral, prostração, limitação funcional, perda de peso intensa

ALTERAÇÕES LABORATORIAIS
Leucocitose com neutrofilia, piúria discreta, alterações discretas das transaminases

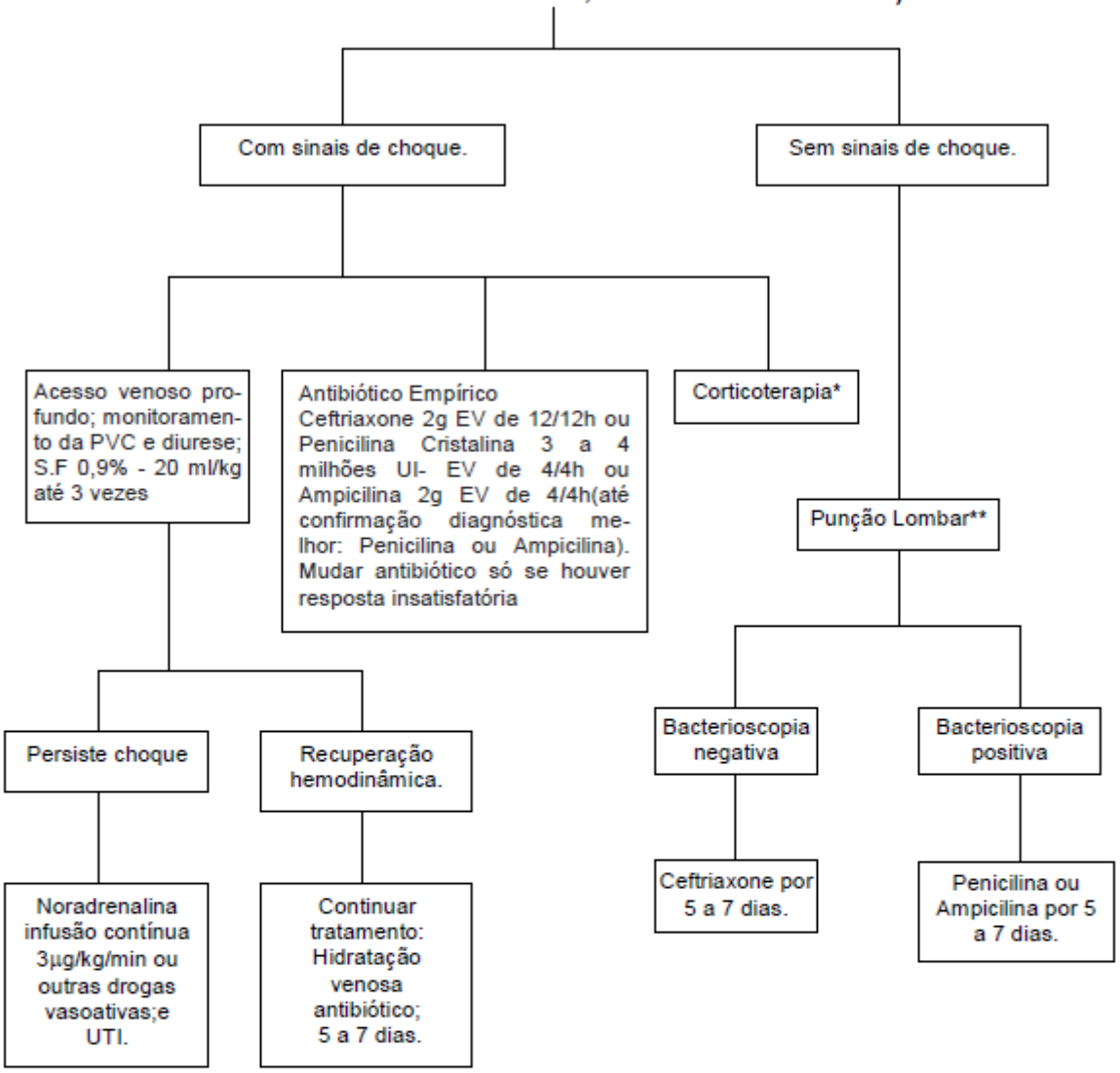
EXAMES LABORATORIAIS A SEREM SOLICITADOS:
Hemograma completo, EAS, eletrólitos, função hepática (especialmente quando em uso de PQT). Quando necessário urinocultura

TRATAMENTO NO HOMEM
Leve:
Talidomida 100mg/dia
Anti-inflamatório não hormonal (AINH)-Paracetamol 720mg 2-3x ao dia
Diclofenaco 50mg-2-3x/dia
Moderada:
Talidomida 100mg de 12/12/dia
Grave:
(Ou acompanhados de ENH necrótico, mão e pé reacional, orqui-epididimite, irite, iridociclite, **Neurite**)
Talidomida – 100mg 8/8horas e Prednisona – 1 mg/kg/dia

TRATAMENTO NA MULHER
Leve:
Anti-inflamatório não hormonal (AINH) Paracetamol 1,5-2g/dia ou Prednisona - 0,5mg/dia
Moderada:
igual ao anterior
Grave:
Anti-inflamatório não hormonal (AINH)
Paracetamol 1,5-2g/dia ou
Prednisona-1,5-2g/dia
Clofazimina- 300mg/dia

Observação: Depois de devidamente atendidos na emergência os pacientes só poderão receber alta após estarem agendados para consulta com os médicos responsáveis pelo tratamento, uma vez que os medicamentos deverão ser reduzidos de acordo com a evolução clínica, caso contrário os pacientes estarão sujeitos a recidivas severas, danos neurais graves e aos efeitos colaterais das drogas.

DOENÇA MENINGOCÓCICA
(MENIGOCÓCCEMIA SEM MENINGITE; MENINGITE COM OU SEM MENIGOCÓCCEMIA; MENINGOENCEFALITE)



***Corticoterapia:**

Iniciar o uso de corticóide 20 minutos antes do início da antibioticoterapia ou simultaneamente

Na doença meningocócica (com necrose de supra-renais, utilizar hidrocortisona 200mg EV de 6/6h).

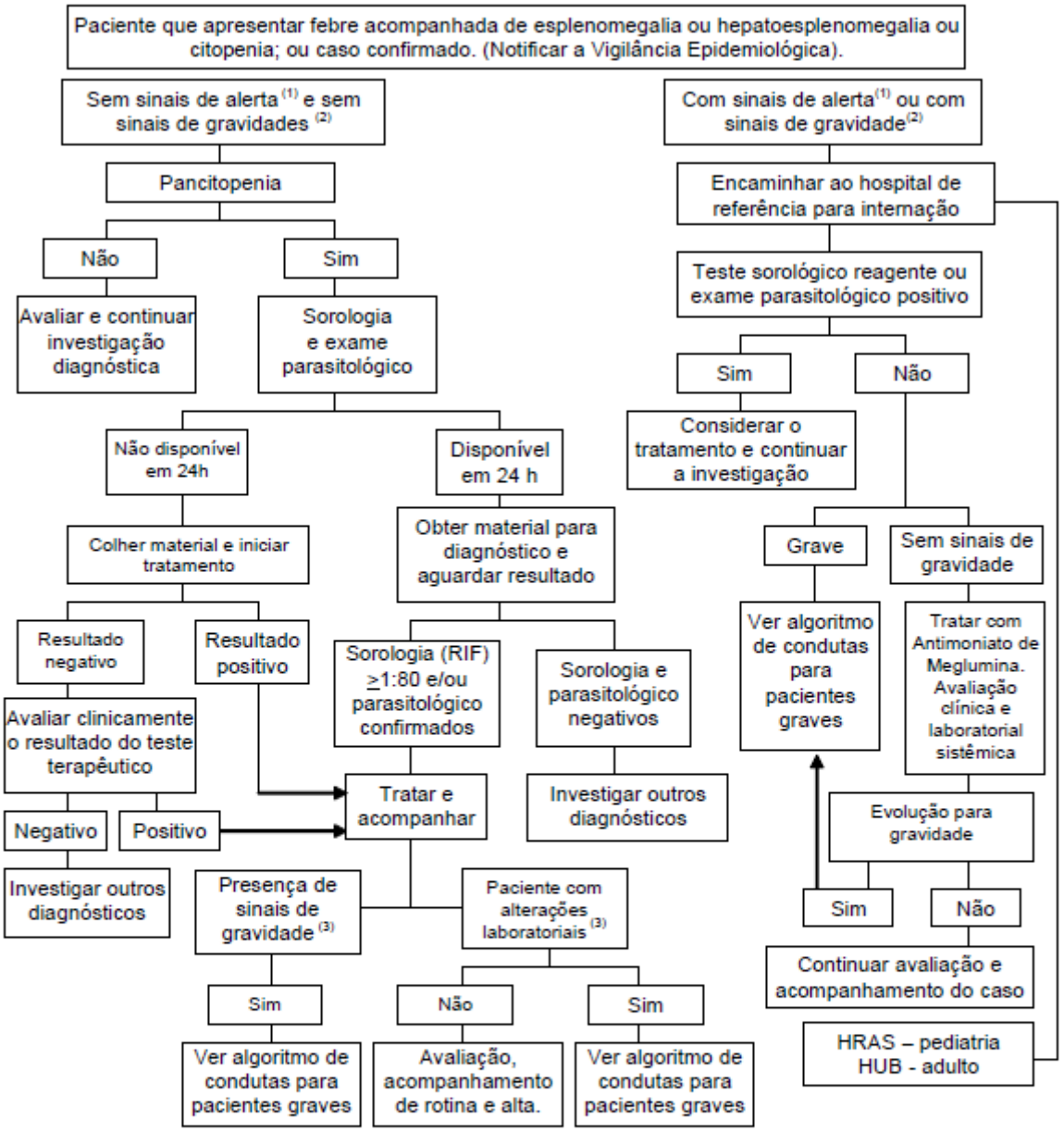
Na meningite ou meningoencefalite sem menigococcemia, usar dexametasona 10mg EV de 6/6/h durante 4 dias.

****Colher líquor em 2 frascos estéreis, uma para o laboratório do hospital e outro para o LACEN, juntamente com meio de cultura (4 gotas do líquor) para cocos piogênicos em tudo adequado.**

Isolamento Respiratório por 24 hs.

Contatar Vigilância Epidemiológica para profilaxia dos Contactantes.

LEISHMANIOSE VISCERAL (LV)



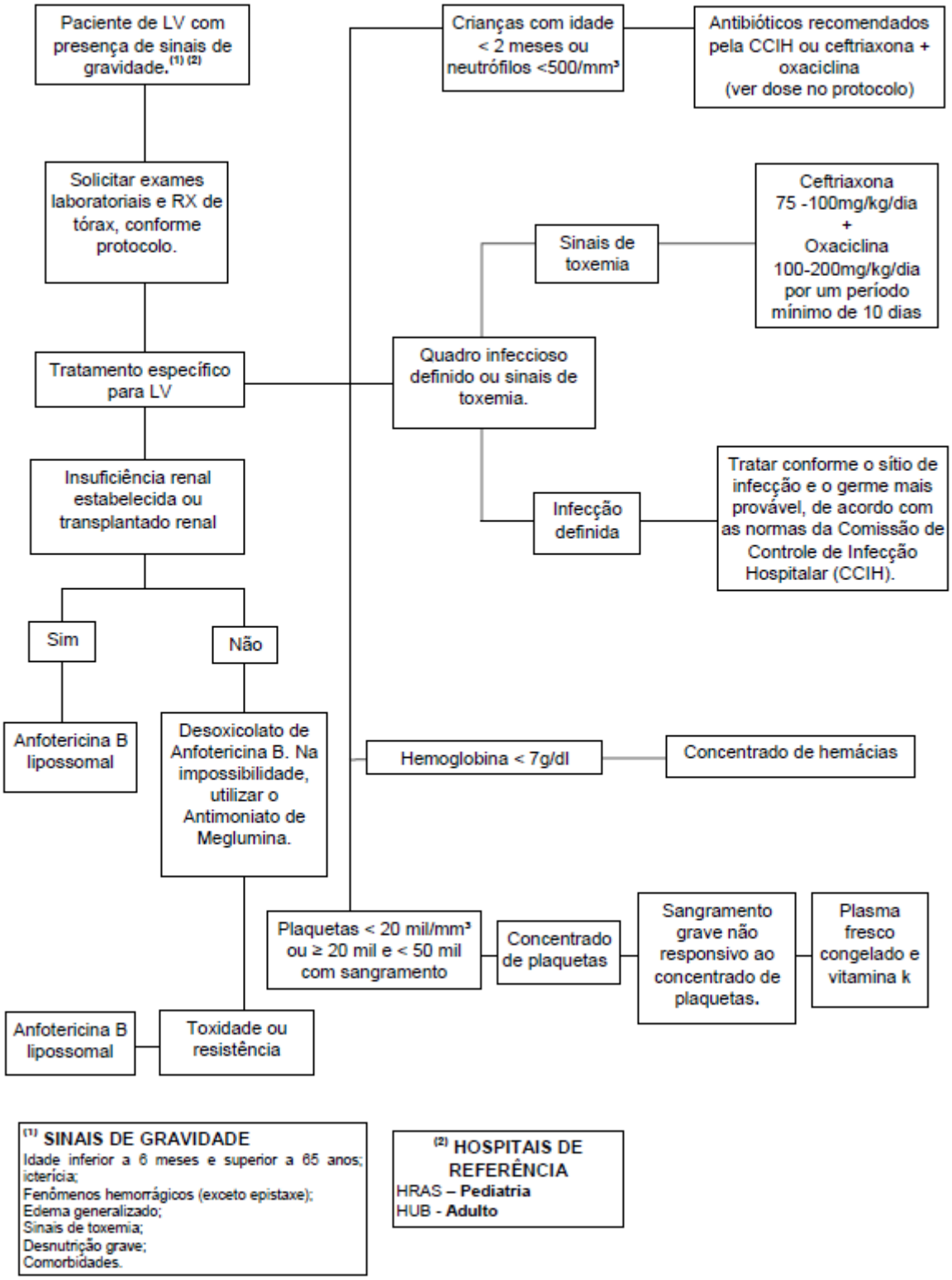
*** É importante lembrar que a prova terapêutica deve ser cautelosamente indicada principalmente nos cenários onde a leishmaniose visceral não é a causa mais importante da síndrome de febre, hepato-esplenomegalia e citopenias. (1), (2) e (3).

(1) Sinais de Alerta:
Crianças com idade entre 6 m e 1 ano.
Adultos com idade entre 50 e 65 anos;
Quadro infeccioso suspeito;
Casos de recidiva de LV;
Edema localizado;
Diarréia e/ou vômitos;
Febre há mais de 60 dias.

(2) Sinais de Gravidade:
Idade inferior a 6 meses e superior a 65 anos;
Icterícia;
Fenômenos hemorrágicos (exceto epistaxe);
Edema generalizado;
Sinais de toxemia;
Desnutrição grave;
Co-morbidade.

(3) Alterações laboratoriais;
Leucócitos <100.000mm³ ou neutrófilos <500/mm³;
Plaquetas <50.000/mm³;
Creatinina sérica acima de duas vezes o maior valor de referência;
Atividade de protombina <70%;
Bilirrubina acima do maior valor de referência;
Enzimas hepáticas acima de cinco vezes o maior valor de referência;
Albumina, 5g/dl.

CONDUTA DE SUPORTE PARA PACIENTES GRAVES COM LEISHMANIOSE VISCERAL (LV)



[1] SINAIS DE GRAVIDADE

Idade inferior a 6 meses e superior a 65 anos;
Icterícia;
Fenômenos hemorrágicos (exceto epistaxe);
Edema generalizado;
Sinais de toxemia;
Desnutrição grave;
Comorbidades.

[2] HOSPITAIS DE REFERÊNCIA

HRAS – **Pediatria**
HUB - **Adulto**

DENGUE

A dengue é uma doença dinâmica, o que permite que o paciente possa evoluir de um estágio a outro, durante o curso da doença. **Todo caso suspeito (com hipótese diagnóstica de dengue) deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica.**
Caso suspeito de dengue: Paciente com doença febril aguda, com duração máxima de até sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retroorbitária, mialgia, artralgia, prostração ou exantema associados a história epidemiológica compatível.

GRUPO A*

SINTOMATOLOGIA
Ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas (prova do laço)
Ausência de sinais de alerta.

EXAMES COMPLEMENTARES
Específico:
Em período não epidêmico: para todos os casos.
Em período epidêmico: por amostragem (conforme orientação da Vigilância)

Inespecíficos (recomendado):
Hematócrito, hemoglobina, plaquetas e leucograma para pacientes em situações especiais[1]: gestante, idoso (> 65 anos), hipertensão arterial, diabete melito, asma brônquica, doença hematológica ou renal crônicas, doença severa do sistema cardiovascular, doença ácido-péptica ou doença auto-imune.

- Normal ou não realizado
- Alterado

CONDUTA
Tratamento ambulatorial
Hidratação oral: 60 a 80ml/kg/dia; um terço deste volume com SRO e o restante em líquidos caseiros (água, sucos naturais, chás, etc.)
Analgésicos e antitérmicos: dipirona, paracetamol. Reavaliar medicamentos de uso contínuo
Orientar sobre sinais de alerta[2]
NÃO UTILIZAR SALICILATOS
Não há subsídio científico que dê suporte clínico ao uso de antiinflamatórios não hormonais ou corticóides. Avaliar o risco de sangramentos.
Pacientes em situações especiais devem ser reavaliados no primeiro dia sem febre.
Para os outros pacientes, reavaliar sempre que possível no mesmo período.

(1) Estes pacientes podem apresentar evolução desfavorável e devem ter acompanhamento clínico diferenciado.
(2) Os sinais de alerta e agravamento do quadro costumam ocorrer na fase de remissão da febre.

GRUPO B*

SINTOMATOLOGIA
Manifestações hemorrágicas induzidas (prova do laço) ou espontâneas sem repercussão hemodinâmica.
Ausência de sinais de alerta.

- Normal
- Alterado

Hematócrito aumentado em até 10% acima do valor basal ou, na ausência deste, as seguintes faixas de valores:

crianças: > 38% e < 42%
mulheres: > 40% e < 44%
homens: > 45% e <50%
e/ou
Plaquetopenia entre 50 e 100.000 céls/mm³
Leucopenia < 1.000 céls/mm³

Conduta
Tratamento ambulatorial
Hidratação oral **rigorosa** (80ml/kg/dia), como orientado para o grupo A
Analgésicos e antitérmicos
Orientar sobre sinais de alerta
Retorno para reavaliação clínico laboratorial em 24 horas e reestadiamento.

Hematócrito aumentado em até 10% acima do valor basal ou, na ausência deste, as seguintes faixas de valores:

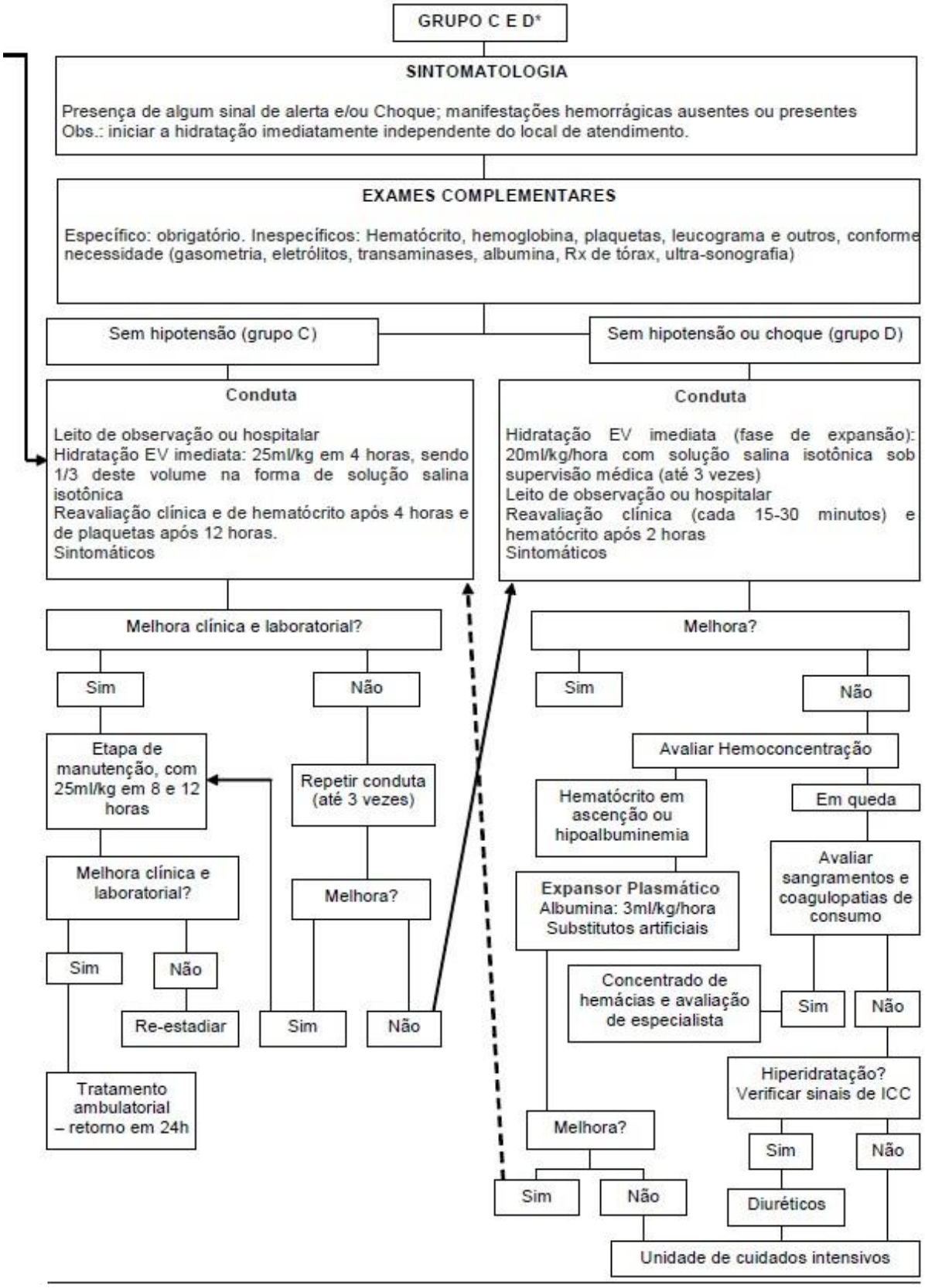
crianças: > 42%
mulheres: > 44%
homens: > 50%
e/ou
Plaquetopenia < 50.000 céls/mm³

Conduta
Leito de observação
Hidratação oral supervisionada ou parenteral: 80ml/kg/dia, sendo 1/3 do volume infundido nas primeiras 4 a 6 horas e na forma de solução salina isotônica
Reavaliação clínica e de hema-tócrito após a etapa de hidratação

Melhora?

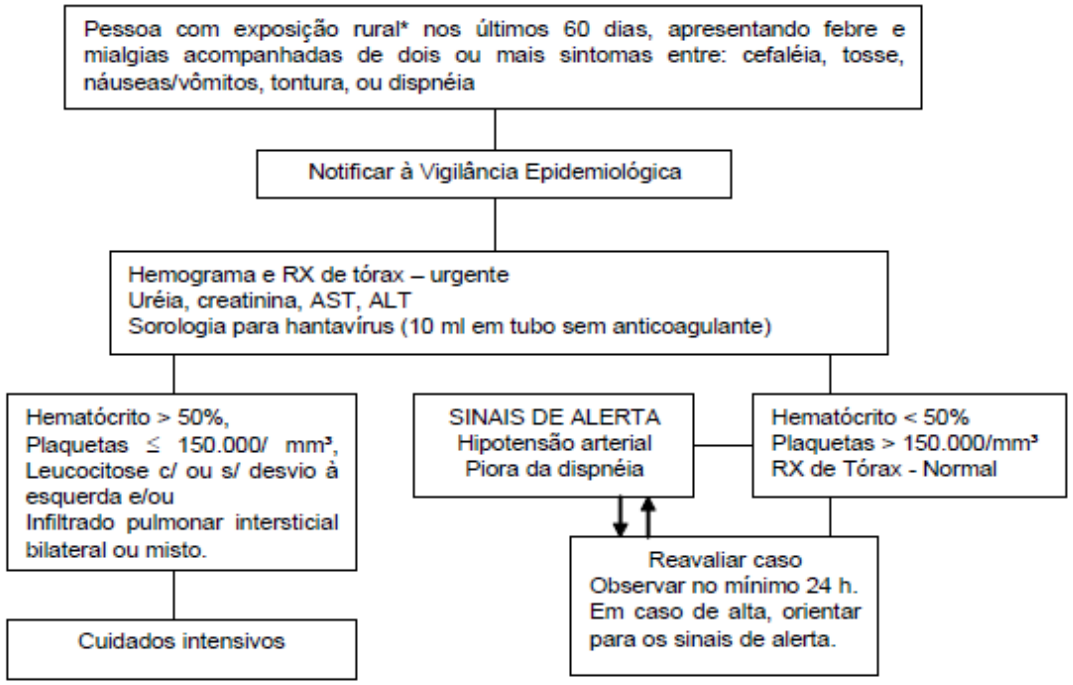
- Sim
- Não → continua

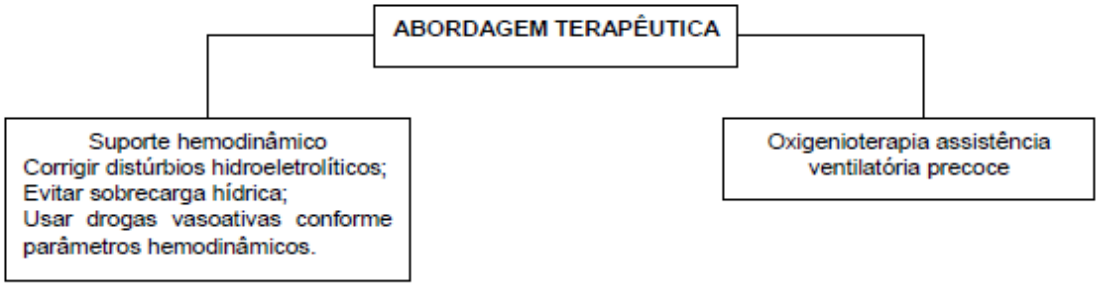
Obs:
Em vigência de hemorragia visceral importante, sobretudo no Sistema Nervoso Central, associada à plaquetopenia < 50.000/mm³, avaliar a indicação de transfusão de plaquetas.
Pacientes com plaquetopenia < 20.000/ mm³ sem repercussão clínica devem ser internados e reavaliados clínica e laboratorialmente a cada 12 horas.
As manifestações não usuais (encefalite, hepatite, miocardite, entre outras) podem ocorrer em qualquer estágio da doença, e terão abordagens específicas.
*Anteriormente classificado como leve (Grupo A), Moderado (Grupo B) e Grave (Grupos C e D).


GRUPO C E D*
SINTOMATOLOGIA
Presença de algum sinal de alerta e/ou Choque; manifestações hemorrágicas ausentes ou presentes
Obs.: iniciar a hidratação imediatamente independente do local de atendimento.
EXAMES COMPLEMENTARES
Específico: obrigatório. Inespecíficos: Hematócrito, hemoglobina, plaquetas, leucograma e outros, conforme necessidade (gasometria, eletrólitos, transaminases, albumina, Rx de tórax, ultra-sonografia)
Sem hipotensão (grupo C)
Sem hipotensão ou choque (grupo D)
Conduta
Leito de observação ou hospitalar
Hidratação EV imediata: 25ml/kg em 4 horas, sendo 1/3 deste volume na forma de solução salina isotônica
Reavaliação clínica e de hematócrito após 4 horas e de plaquetas após 12 horas.
Sintomáticos
Conduta
Hidratação EV imediata (fase de expansão): 20ml/kg/hora com solução salina isotônica sob supervisão médica (até 3 vezes)
Leito de observação ou hospitalar
Reavaliação clínica (cada 15-30 minutos) e hematócrito após 2 horas
Sintomáticos
Melhora clínica e laboratorial?
Sim
Não
Etapa de manutenção, com 25ml/kg em 8 e 12 horas
Repetir conduta (até 3 vezes)
Melhora clínica e laboratorial?
Melhora?
Sim
Não
Re-estadiar
Sim
Não
Tratamento ambulatorial – retorno em 24h
Melhora?
Sim
Não
Avaliar Hemoconcentração
Hematócrito em ascenção ou hipoalbuminemia
Em queda
Expansor Plasmático Albumina: 3ml/kg/hora Substitutos artificiais
Avaliar sangramentos e coagulopatias de consumo
Concentrado de hemácias e avaliação de especialista
Sim
Não
Hiperidratação? Verificar sinais de ICC
Melhora?
Sim
Não
Sim
Não
Diuréticos
Unidade de cuidados intensivos

HANTAVIROSE

SÍNDROME CARDIO-PULMONAR





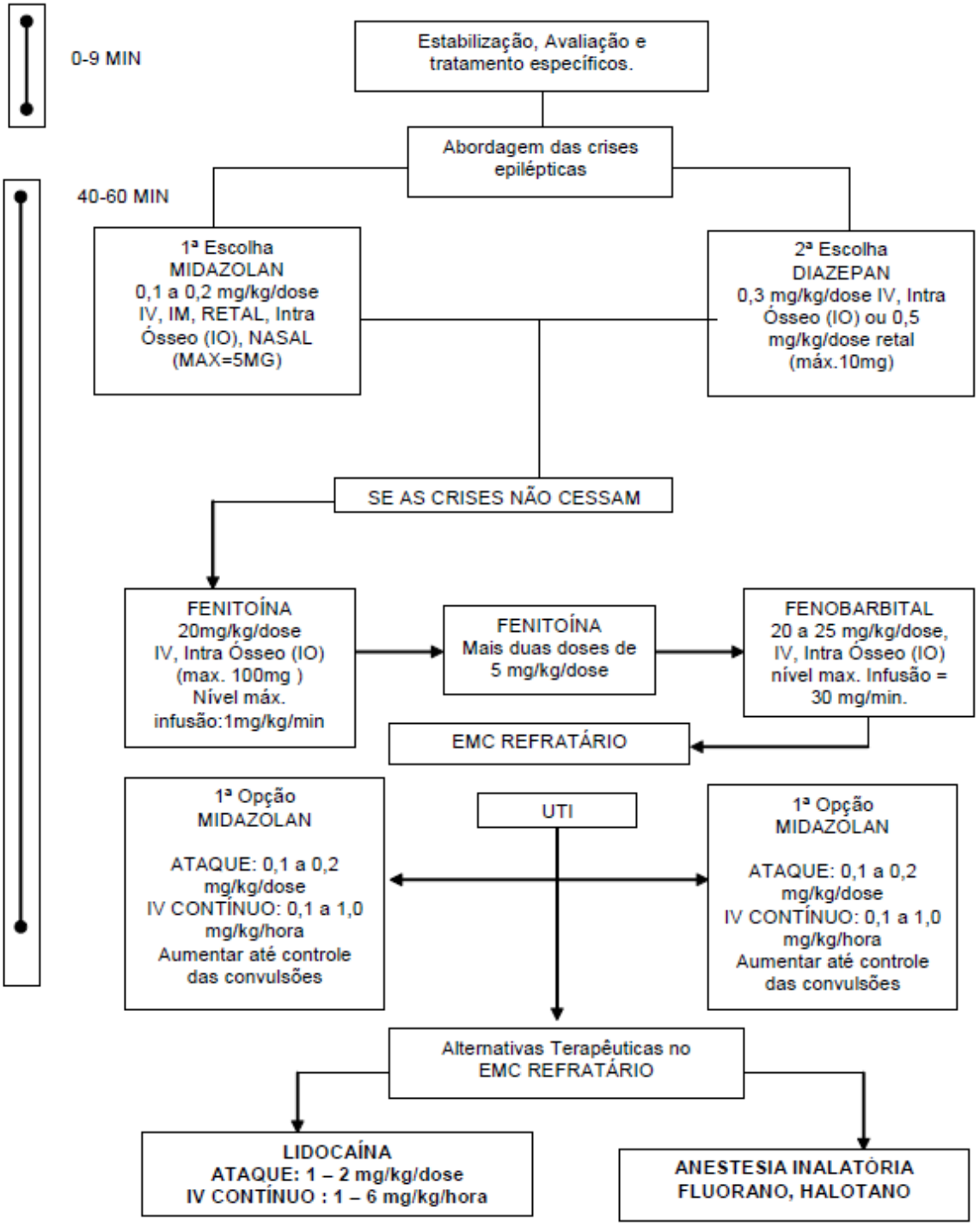
*Entende-se por exposição rural: visitar, trabalhar ou morar em chácaras, bosques, matas, fazendas, pescarias, acampamentos, entre outros.

Obs.: usar corticóides EV, na fase inicial da pneumonite. Essa conduta tem melhorado o quadro respiratório e reduzido a letalidade em alguns serviços no Brasil e no Chile.

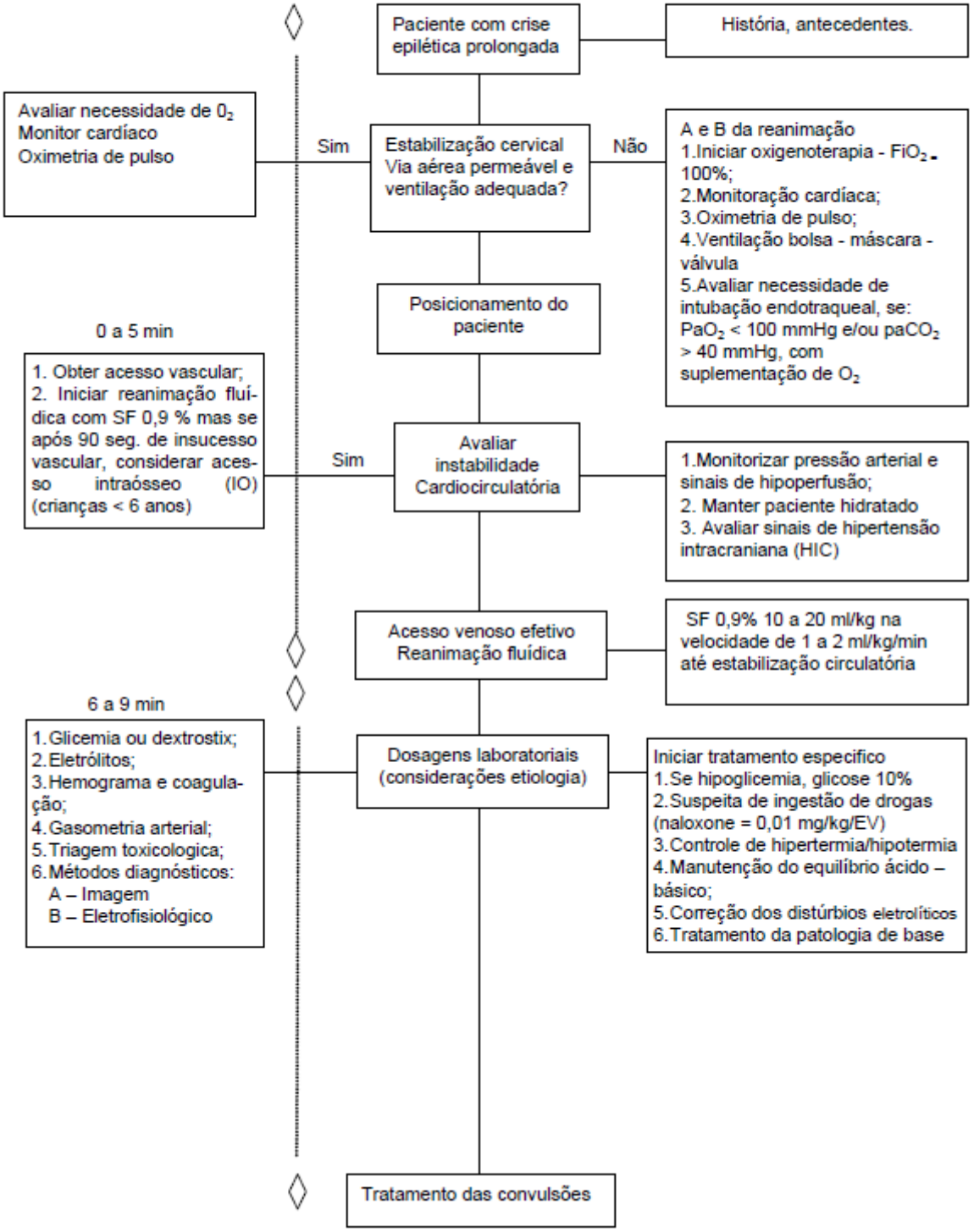
Notificação compulsória e investigação obrigatória, visando: identificar local e fonte de infecção, fatores de risco, e desencadeamento de medidas de controle.

ESTADO DE MAL CONVULSIVO (EMC) NA CRIANÇA

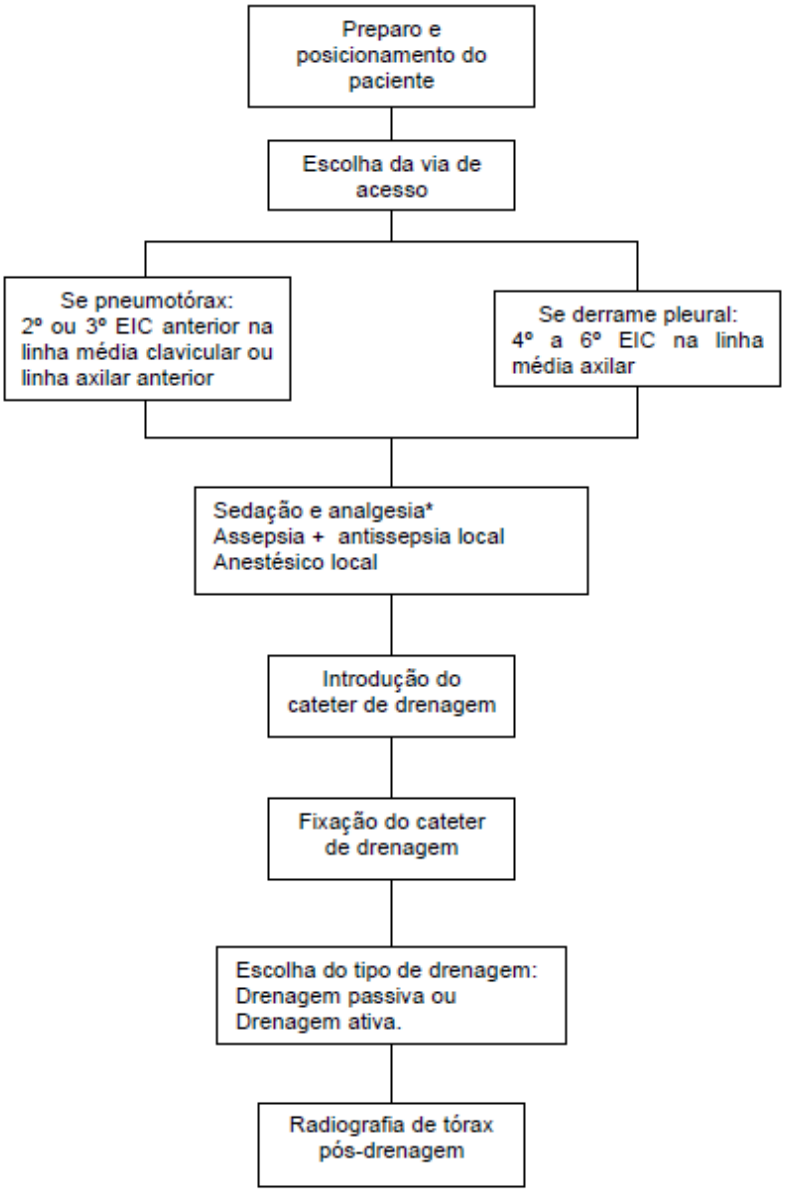
ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA CRISE



CRISE EPILÉPTICA AGUDA
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



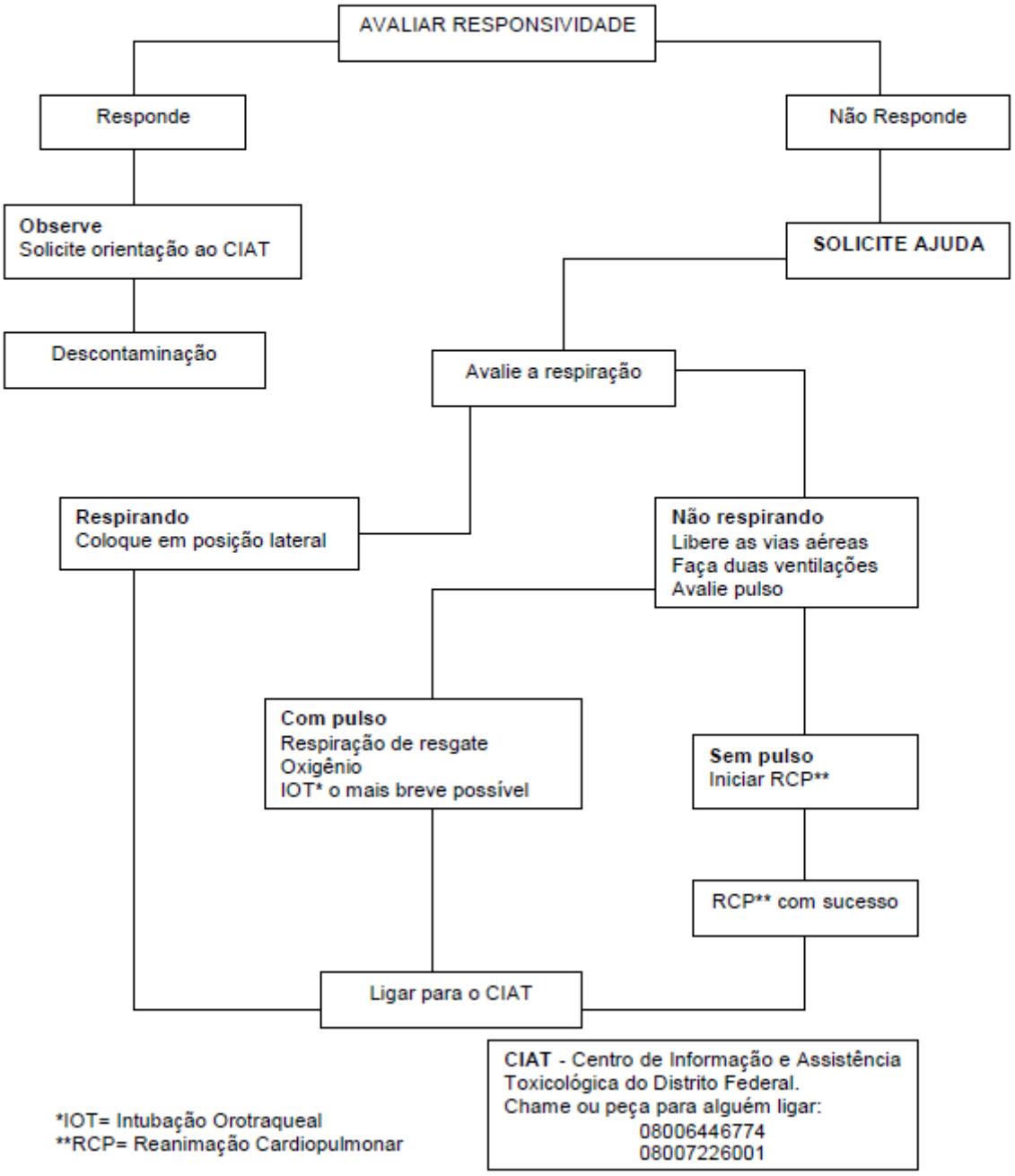
DRENAGEM TORÁCICA FECHADA NA CRIANÇA



***Ver protocolo Sedação e analgesia**

ABORDAGEM INICIAL DAS INTOXICAÇÕES

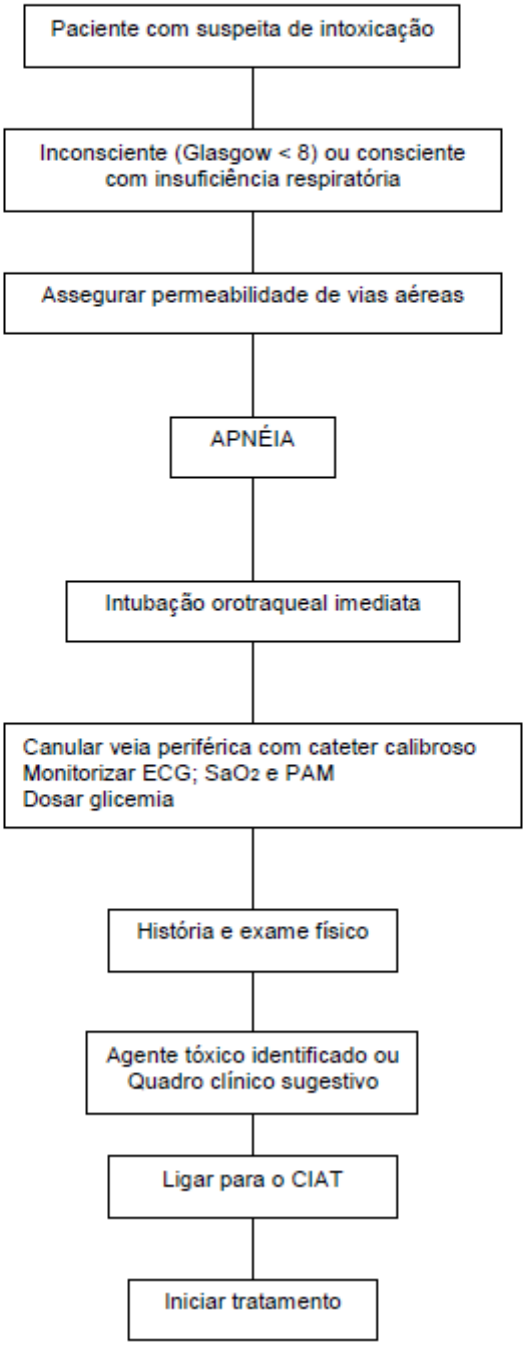
O primeiro atendimento é de primordial importância na sobrevida e prevenção de complicações ou seqüelas. O **Centro de Informações e Assistência Toxicológicas do Distrito Federal (CIAT-DF)**, atende através de uma central telefônica, em regime de plantão permanente, sendo guiado por bancos de dados nacionais e internacionais. Serve como fonte de informações aos profissionais de saúde, objetivando prestar o melhor atendimento como órgão de assessoria e consultoria na área de urgência e emergência, a fim de agilizar o tratamento e evitar iatrogenias. A abordagem inicial do paciente intoxicado difere muito pouco da preconizada pelos algoritmos universais para o paciente grave.



*IOT= Intubação Orotraqueal
**RCP= Reanimação Cardiopulmonar

ATENDIMENTO INICIAL INTRA - HOSPITALAR

O paciente intoxicado frequentemente representa uma emergência de início agudo, com comprometimento de múltiplos órgãos, se assemelhando frequentemente a pacientes politraumatizados. Além do tradicional ABC de reanimação, no paciente intoxicado são necessárias outras medidas gerais de desintoxicação, como a descontaminação e administração de antídotos.
O médico deve sempre tentar identificar o agente tóxico, mas sua busca não deve nunca retardar o início das medidas terapêuticas vitais para o paciente.



SÍNDROMES TOXICOLÓGICAS

O conhecimento das síndromes toxicológicas é essencial para o reconhecimento do agente intoxicante. A síndrome toxicológica é uma constelação de sinais e sintomas que sugerem uma classe específica de envenenamento.

SÍNDROME ESTIMULANTE

Inquietação
Verborréia
Atividade motora excessiva
Tremor
Insônia
Taquicardia
Alucinações

OPIÁCIO

Alteração do estado mental
Miose
Bradipnéia
Dispnéia
Bradicardia
Diminuição dos ruídos abdominais
Hipotermia

SÍNDROME COLINÉRGICA

Salivação
Lacrimejação
Liberação esfincteriana
Diarréia
Emese
Broncorréia
Bradicardia

SÍNDROME SEDATIVA-HIPNÓTICA

Sedação
Confusão mental
Delírio
Alucinação
Coma
Parestesias
Disestesias
Diplopia
Visão turva
Lentificação da fala
Ataxia
Nistagmo

SÍNDROME ANTICOLINÉRGICA

Hipertermia
Íleo
Rubor
Taquicardia
Retenção urinária
Pele seca
Visão turva
Midríase
Diminuição dos ruidos abdominais
Mioclonia
Coreatetose
Psicose
Alucinações
Convulsão
Coma

EFEITOS DAS TOXINAS

O campo de ação da substância tóxica causadora do envenenamento é amplo, requerendo um grande conhecimento farmacológico e um adequado exame físico focado no nível de consciência e sinais vitais incluindo a temperatura corporal.

COMA

Álcool	Chumbo
Anticolinérgicos	Lítio
Arsênico	Opióides
Beta-bloqueadores	fenciclidina
Colinérgicos	Fenotiazinas
Monóxido de carbono	Salicilatos
Antidepres. tricíclicos	Sedativos-hipnóticos

PUPILAS

Miose	Midríase
Colinérgicos	Anticolinérgicos
Clonidina	Meperidina
Nicotina	Simpatomiméticos
Fenotiazinas	Abstinência
Fenciclidina	

ESFORÇO RESPIRATÓRIO

Diminuído	Aumentado
Álcool	CO, CN
Barbitúricos	Acidose metabólica
Benzodiazepínicos	Insuficiência hepática
Opióides	Metahemoglobinemia
	Salicilatos

FREQÜÊNCIA CARDÍACA

Taquicardia	Bradicardia
Anticolinérgicos	Alfa-bloqueadores
Antidepres. tricíclicos	Beta-bloqueadores
Simpatimiméticos	Bloq. dos canais de Ca^{++}
Cocaína, anfetamina	Glicosídios cardíacos
Abstinência	Colinérgicos
	Cianeto, Nicotina

PRESSÃO ARTERIAL

Hipertensão	hipotensão
Similar à taquicardia	CO,CN
	Antidepres. tricíclicos
	Ferro
	Opióides
	Nitratos
	Fenotiazinas
	Sedativo-hipnóticos
	Teofilina

TEMPERATURA

Hipertermia	Hipotermia
Anticolinérgicos	Beta-bloqueadores
IMAOs	CO
Metais	Colinérgicos
Fenotiazinas	Etanol
Salicilatos	Hipoglicemiantes
Simpaticomiméticos	Sedativo-hipnóticos
Abstinência	

ANAMNESE

Após estabilização hemodinâmica deve-se prosseguir com a anamnese e exame físico.

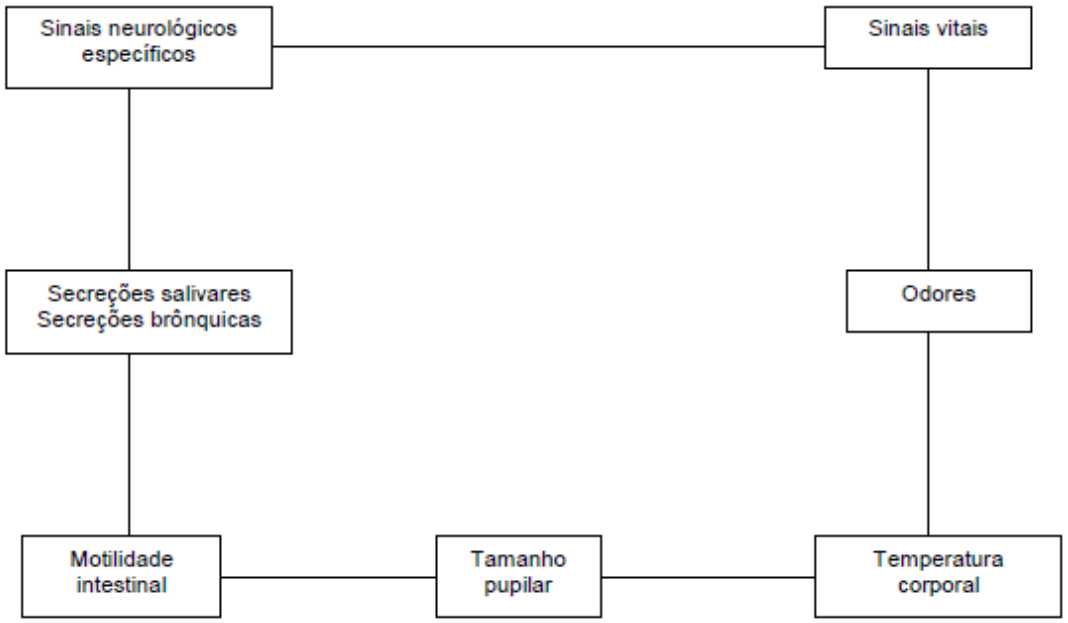
ANAMNESE

Os 5 Ws.

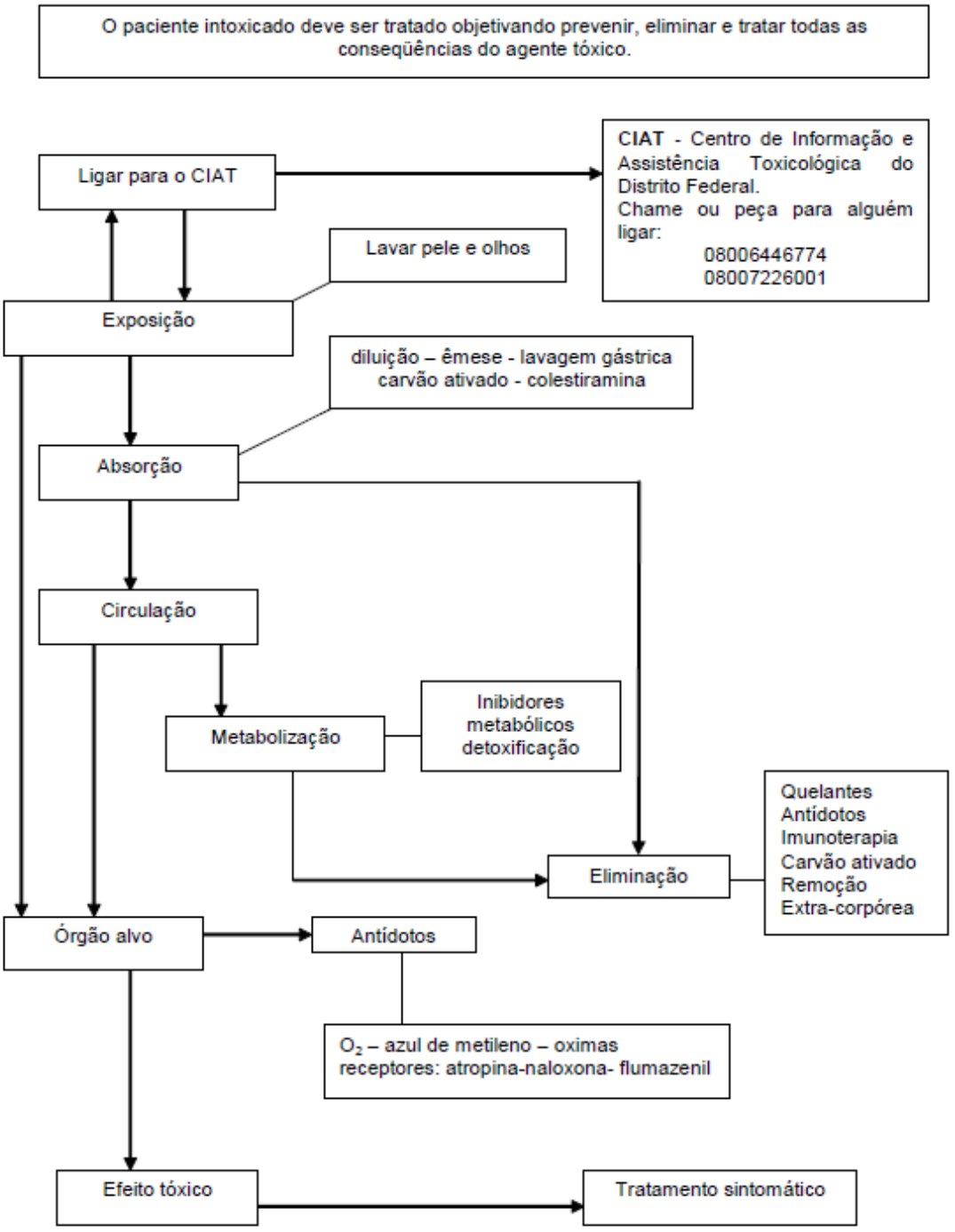
1. Who: "quem" - Identificar o paciente, suas condições, patologias de base e uso de medicamentos
2. What: "o quê" - Identificar o agente tóxico
3. Where: "onde" - Via e local da exposição
4. When: "quando" - Horário do evento
5. Why: "porque" - Motivo e circunstância da exposição

EXAME FÍSICO

O exame físico deve ser detalhado e orientado quanto aos aspectos toxicológicos, facilitando o reconhecimento de uma síndrome toxicológica.



BASES DO TRATAMENTO DO PACIENTE INTOXICADO



DESCONTAMINAÇÃO

A descontaminação deve ser feita o mais breve possível para:

- Diminuir a exposição a tóxicos e toxinas
- Prevenir a lesão
- Evitar ou diminuir a lesão
- Reduzir a absorção

Descontaminação cutânea

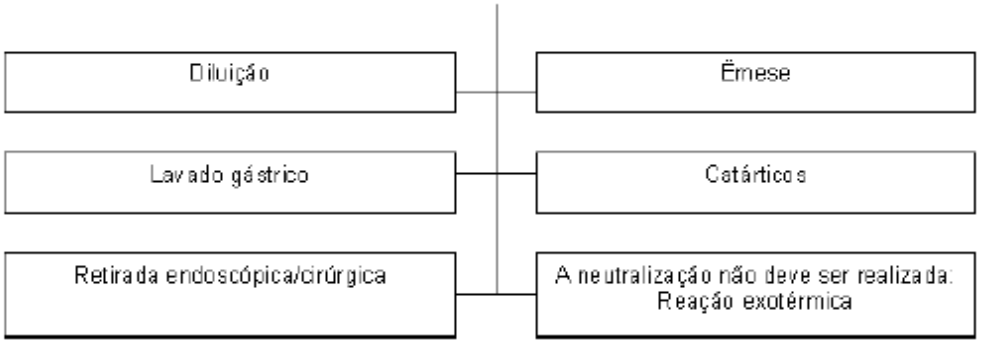
- Usar proteção individual durante todo o procedimento
- Material: Água e sabão
- Remover a roupa contaminada
- Lavagem prolongada de toda a superfície incluindo cabelos; unhas; pregas cutâneas

Medicamentos Agrotóxicos	**LAVAR SEMPRE**
Base forte Ácido forte	**NÃO LAVAR**

DESCONTAMINAÇÃO OCULAR

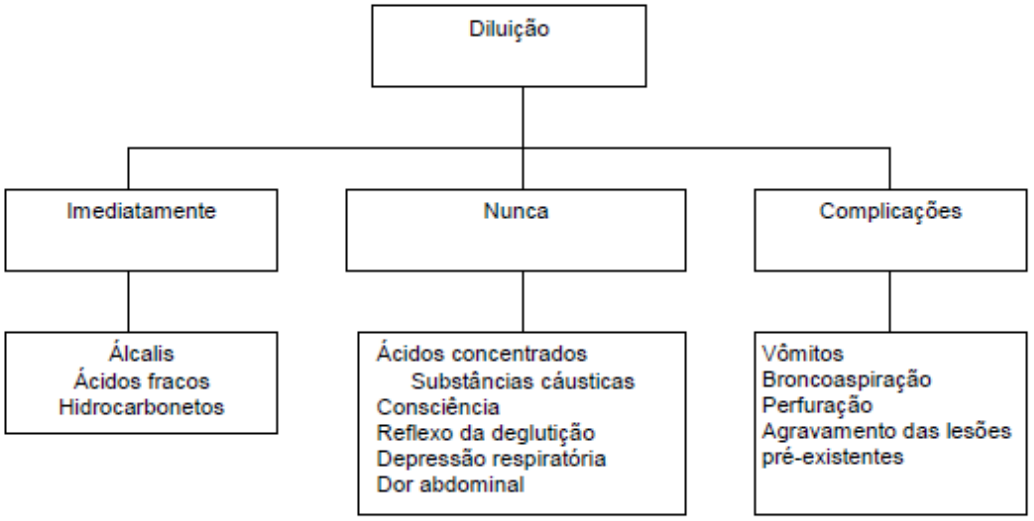
- Retirar lentes de contato
- Usar anestésicos locais
- Irrigar com água: Baixa Pressão; Por 30 min. ou mais.
- Encaminhar ao oftalmologista
- A neutralização de ácidos e álcalis NUNCA está indicada

DESCONTAMINAÇÃO GASTRO-INTESTINAL



DILUIÇÃO

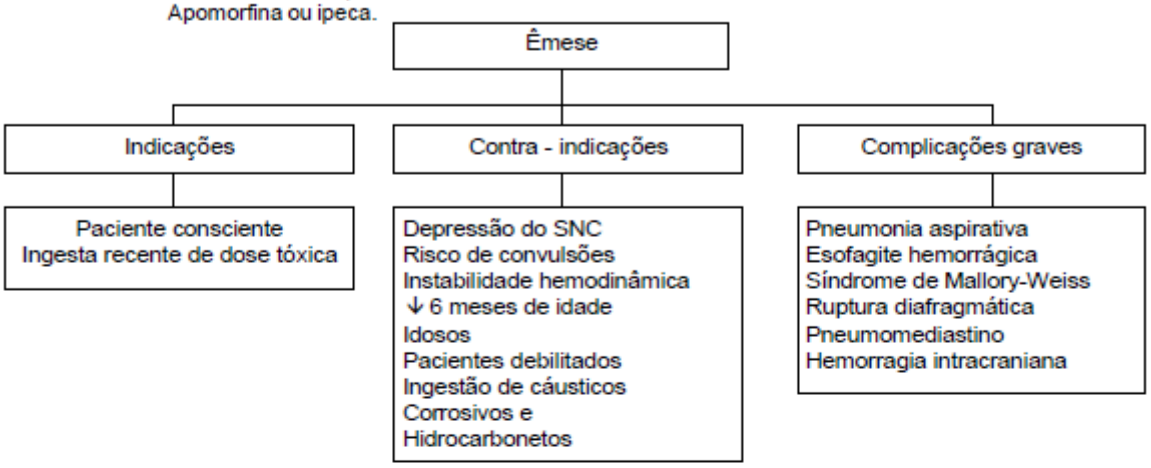
A diluição deve ser sempre realizada com o paciente consciente. Têm indicações específicas. Preferencialmente deve ser feita com água ou leite



INDUÇÃO DA ÊMESE

A indução dos vômitos é um método não-invasivo, simples e que não necessita de hospitalização. Deve ser sempre feita com o paciente consciente e com os reflexos preservados. Técnicas:

Água morna com sal;
Detergente neutro diluido em água;
Método mecânico;
Apomorfina ou ipeca.



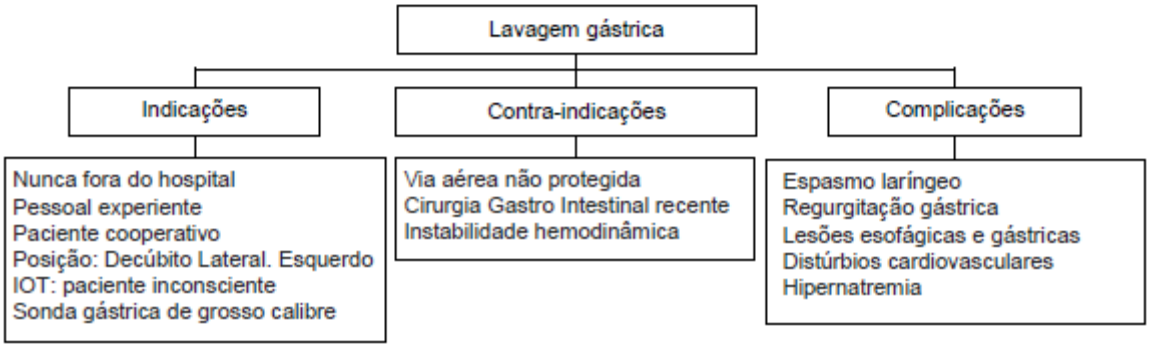
LAVAGEM GÁSTRICA

Está indicada em ingestas recentes (< 2h) de uma dose tóxica

Este intervalo pode alargar-se em caso do paciente em coma ou após a ingestão de substância que retardam o esvaziamento gástrico ou que tenham absorção lenta como: salicilatos, antidepressivos tricíclicos, fenotiazinas, opiácios ou anticolinérgicos

Deve ser precedida:
administração de 60-100g de carvão ativado à adulto
administração de 1g/kg de carvão ativado à crianças
Ter sempre preparado uma sistema de aspiração
Deve ser precedida por Intubação Orotraqueal (IOT) em pacientes em coma ou com distúrbios de deglutição
O paciente deve ser colocado em decúbito lateral esquerdo e em leve Trendelemburgo com as pernas semi-flexionadas
Utilizar sonda oro ou nasogástrica de grosso calibre, lubrificada
Comprovar a correta localização da sonda, ingetando ar e verificando o som no epigástrio.
Aspirar todo o conteúdo gástrico antes de iniciar a lavagem
Realizar a lavagem com água morna ligeiramente salinizada(soro glicosado + fisiológico)
Mobilizar a sonda se a quantidade de líquido que retorna é menor que a injetada.Fazer massagem epigástrica enquanto pratica as manobras de lavagem gástrica.

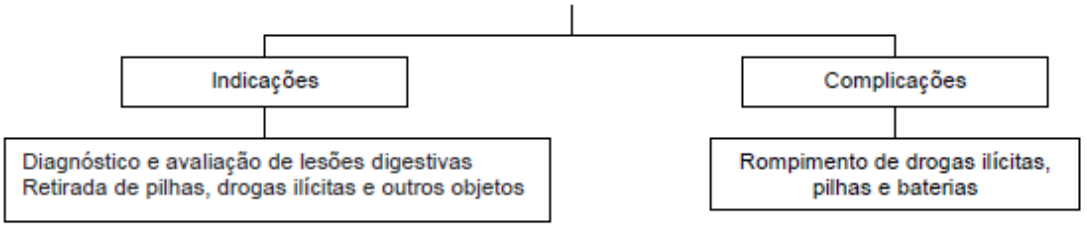
Quantidade de soro preconizada
RN: 500ml de SF 0,9% fracionado em doses de 50ml
Lactentes: 2 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 50ml ou 5ml/kg
Pré-escolares: 2-4 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 100ml
Escolares: 2-5 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 150ml
Adultos: 3-6 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 250ml



CATÁRTICOS

Os catárticos são substâncias que aumentam o trânsito intestinal. Os mais usados são: sorbitol, manitol, sulfato de magnésio e fenolftaleína.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA)/RETIRADA CIRÚRGICA



ADSORVENTES

Os adsorventes são substâncias que tem a capacidade de se ligarem ao agente tóxico, formando um composto estável que não é absorvido pelo trato gastrointestinal, sendo eliminado pelas fezes.
Várias substâncias são utilizadas com esta finalidade, dentre elas o Carvão ativado e a colestiramina.

O carvão ativado é administrado por via oral ou por SNG. Deve ser precedido pela administração de catárticos afim de previnir a impactação e de antieméticos.

Indicação de múltiplas doses:

Fármacos que possuem tempo de esvaziamento gástrico prolongado.
Fármacos que fazem o ciclo entero-hepático

Administração do carvão ativado

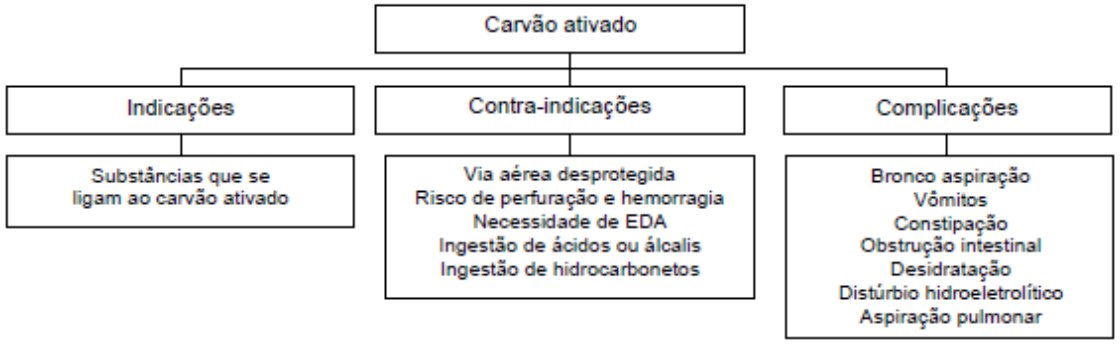
Dose:

Crianças < 12 anos = 1g/kg - Adultos até 1g/kg
dose de ataque = 50 a 60g em 250ml SF
Manutenção = 0,5g/kg – 4 a 6h

Recomendações:

Eficácia máxima até 2h após a ingestão
Deixar fechada a sonda por 2h (após lavagem)
Administrar antiemético (metoclopramida) EV
Administrar catárticos- 1°dose
Limitar seu uso por até 48h devido às complicações intestinais.

A Colestiramina é uma resina de troca iônica que atua sobre os ácidos biliares, impedindo sua reabsorção e interrompendo seu ciclo entero-hepático. Desta maneira aumenta a sua eliminação fecal.



MÉTODOS PARA AUMENTAR A ELIMINAÇÃO

Os tóxicos se eliminam fisiológicamente do organismo por via respiratória, hepática e renal. Outras opções são postas em prática por meios artificiais de depuração.

A diurese forçada e alcalina só são indicadas naquelas intoxicações graves em que o produto tóxico ou seu metabólito ativo se eliminem prioritariamente por esta via. A hemodiálise auxilia na eliminação do tóxico através de sua passagem através de uma membrana semipermeável, para isto, o tóxico precisa ser hidrossolúvel, de baixo peso molecular, com pequeno volume de distribuiçãoe e com baixa ligação protéica.

ANTÍDOTOS

Os antídotos são substâncias que têm a capacidade de inibir ou atenuar a ação do tóxico, quelar ou aumentar a velocidade de absorção

Princípios gerais para a inclusão de um antídoto em um determinado nível assistencial:

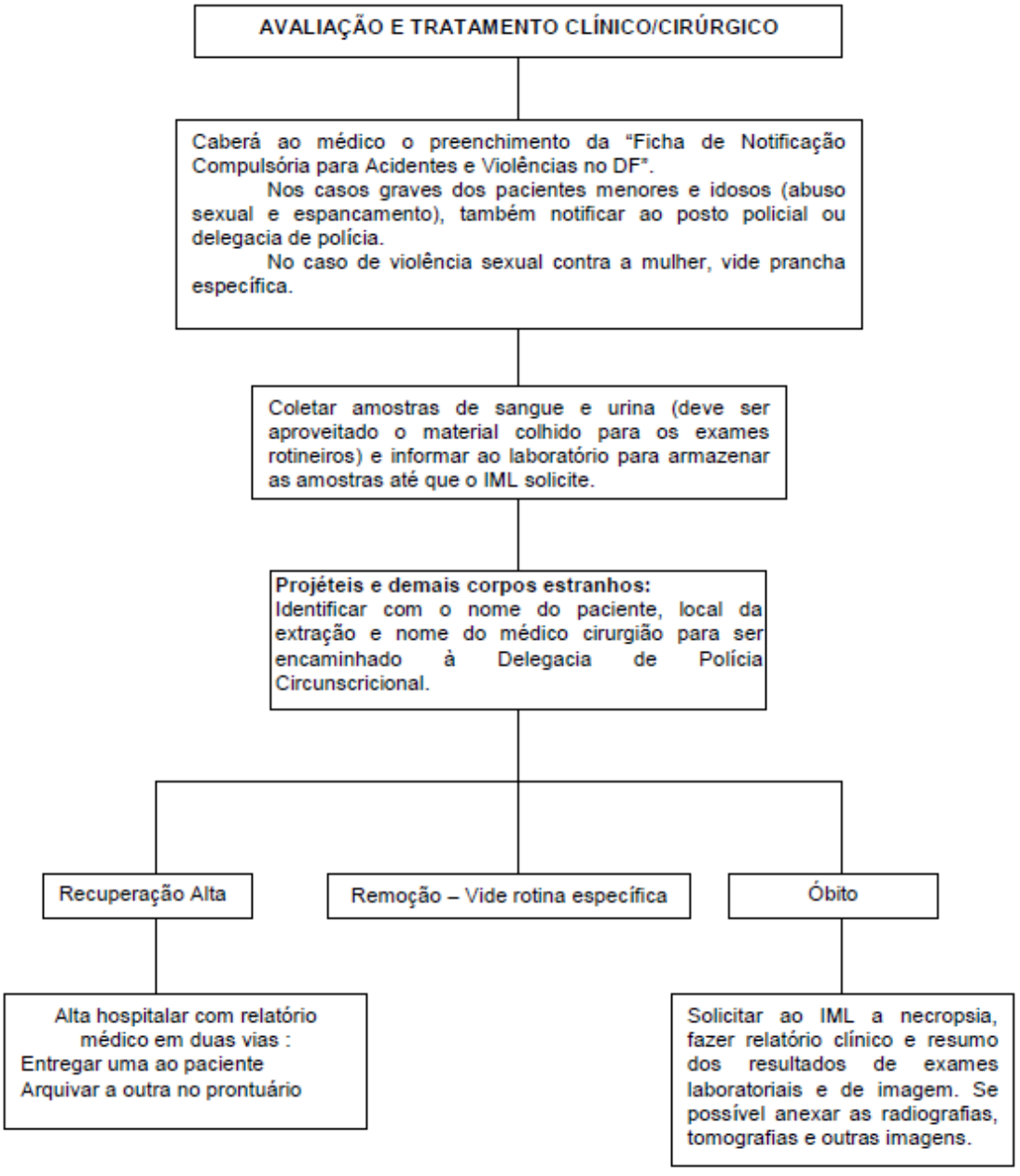
Que esta substância seja efetiva e de eficácia comprovada
Urgência na aplicação do antídoto
Frequência da intoxicação no meio
Relação risco-benefício
Acessibilidade
Custo

AGENTE TÓXICO	ANTÍDOTO
Cianeto metahemoglobinizantes	Azul de metileno
Inseticidas anticolinesterásicos (organofosforados e carbamatos) colinérgicos	Atropina
Fenotiazinas	Biperideno
Bloqueadores dos canais de cálcio, ácido oxálico, ácido fluorídrico, etilenoglicol	Cloreto de Cálcio Gluconato de Cálcio
Ferro	Deferoxamina

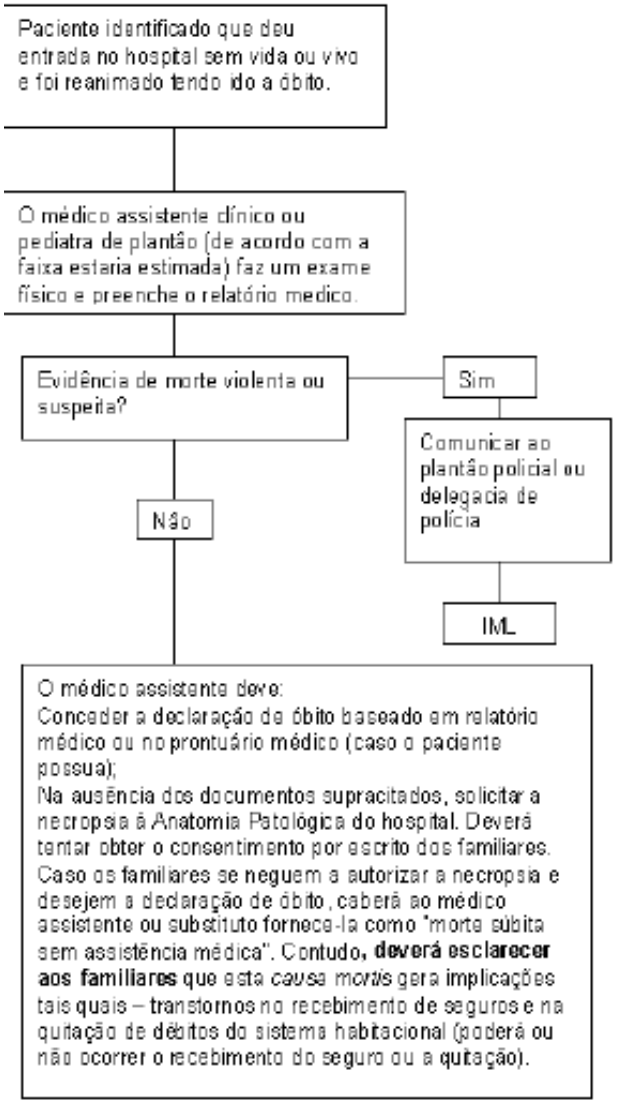
Metais pesados (arsênico, níquel, ouro, bismuto, mercúrio)	Dimercaprol
Metanol e etilenoglicol	Etanol
Benzodiazepínicos	Flumazenil
Heparina	Protamina
Ácido aminocapróico e tranexânico	Heparina

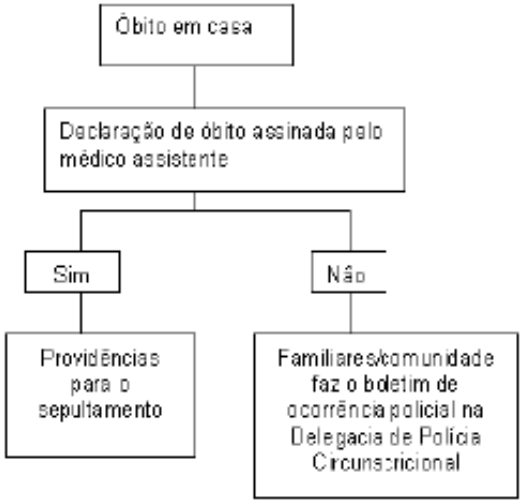
AGENTE TÓXICO	ANTÍDOTO
Opióides	Naloxona
Paracetamol	N-acetilcisteina
Isoniazida	Piridoxina
Inseticidas organofosforados	Pralidoxima
Paraquat	Terra de fuller
Cumarínicos	Vitamina k
Beta bloqueadores adrenérgicos	Glucagon
Cianeto	Hipossulfito de sódio
Antidepressivos, fenotiazinas, salicilatos	Bicarbonato
Àcido cianídrico, sais solúveis de cianureto	Edta dicobáltico
Fármacos ou produtos com ação anticolinérgica	Fisiostigmina
Insulina ou hipoglicemiantes orais	Glicose

ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, SUSPEITA DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA E ENVENENAMENTO



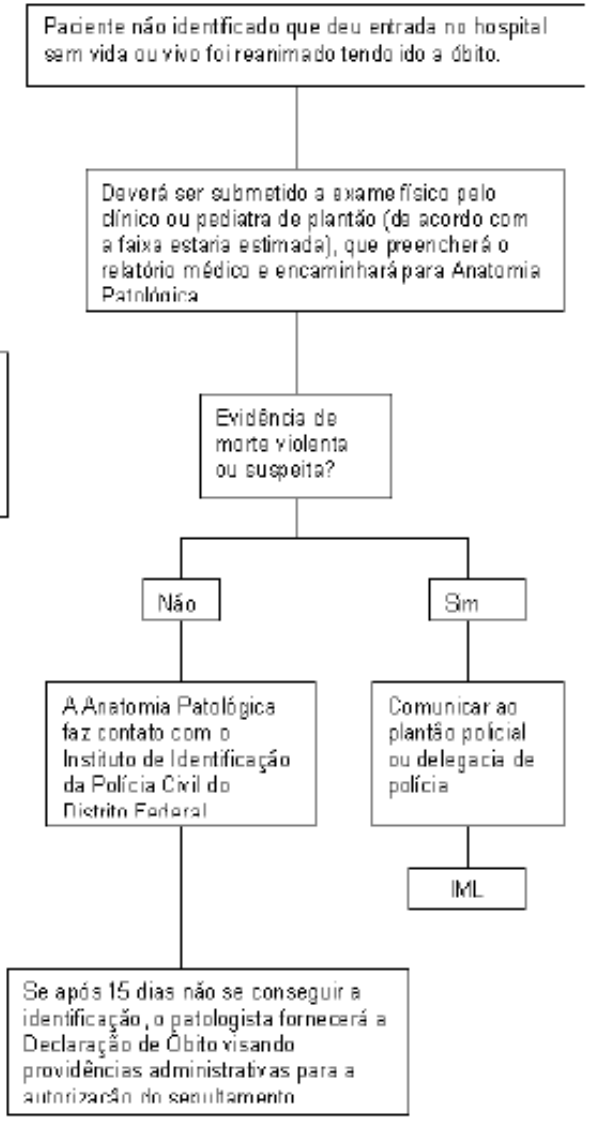
Procedimentos relativos à Declaração de Óbito



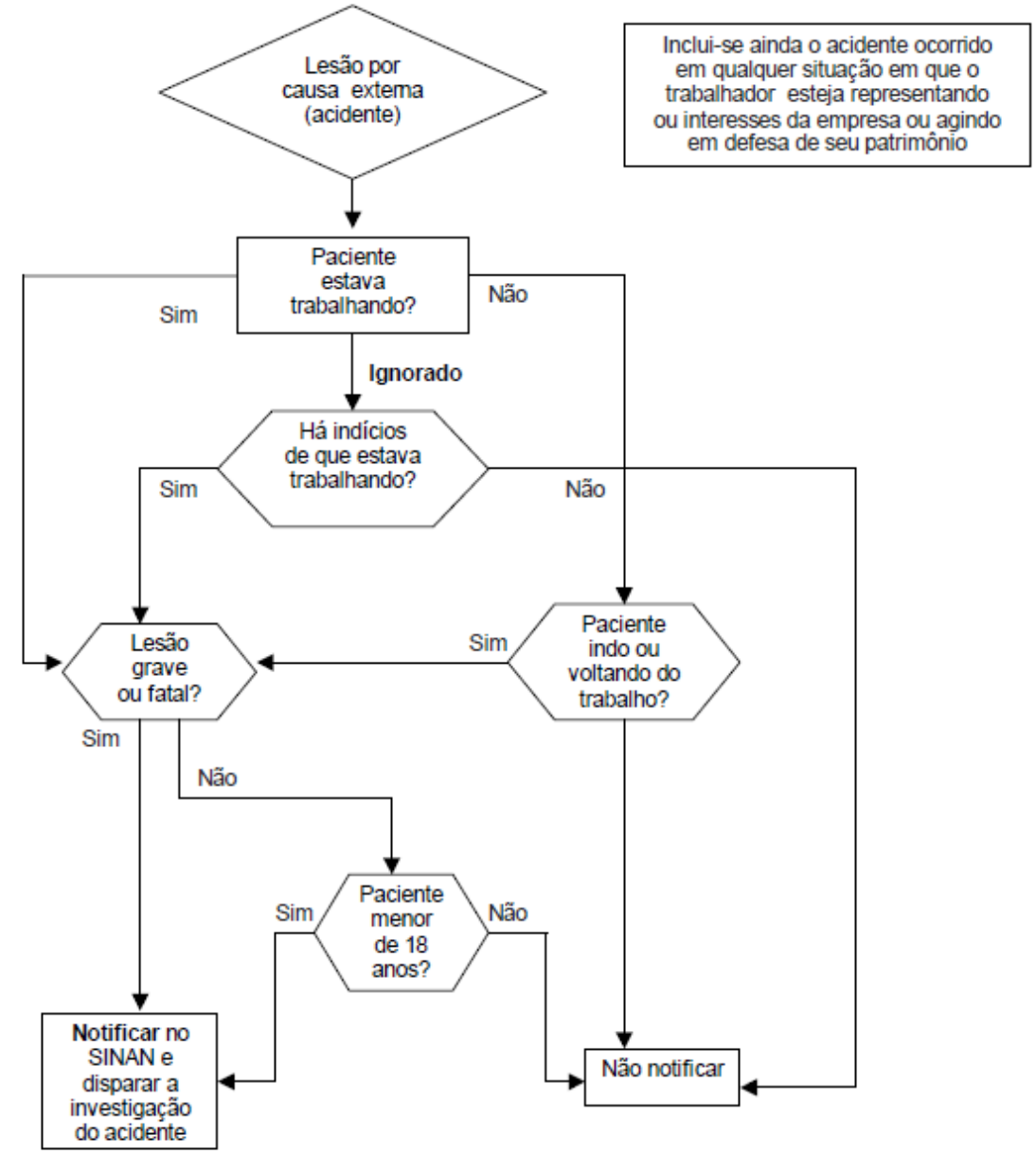


Observações:

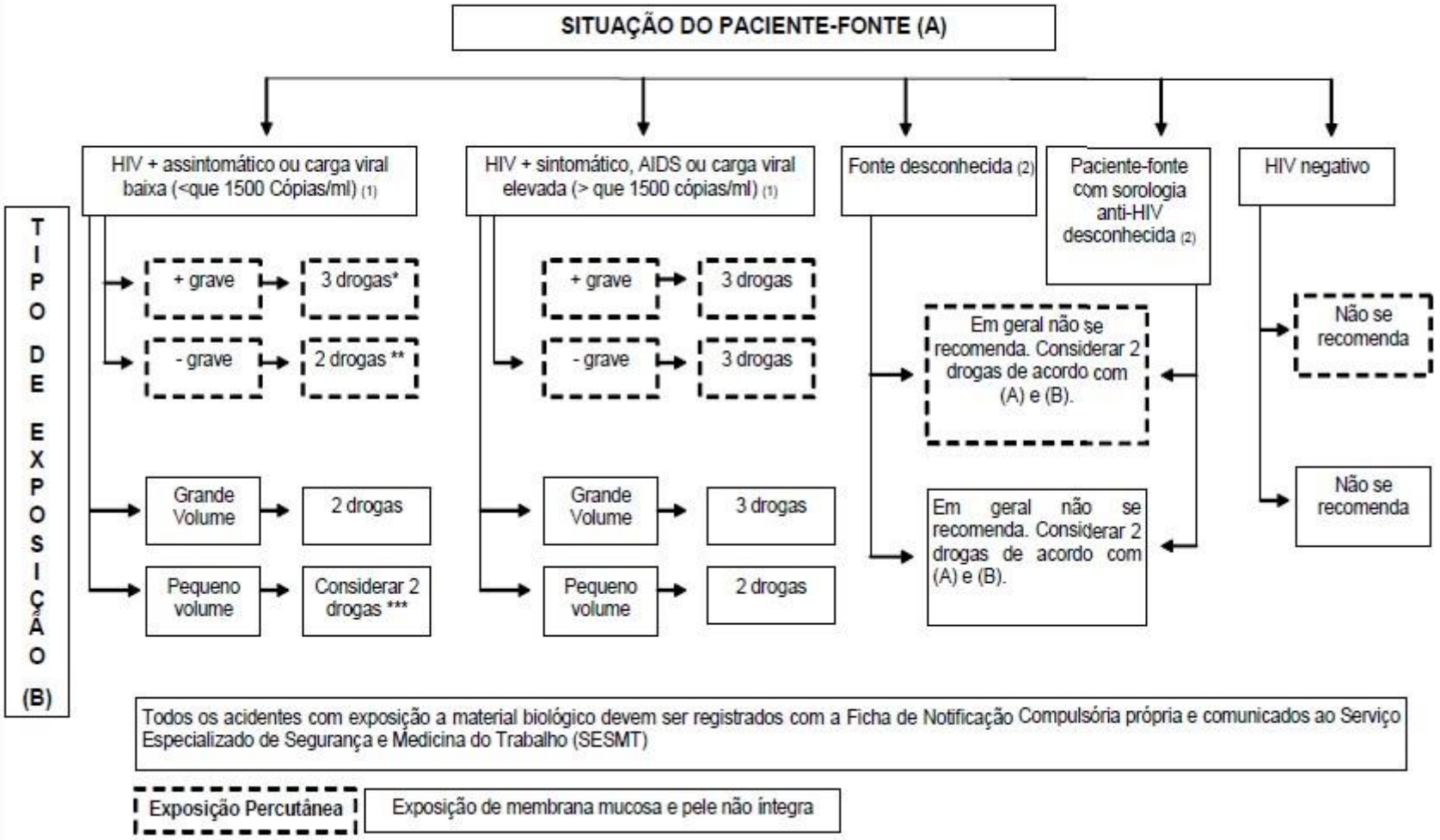
1. É obrigatória a necropsia em caso de óbito com febre nos últimos 10 dias, sem causa esclarecida e com suspeita de doença que consta da Lista de Notificação Compulsória, independente da autorização familiar
2. Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica, conforme Resolução CFM nº 1799/2005.
3. Alguns procedimentos serão revisados e alterados após a criação do Serviço de Verificação de Óbitos do Distrito Federal.



ACIDENTES DE TRABALHO
FATAIS, GRAVES E COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES



EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLOGICO COM RISCO PARA TRANSMISSÃO DO HIV(PROFILAXIA ANTI-RETROVIRAL)



CONCEITOS UTILIZADOS NO ALGORITMO:

(+) **GRAVE ®** agulhas com lúmen/grosso calibre, lesão profunda, sangue visível no dispositivo usado ou agulha usada recentemente em artéria ou veia do paciente.
(-) **GRAVE ®** lesão superficial, agulha sem lúmen.

PEQUENO VOLUME ® poucas gotas de material biológico de risco, curta duração.
GRANDE VOLUME ® contato prolongado ou grande quantidade de material biológico de risco.

(1) Estudos em exposição sexual e transmissão vertical sugerem que indivíduos com carga viral < 1500 cópias/ml apresentam um risco muito reduzido de transmissão do HIV.

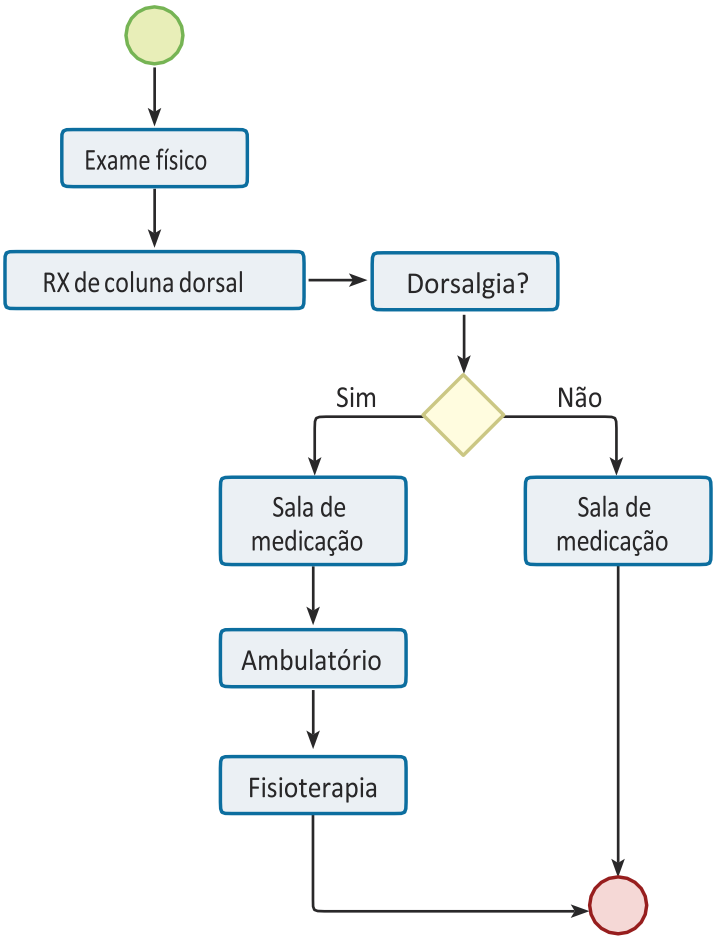
(2) Quando a condição sorológica do paciente-fonte não é conhecida ou o paciente fonte e desconhecido, o uso de PEP deve ser decidido em função da possibilidade da transmissão do HIV que depende da gravidade do acidente e da probabilidade de infecção pelo HIV deste paciente (locais com alta prevalência de indivíduos HIV + ou história epidemiológica para HIV e outras DST). Quando indicada, a PEP deve ser iniciada e reavaliada a sua manutenção de acordo com o resultado da sorologia do paciente-fonte (nos casos que envolverem paciente-fonte conhecidos).

* **3 drogas** = esquema de 2 drogas + inclusão 1 IP (geralmente IND/r ou LPV/r ou NFV).
** **2 drogas** = 2 ITRN (geralmente AZT + 3TC). Considerar, naqueles indivíduos assintomáticos e sem nenhuma informação complementar laboratorial, a possibilidade de utilizar três drogas.
*** **Considerar** – indica que a PEP é opcional e deve ser baseada na análise individualizada da exposição e decisão entre o acidentado e o médico assistente.

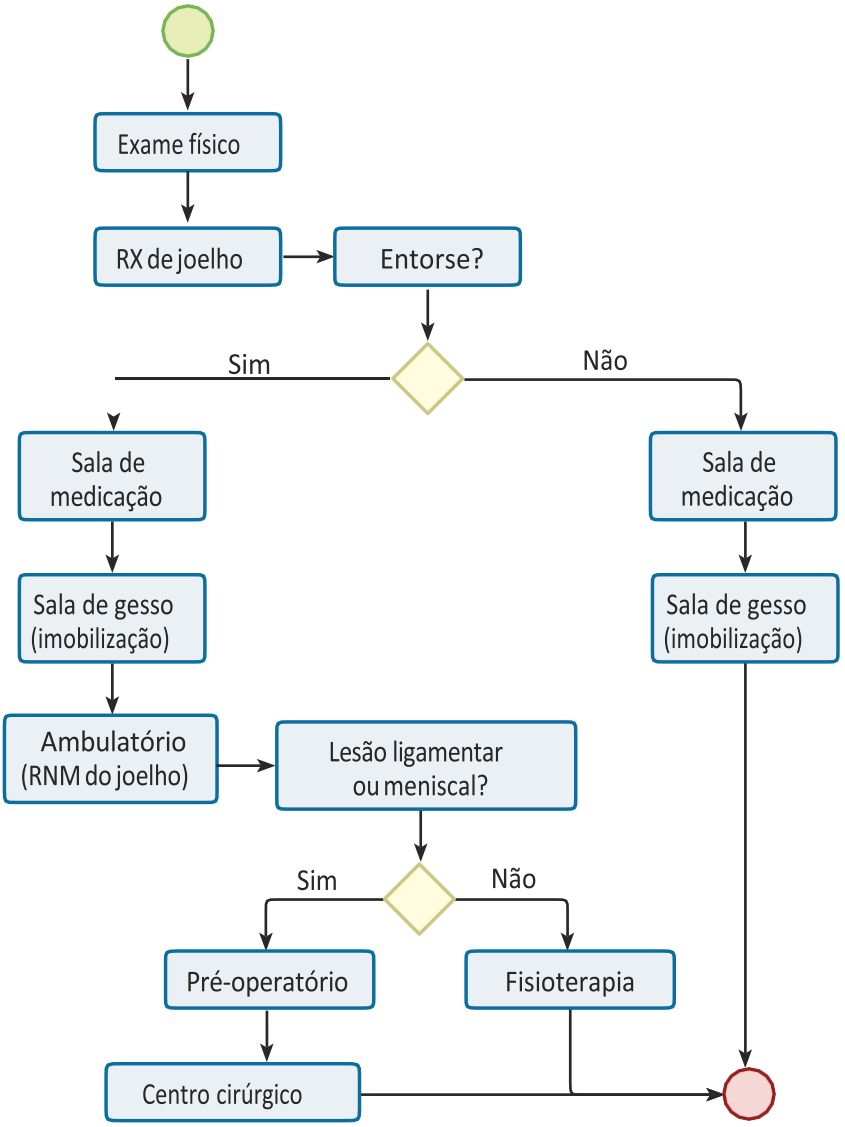
Material biológico **com risco** de transmissão do HIV: sangue, sêmen, secreção vaginal, líquor, tecidos, exsudatos inflamatórios, cultura de células, líquidos: pleural; pericárdico: peritoneal; articular: amniótico.
Materiais **sem risco** de transmissão do HIV: urina, fezes, escarro, vômito, lágrima – a presença de sangue nestes materiais, torna o material com sendo de risco.

O primeiro atendimento ao trabalhador vitima de acidente de trabalho com exposição a materiais biológicos deve ocorrer em Pronto-Socorro. Em seguida, o paciente deve ser encaminhado ao Centro de Referência em DST/

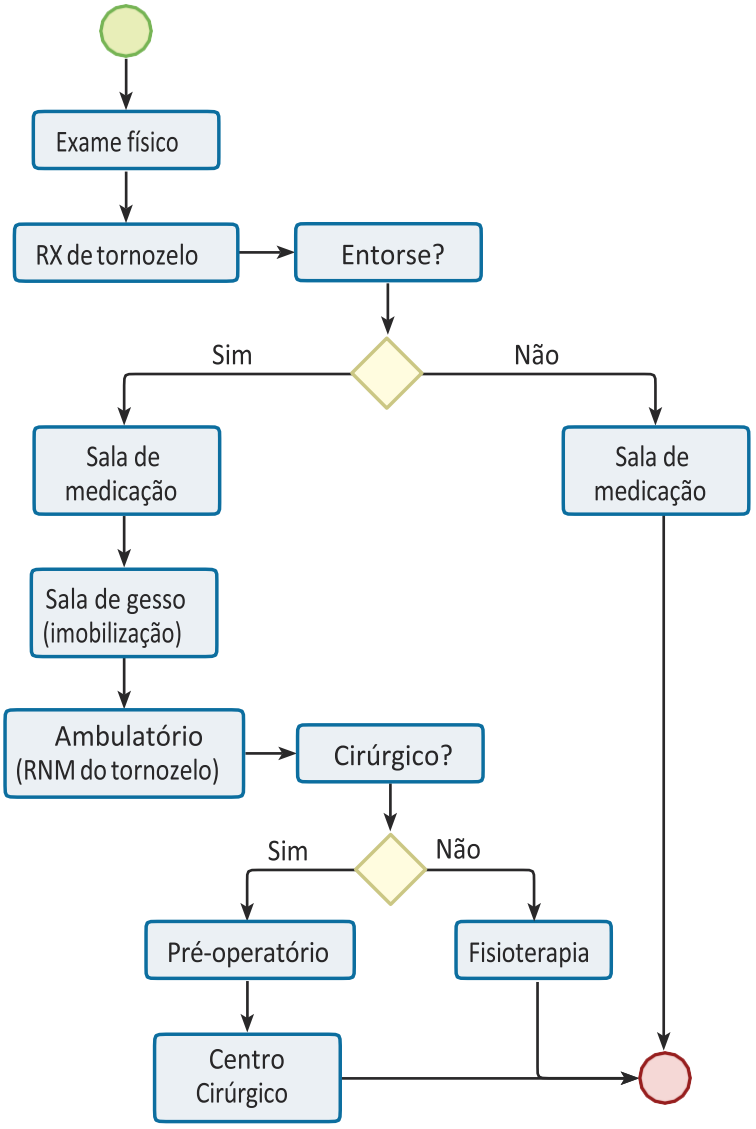
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À DORSALGIA



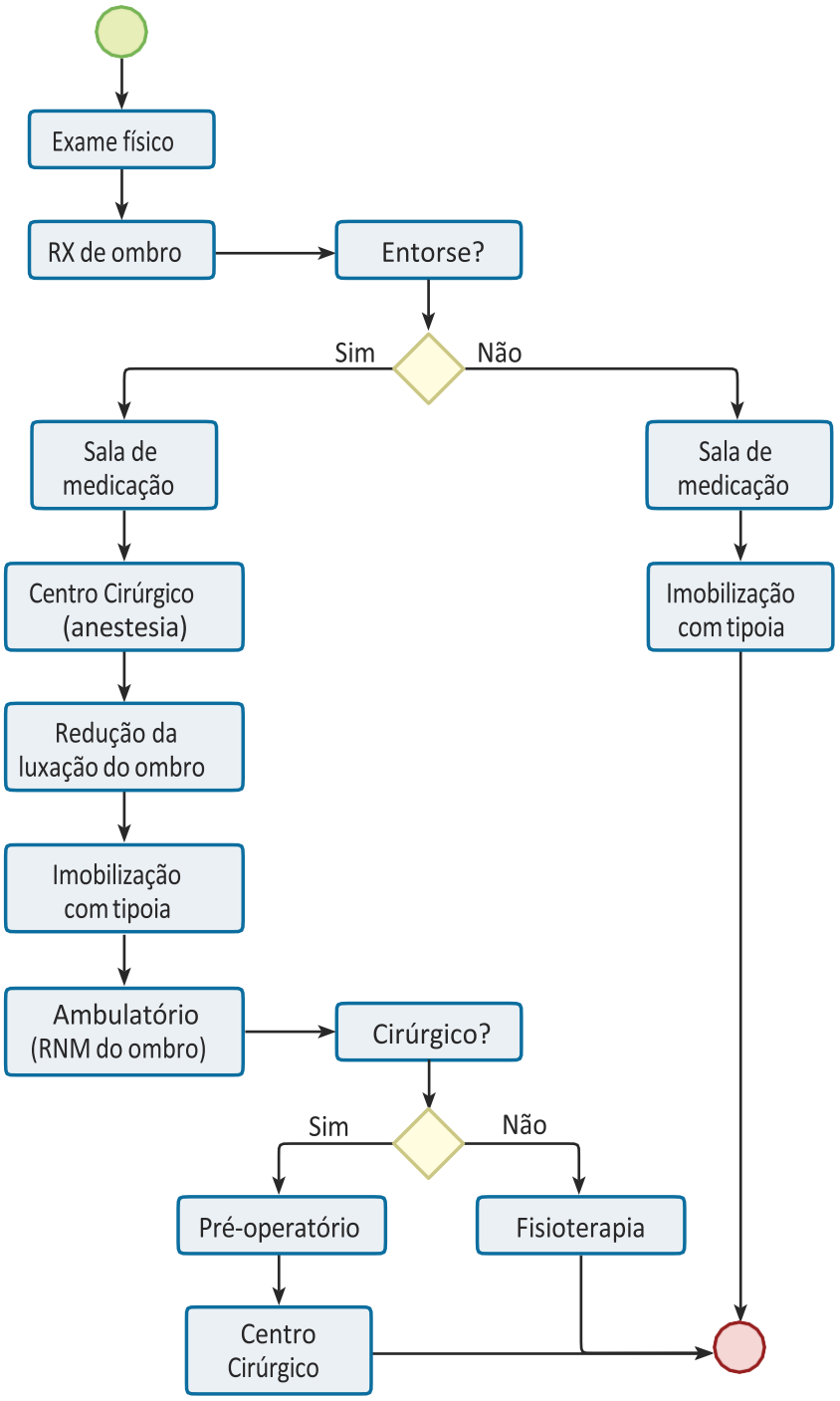
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À ENTORSE DE JOELHO



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À ENTORSE DE TORNOZELO



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À LUXAÇÃO DE OMBRO



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A TORCICOLO

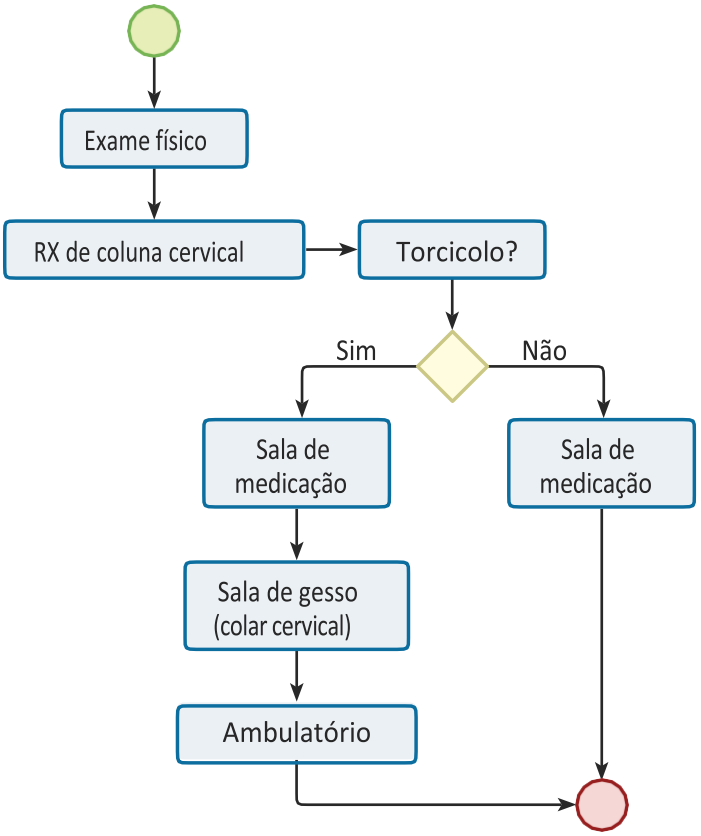
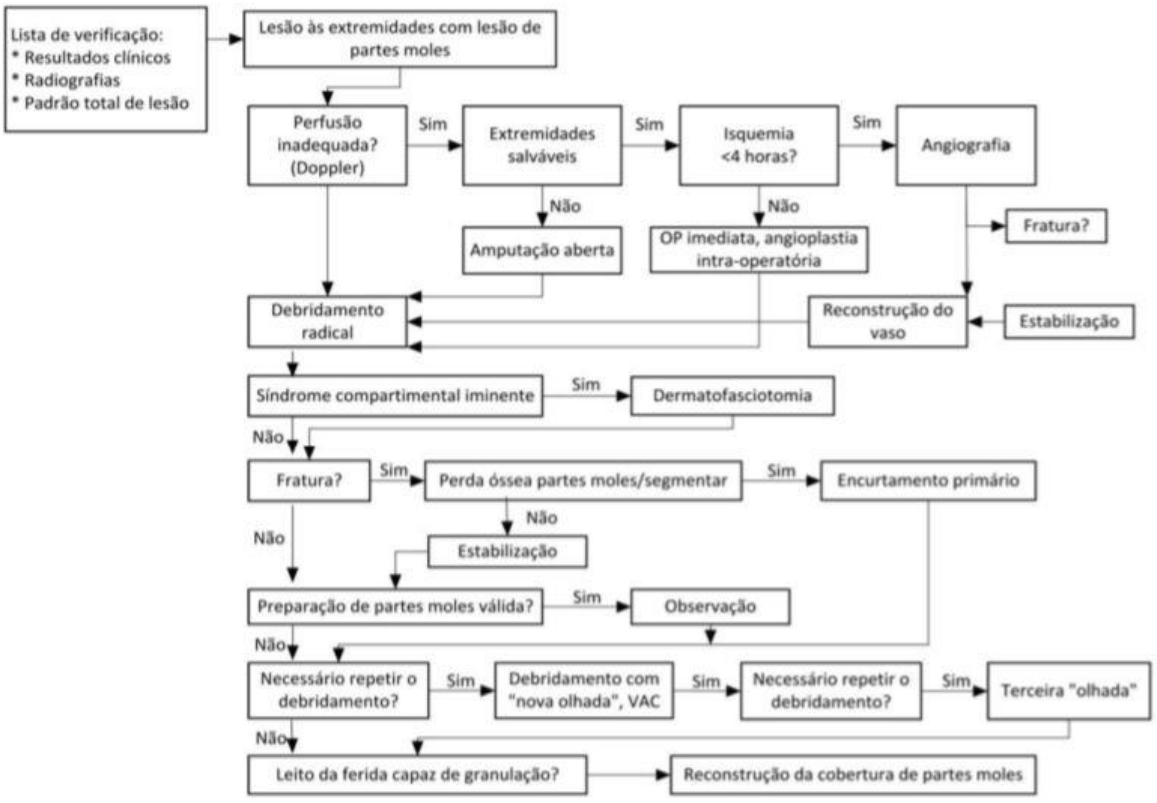


Tabela 1 - Esquema de antibioticoprofilaxia nas fraturas expostas de acordo com a classificação de Gustilo e Anderson de fraturas expostas[5,6]

Tipo	Antibiótico (1ª escolha)	Antibiótico (opção)
I e II	Cefalosporina de 1ª geração (Cefazolina - 2g de 8/8 horas)	
III – A, B, C	Cefalosporina de 1ª geração + Aminoglicosídeo (Gentamicina 240mg por dia)	Cefalosporina de 3ª geração
Área rural, campo, fazenda	Cefalosporina de 1ª geração + Aminoglicosídeo + Penicilina (2.000.000 UI de 4/4 horas)	Cefalosporina de 3ª geração

Tabela 2 - Classificação de Gustilo e Anderson das fraturas expostas[8]

Tipo	Descrição
I	Ferida < 1 cm com mínima lesão de partes moles
II	Ferida > 1 cm com moderada lesão de partes moles
III A	Extensa laceração de partes moles ou retalhos com cobertura de pele íntegra sobre osso fraturado, ou trauma de grande energia independentemente do tamanho da lesão
III B	Extensa lesão de partes moles com desnudamento periosteal e exposição óssea, usualmente associada a extensa contaminação
III C	Fratura exposta com lesão arterial requerendo reparo



6.3.4. Protocolos Assistenciais de Atenção Médica e rotinas operacionais para os Ambulatórios, Hospital-dia e Enfermarias, destaque para os plantões e sobreavisos.

Procedimentos Operacionais Padrão de Atenção Médica e rotinas Operacionais **Ambulatório;** **Hospital dia;** **Enfermaria;** **Unidade de Terapia Intensiva.**	
Procedimentos Operacionais Padrão: Atenção Médica no Ambulatório.	
POP 01	AGENDAMENTO DE CONSULTAS E INTERCONSULTAS
POP 02	CADASTRAMENTO DE PRONTUÁRIOS
POP 03	ATENDIMENTO AO PACIENTE – 1ª CONSULTA
POP 04	ORGANIZAÇÃO DE CONSULTÓRIOS DE ATENDIMENTO
POP 05	ATRIBUIÇÕES DOS MÉDICO NO AMBULATÓRIO

Procedimentos Operacionais Padrão: Atenção Médica na Enfermaria	
POP 05	ADMISSÃO NA ENFERMARIA
POP 06	ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR DE ENFERMAGEM
POP 07	ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL
POP 08	ATRIBUIÇÕES DO OFICIAL ADMINISTRATIVO
POP 09	ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM
POP 10	ATRIBUIÇÕES DOS MÉDICOS
POP 11	EVOLUÇÃO MÉDICA DOS PACIENTES DA ENFERMARIA
POP 12	PRESCRIÇÃO MÉDICA DA ENFERMARIA DA CLÍNICA MÉDICA
POP 13	SOLICITAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS
POP 14	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS
POP 15	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS PADRONIZADOS ESPECIAIS
POP 16	TRANSFERÊNCIA EXTERNA DE PACIENTES DA ENFERMARIA
POP 17	ALTA DA ENFERMARIA
Procedimentos Operacionais Padrão: Atenção Médica na Unidade de Terapia Intensiva	
POP 18	SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
POP 19	LIMPEZA DE CÂNULA INTERNA (SUBCÂNULA) DE TRAQUEÓSTOMO METÁLICO
POP 20	CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA
POP 21	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA TRAQUEOSTOMIA
POP 22	BALANÇO HÍDRICO
POP 23	TROCA OU MONTAGEM DE CIRCUITO DO VENTILADOR MECÂNICO
POP 24	ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

POP 01 - AGENDAMENTO DE CONSULTAS E INTERCONSULTAS

1- OBJETIVO: Realizar o agendamento de consultas e interconsultas, através dos profissionais que atendem nos setores de Ambulatório, padronizando e otimizando o procedimento em questão.

2 - SETOR: Marcação de Consultas.

3 - AGENTES: Recepcionista, Enfermeiro.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

Recepcionista

1. Receber o paciente com o encaminhamento médico do contendo a especialidade solicitada ou a justificativa clínica;

2. Verificar a disponibilidade de vagas da especialidade solicitada. As vagas são pré-estabelecidas de acordo com a capacidade de atendimento de cada profissional e sua especialidade;

3. Realizar o agendamento da consulta, fornecendo o comprovante de marcação da consulta;

4. Orientar o paciente em relação à data, horário e local da realização da consulta.

Enfermeiro(a)

Avaliar a prioridade de marcação das consultas, quando solicitado.

5 - PERIODICIDADE

O horário do setor de Marcação de Consultas é de segunda a sexta-feira das 08:00 às 12:00 horas.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Encaminhamento Médico, Comprovante de Marcação de Consulta.

POP 02 - CADASTRAMENTO DE PRONTUÁRIOS

1 - OBJETIVO: Realizar o cadastramento de prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório.

2 - SETOR: Abertura de Prontuários**.**

3 - AGENTES: Recepcionista.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Recepcionista

1. Verificar a data e o horário da consulta através da verificação do Comprovante de Marcação de Consulta;

2. Exigir os seguintes documentos para abertura de prontuários:

Carteira de Identidade, CPF, cartão SUS;

Registro de Nascimento, se criança e cartão SUS;

Endereço completo, telefone de contato.

3. Verificar a existência de cadastros de prontuários.

4. Preencher todos os campos do cadastro geral com informações completas e sem abreviaturas;

5. Fornecer o prontuário inicial e o cartão do ambulatório com o número de cadastro do prontuário ao paciente.

5 - PERIODICIDADE

Diariamente, das 7:00 às 17:00hs

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Cartão Ambulatorial, Prontuário Inicial, Documentação do paciente, Comprovante de Marcação de Consulta.

7 - OBSERVAÇÕES/CONSIDERAÇÕES

1. O cadastramento dos prontuários somente deverá ser realizado mediante o comprovante da marcação da consulta ou por solicitação do profissional que irá atender o paciente no dia do atendimento;

2. Caso o paciente perca o comprovante de marcação de consultas, o mesmo deverá se dirigir ao setor de Marcação de Consultas para confirmar o seu agendamento e retirar outro comprovante de marcação.

POP 03 - ATENDIMENTO AO PACIENTE – 1ª CONSULTA

1 - OBJETIVO: Realizar o atendimento para a 1ª consulta dos pacientes atendidos no ambulatório.

2 - SETOR: Recepções de Atendimentos nos Ambulatórios, Consultórios.

3 - AGENTES: Recepcionistas, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e outros Profissionais da Saúde.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Paciente

1. Deverá se dirigir à recepção inicial para realizar a abertura de um prontuário com o cadastro geral;
2. Deverá se dirigir à recepção de atendimento com o cartão do ambulatório comprovando a marcação da consulta e entregá-lo ao recepcionista;
3. Assinar no mapa de consultas;
4. Aguardar o seu atendimento próximo ao consultório;

II. Recepcionista

1. Conferir a marcação da consulta no cartão do paciente;
2. Registrar o atendimento no mapa de consultas do profissional de acordo com a especialidade;
3. Organizar os prontuários por ordem de chegada dos pacientes ou por ordem de prioridade, caso necessário;
4. Levar os prontuários até o consultório;

III. Profissionais da Saúde (Médicos, Psicólogos, Fisioterapeutas, etc)

1. Realizar a consulta e exames de acordo com sua especialidade.

IV. Recepcionista, Técnico de Enfermagem

1. Orientar o paciente após a consulta sobre a realização de exames e a marcação de interconsultas, caso necessário;

5 -ETAPAS DO PROCEDIMENTO

1. Organizar o consultório após o atendimento clínico ou da especialidade atendida.

V. Enfermeiro

Supervisionar e orientar o cumprimento da rotina.

6 - PERIODICIDADE

Diariamente e de acordo com a especialidade atendida.

7 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Mapa de Consulta, Prontuário de Atendimento, Cartão de Ambulatório, Receituário,

Encaminhamento Médico, Solicitação de Exames, Atestados, Declarações de Comparecimento.

POP 04 - ORGANIZAÇÃO DE CONSULTÓRIOS DE ATENDIMENTO

1 - OBJETIVO: Realizar a organização dos consultórios de atendimento aos pacientes.

2 - SETOR: Consultórios.

3 - AGENTES: Recepcionistas, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Profissionais de Saúde.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Recepcionista, Técnico de Enfermagem

1. Manter a limpeza e arrumação do mobiliário do consultório;
2. Forrar as macas com lençóis de pano e de papel;
3. Repor os materiais descartáveis e estéreis dos consultórios.

II. Recepcionista

1. Prover as pastas dos profissionais com todos os impressos necessários ao atendimento;
2. Organizar os prontuários por ordem de chegada dos pacientes ou por ordem de prioridade, caso necessário.

III. Técnico de Enfermagem

1. Proceder à higiene dos equipamentos, carrinhos de curativos, mesas de mayo, etc;
2. Repor soluções, identificar, trocar a cada 07 (sete) dias e datar os frascos, conforme preconiza a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

IV. Profissionais de Saúde

1. Manter os impressos e prontuários organizados;
2. Manter a ordem e organização do consultório durante o atendimento.

V. Enfermeiro

1. Supervisionar e orientar o cumprimento da rotina.

5 - PERIODICIDADE

1. A reposição ou troca de soluções nos consultórios deve ser realizada a cada 7 (sete) dias,

com as respectivas identificações e registros de datas para melhor controle;

2. A troca de lençóis de pano deve ser feita a cada turno de atendimento ou em qualquer tempo quando apresentar alguma sujeira;
3. A troca de lençóis de papel deve ser feita para cada paciente que utiliza a maca;
4. A reposição dos materiais descartáveis e estéreis deve ser realizada a cada início de turno de atendimento ou em qualquer tempo quando faltar;
5. As pastas com os impressos necessários ao atendimento do profissional devem ser revisadas antes do início do atendimento aos pacientes;
6. Os prontuários dos pacientes a serem atendidos devem ser organizados e disponibilizados para o profissional antes da realização dos atendimentos de consulta.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Pasta com impressos (Receituário, Encaminhamento Médico, Solicitação de Exames, Atestados, Declarações de Comparecimento), Prontuário de Atendimento, lençóis de pano e de papel, soluções, materiais descartáveis e estéreis.

POP 05 – ATRIBUIÇÕES DOS MÉDICOS

I. Médicos Especialistas

- O atendimento do paciente no ambulatório de egressos deverá ser feito pelo profissional responsável pelo seu acompanhamento hospitalar e alta;
- Verificar condições gerais dos pacientes no pós -operatório;
- Solicitar exames complementares, caso necessário;
- Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito da Unidade Ambulatorial;
- Implementar diretrizes da gestão da clínica/cirúrgica e da clínica ampliada, visando a linha de cuidado;
- Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;
- Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o paciente e familiares;
- Implantar e avaliar os protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e POPs dos cuidados desenvolvidos na Unidade Ambulatorial;
- Cuidar para que os dados dos pacientes estejam registrados nos sistemas nacionais de informação da Atenção e da Vigilância em Saúde;
- Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes

multiprofissionais;

- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- Manter a página da Unidade Ambulatorial atualizada no sítio eletrônico do Hospital, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;
- Definir processos de trabalho no âmbito da Unidade Ambulatorial, de acordo com as exigências institucionais, proporcionando retorno adequado à alta gestão e à sua equipe;
- Planejar juntamente com os profissionais (supervisor técnico), os insumos necessários na prestação da assistência realizando planejamento anual da unidade para apresentar ao administrador;
- Analisar a estatística do Complexo Ambulatorial e relatório de faturamento junto ao administrador;
- Receber, analisar, emitir parecer e encaminhar à chefia superior, as grades de atendimento ambulatorial e/ou atualização elaborada pelo supervisor técnico;
- Receber, analisar, emitir parecer e encaminhar à chefia superior, o pedido de fechamento das grades de atendimentos ambulatoriais;
- Receber da chefia superior o número de consultas preestabelecidas em contrato;
- Conhecer a programação pactuada e integrada ambulatorial;
- Monitorar em conjunto com a regulação, a gestão de consultas realizadas mensalmente com o que se pactuou para o atendimento ambulatorial;
- Intervir junto ao supervisor técnico para levantar causas de inconformidade na gestão de consultas;
- Comunicar às Divisões de Gestão de Pessoas e Médica, a taxa de absenteísmo dos profissionais;
- Auxiliar na criação do Centro de Custo Ambulatorial;
- Acompanhar os mapeamentos e monitorar os indicadores dos processos ambulatoriais.

ADMISSÃO NA ENFERMARIA

1 - OBJETIVO: Normatizar a admissão de pacientes nas enfermarias do Hospital.

2 - SETOR: Enfermaria.

3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem, Médico, Oficial Administrativo.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Médico Solicitante

1. Solicitar a vaga e passar o caso ao médico plantonista;

2. Encaminhar o paciente à enfermaria com relatório de história clínica, indicação de internação e planos diagnóstico e terapêutico.

II. Enfermeiro da Clínica de Origem

3. Passar o caso ao enfermeiro da UTI e confirmar o horário para a transferência;

4. Providenciar o transporte adequado do paciente;

5. Acompanhar o transporte do paciente até a UTI, se necessário.

III. Equipe de Enfermagem da Clínica de Origem

6. Acomodar adequadamente o paciente na maca de transporte;

7. Auxiliar o médico e enfermeiro no transporte;

8. Ajudar a transferir o paciente para o leiro da UTI;

9. Passar o caso para a equipe de enfermagem da UTI;

10. Entregar o prontuário completo, medicamentos e pertences do paciente.

IV. Médico Plantonista da Enfermaria

11. Confirmar, junto ao enfermeiro, a existência da vaga na enfermaria e cedê-la ao médico solicitante;

12. Comunicar a admissão ao enfermeiro, para que o leito seja aprontado;

13. Receber o paciente na enfermaria;

14. Admitir o paciente na enfermaria;

15. Solicitar os exames da admissão;

16. Fazer a prescrição da enfermaria;

17. Anotar a admissão, com horário, no Livro de Registro de Admissão.

V. Enfermeiro da Enfermaria

18. Providenciar para que o leito seja arrumado para a admissão;

19. Comunicar a admissão ao técnico de enfermagem que será responsável pelo leito;

20. Receber o paciente na enfermaria;
21. Identificar os pertences dos pacientes, se houver;
22. Admitir o paciente na Evolução de Enfermagem, nas Ordens e Ocorrências da enfermaria, com horário, diagnóstico e clínica de origem;
23. Determinar a necessidade ou não, da presença de acompanhante para o paciente na enfermaria;
24. Orientar os acompanhantes sobre a rotina das visitas e informações a respeito dos pacientes na enfermaria;
25. Comunicar a admissão do paciente ao Serviço de Nutrição e Dietética;
26. Comunicar à portaria caso haja necessidade de acompanhante (para pacientes maiores de 60 anos)
27. Orientar os acompanhantes sobre a rotina das visitas e informações a respeito dos pacientes na enfermaria.

VI. Oficial Administrativo da Enfermaria

28. Organizar o prontuário;
29. Arquivar o prontuário excedente na pasta do paciente;
30. Encaminhar os exames solicitados.

5 - PERIODICIDADE

Diariamente.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Livro de Registro de Admissão, Prontuário, Solicitações de Exames, Folhas de Evolução de Enfermagem, Ordens e ocorrências da Enfermaria, Relatório de História Clínica, Indicação de internamentos e Planos Diagnósticos e terapêuticos.

POP 06 - ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR DE ENFERMAGEM

1 - OBJETIVO: Definir as atribuições e responsabilidades do Coordenador de Enfermagem da enfermaria.

2 **- SETOR:** Enfermaria

3 **- AGENTES:** Enfermeiro Coordenador

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

1. Disciplinar o funcionamento da equipe de enfermagem da enfermaria;
2. Promover e executar todas as atividades relacionadas ao atendimento de pacientes graves, que necessitem de observação constante das funções vitais;
3. Manter sob sua subordinação a equipe de enfermagem da Unidade;
4. Organizar, dirigir, supervisionar, orientar e avaliar todas as atividades de enfermagem do setor, a fim de assegurar a assistência adequada aos pacientes;
5. Visitar diariamente os pacientes internados;
6. Substituir a Enfermeira Assistencial em seus impedimentos;
7. Ler diariamente os livros "Relatório de Enfermagem" e "Ordens e Ocorrências" do setor;
8. Orientar a organização do quadro de avisos;
9. Encaminhar diariamente ao Coordenador Médico da enfermaria as ocorrências de maior relevância, para as devidas providências;
10. Controlar o material em conserto, objetivando sua pronta devolução;
11. Prestar assistência de enfermagem a pacientes agudos graves, sempre que for necessário;
12. Zelar pela segurança dos pacientes e funcionários da Unidade, no tocante à prevenção de agravos à saúde física e psicológica, provocados por agentes químicos, físicos, mecânicos e biológicos;
13. Apurar, juntamente com o Coordenador Médico, responsabilidades de danos causados aos pacientes sob assistência na Unidade;
14. Elaborar a Escala Mensal de Serviço, a Escala de Atribuições e a Escala de Férias da equipe de enfermagem da Unidade;
15. Prever e distribuir os recursos humanos e materiais, visando à excelência do padrão de assistência de enfermagem aos pacientes;
16. Selecionar o pessoal de enfermagem para atuar na Unidade;
17. Solicitar e coordenar cursos de reciclagem e atualização para a equipe de enfermagem;
18. Avaliar periodicamente a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes;
19. Coordenar as atividades de enfermagem nos seus aspectos éticos, técnicos, no ensino e na pesquisa;
20. Supervisionar a atuação dos acadêmicos e estagiários de enfermagem na UTI;
21. Acompanhar a atuação dos Enfermeiros Assistenciais na Unidade, para que desenvolvam ações de preceptoria de estagiários de enfermagem, de acordo com os protocolos da enfermaria;
22. Coordenar, supervisionar e avaliar a implantação de novos métodos de trabalho;

23. Emitir parecer técnico, juntamente com o Coordenador Médico, para subsidiar a Direção Geral do Hospital, quanto à aquisição de materiais e equipamentos para a enfermaria;
24. Controlar a disciplina e conduta da equipe de enfermagem;
25. Representar a equipe de enfermagem junto à direção do Hospital;
26. Participar de reuniões regulares e extraordinárias com Diretor de Enfermagem do Hospital;
27. Participar das comissões que visam às modificações das técnicas e rotinas do serviço;
28. Convocar e presidir reuniões periódicas com a equipe de enfermagem da enfermaria;
30. Orientar a equipe quanto à finalidade e ao uso adequado do material e equipamentos da na enfermaria;
31. Fazer o controle do estoque de entorpecentes na enfermaria e informar ao farmacêutico o consumo da Unidade;
32. Divulgar, cumprir e fazer cumprir as normas e rotinas da enfermaria.

POP 08 - ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

1 - OBJETIVO: Definir as atribuições e responsabilidades do Enfermeiro Assistencial da enfermaria.

2- SETOR: Enfermaria.

3- AGENTES: Enfermeiro Assistencial.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro Assistencial da Enfermaria

1. Manter a organização estrutural e funcional da enfermaria, cumprindo e fazendo cumprir as normas e rotinas;
2. Receber e passar o plantão no horário estabelecido, à beira do leito de cada paciente;
3. Assistir à passagem do plantão e fazer cumprir a escala de atribuições da equipe de enfermagem;
4. Zelar pela manutenção do ambiente de trabalho, supervisionando a interação de equipe multidisciplinar da Unidade e os profissionais visitantes ou estagiários;
5. Visitar cada paciente inteirar-se de suas necessidades, detectarem problemas e procurar resolvê-los;
6. Ler o "Relatório de Enfermagem", o "Ordens e Ocorrências" e o "Quadro de Avisos";
7. Manter completo, em ordem e perfeitas condições de uso o carro de emergências, revisando-o no início de cada plantão;

8. Manter os leitos vazios sempre prontos para admissão;
9. Fazer transcrições das ordens médicas e elaborar o plano de assistência da enfermagem, atualizando-o sempre que se fizer necessário;
10. Participar ativamente da admissão de pacientes e elaborar o plano de assistência da enfermagem;
11. Prestar cuidados de enfermagem a pacientes graves, identificando problemas e resolvendo-os de imediato;
12. Zelar pela prevenção de úlceras de pressão, conscientizando a equipe da importância da mudança de decúbito de duas em duas horas, das massagens nas panturrilhas e da higienização e hidratação da pele dos pacientes;
13. Conscientizar a equipe da importância do decúbito a 30 a 45º e do posicionamento adequado da sonda naso ou orogástrica na prevenção do refluxo gastroesofágico;
14. Realizar técnicas de enfermagem e procedimentos invasivos específicos do enfermeiro, sempre que prescrito pelo médico;

15. Informar imediatamente ao Coordenador de Enfermagem as intercorrências registradas no seu turno;
16. Checar o provimento de roupas e solicitar à lavanderia a quantidade necessária;
17. Orientar o uso adequado dos equipamentos e materiais de consumo da Unidade;
18. Fazer com que os pedidos de medicamento, materiais e exames sejam encaminhados com rapidez;
19. Orientar, supervisionar e avaliar o pessoal de enfermagem na execução dos cuidados de assistência aos pacientes. Delegar atribuições segundo o grau de competência;
20. Verificar diariamente as anotações de enfermagem, mantendo-as precisas e atualizadas;
21. Zelar pela segurança dos pacientes e funcionários da Unidade, no tocante à prevenção de agravos à saúde física e psicológica, provocados por agentes químicos, físicos, mecânicos e biológicos.
Exigir o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs);
22. Apurar responsabilidades de danos causados aos pacientes em seu turno de trabalho;
23. Avaliar o paciente e comunicar ao médico qualquer intercorrência que necessite de intervenção médica;
24. Avisar ao Serviço Social os óbitos, transferências e exames externos;
25. Ao transferir um paciente para a Enfermaria, entrar em contato com o enfermeiro da unidade

que receberá o paciente, no sentido de garantir a continuidade do tratamento e a prestação da assistência global ao paciente;

26. Participar das reuniões científicas e dos programas de educação continuada em serviço;

27. Participar das reuniões, quando convocado;

28. Substituir o Coordenador de Enfermagem nos seus impedimentos;

29. Alterar a escala de atribuições da equipe de enfermagem, conforme necessidades do serviço;

30. Convocar e presidir reuniões com a equipe de enfermagem do seu turno, enviando mensalmente relatório ao Coordenador de Enfermagem;

31. Fazer o controle dos psicotrópicos, conferindo o estoque.

POP 08 - ATRIBUIÇÕES DO OFICIAL ADMINISTRATIVO

1 - OBJETIVO: Definir as competências do Oficial Administrativo (Secretário de Clínica) da Enfermaria.

2 - SETOR: Enfermaria.

3 - AGENTES: Oficial Administrativo.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Competências do Oficial Administrativo da Enfermaria

1. Permanecer na Unidade em regime de plantão nos turnos diurnos;

2. Somente ausentar-se na Unidade após a chegada do seu substituto;

3. Organizar e manter organizado o arquivo da Unidade;

4. Receber, sob protocolo, as correspondências e encaminhá-las aos seus destinatários;

5. Encaminhar, sob protocolo, as correspondências, os prontuários, as solicitações de exames, de medicamentos, de materiais e de serviços para os setores competentes;

6. Manter organizada a pasta de correspondências recebidas e a de correspondências expedidas;

7. Conferir e guardar os materiais e os medicamentos chegados do almoxarifado e da farmácia;

8. Arquivar as segundas vias das solicitações de medicamentos e materiais;

9. Manter o Quadro de Avisos organizado, arquivando os avisos após 15 dias de permanência no quadro;

10. Digitar os documentos da Unidade que lhe forem solicitados;

11. Fazer a Estatística Mensal da Unidade e afixá-la no quadro de avisos;

12. Protocolar e entregar os pertences dos pacientes aos seus familiares, solicitando um documento de identificação no ato da entrega e anotando-o no protocolo;

13. Participar das reuniões da Unidade, quando solicitado;

14. Comunicar ao enfermeiro ao ausentar-se a serviço da Unidade;
15. Zelar e colaborar com a manutenção da ordem e limpeza da Unidade;
16. Evitar manuseio de materiais contaminados; caso venha a fazê-lo, atentar para as normas técnicas de biossegurança;
17. Suprir as pranchetas diariamente com os impressos médicos e de enfermagem;
18. Repor os estoques dos impressos utilizados na Unidade;
19. Fazer, quando solicitado, o inventário do material permanente da enfermaria, para manter atualizado o patrimônio;
20. Solicitar à lavanderia paramentos, lençóis e travessas, de forma a manter a Unidade constantemente suprida;
21. Recepcionar, orientar e conduzir as visitas nos horários pré-estabelecidos, controlando o número e o tempo de permanência dos visitantes por paciente;
22. No final dos turnos matinais, organizar as pastas dos pacientes, retirando das pranchetas os impressos do dia anterior.

POP 09 - ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - OBJETIVO: Definir as atribuições e responsabilidades do Técnico de Enfermagem da Clínica médica.

2 - SETOR: Enfermaria.

3 - AGENTES: Técnico de Enfermagem da Enfermaria.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Competências do Técnico de Enfermagem da Enfermaria

1. Receber e passar o plantão no horário estabelecido, à beira do leito de cada paciente;
2. Cumprir a Escala de Serviço e Atribuições da Unidade;
3. Ler o "Relatório de Enfermagem", o "Ordens e Ocorrências" e o "Quadro de Avisos";
4. Prestar cuidados de enfermagem ao paciente, individualizando a assistência, conforme orientação do enfermeiro;
5. Administrar medicamentos e tratamentos prescritos, observando os efeitos e/ou as reações dos pacientes;
6. Anotar no prontuário do paciente os cuidados realizados, as medicações administradas, os sinais vitais e os sintomas, de maneira clara e objetiva, logo após a sua execução;
7. Auxiliar os demais membros da equipe de enfermagem sempre que for solicitado;
8. Comunicar ao enfermeiro as alterações observadas no paciente;

9. Transcrever as ordens médicas, na ausência do enfermeiro;
10. Assumir a liderança da equipe de enfermagem e tarefas afins, na ausência do enfermeiro;
11. Colaborar na manutenção da ordem e limpeza da Unidade;
12. Realizar procedimentos técnicos invasivos de enfermagem, sob supervisão direta do enfermeiro;
13. Zelar pelos equipamentos e pelos materiais da Unidade;
14. Cumprir normas e rotinas da Unidade, interagindo com ética e zelo para a manutenção do espírito de trabalho multidisciplinar em equipe.

POP 10 - ATRIBUIÇÕES DOS MÉDICOS

1 - OBJETIVO: Definir as atribuições e responsabilidades de cada membro da equipe médica da enfermaria.

2 - SETOR: Enfermarias

3- AGENTES: Médicos da Enfermaria

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Médico Plantonista

1. Chegar pontualmente ao plantão;
2. Passar e receber o plantão à beira do leito, onde todas as intercorrências, condutas adotadas e providências pendentes deverão ser informadas;
3. Coordenar a equipe multidisciplinar do plantão, com autonomia para tomar decisões baseadas no Regimento Interno do Hospital; em casos de dúvidas, o Coordenador da Unidade ou o Diretor do Hospital deverá (ão) ser consultado(s);
4. Acompanhar as visitas multidisciplinares que ocorrerem durante seu plantão, participando das discussões e decisões tomadas;
5. Prestar assistência médica a todos os pacientes da unidade;
6. Anotar a evolução clínica inicial (conforme POP "Modelo de Evolução Médica") e as intercorrências de todos os pacientes internados na unidade na "Evolução Multidisciplinar";
7. Anotar na folha de Evolução e na de Prescrição todas as intervenções terapêuticas feitas nos pacientes; registrar o horário em todas as anotações;
8. O médico plantonista do turno noturno deverá fazer a Prescrição do dia seguinte e solicitar os exames médicos de rotina que julgar pertinentes, para o dia seguinte;
9. Avaliar, dentre as solicitações, as que preenchem os critérios de admissão e decidir qual paciente será admitido;

10. Comunicar ao enfermeiro qual paciente será admitido, para que ele providencie o preparo do leito e a admissão do paciente;
11. Ao admitir paciente, fazer a admissão e a prescrição, solicitar os exames pertinentes, entregar a prescrição e as solicitações dos exames ao enfermeiro para as devidas providências;
12. Anotar na folha de "Resumo dos Exames" os resultados dos exames recebidos no seu plantão;
13. Em caso de óbito será constatado pelo médico, que deverá anotar, tanto na Evolução quanto na Prescrição, os eventos clínicos da parada cardiorrespiratórias, as manobras e drogas usadas para a reanimação e a hora em que o óbito foi constatado;
16. Comunicar o óbito imediatamente ao assistente e aos familiares do paciente;
17. O médico deverá preencher o Atestado de Óbito, tendo o cuidado de preencher todos os campos do documento, não devendo delegar a tarefa do preenchimento para outro profissional, porque a responsabilidade legal do atestado é do médico;
18. Fazer um Resumo ao final do plantão na Evolução Médica de cada paciente, informando as intercorrências, o status hemodinâmico e o balanço hídrico do turno de trabalho;
19. Fornecer informações sobre o quadro clínico dos pacientes aos seus familiares, no momento da visita;
20. Preencher o Livro de Ocorrências do plantão;
21. Participar das Reuniões Científicas da unidade.

II. Internos

- Fazer relatório de internação (anamnese e exame físico);
- Evoluir diariamente os pacientes em prontuário;
- Auxiliar na realização de prescrições e pedidos de exames sob orientação do professor e/ou médico-assistente ou residente responsável pelo paciente;
- Auxiliar no controle da documentação clínica do paciente;
- Fazer resumo de alta sob orientação do corpo clínico;
- Participar da visita médica do paciente, juntamente com o médico assistente;
- Atender aos pacientes em suas solicitações, informando o médico residente a respeito da mudança no estado dos mesmos;
- Realizar procedimentos simples, sob supervisão do corpo clínico;
- Participar das sessões clínicas e reuniões científicas do Serviço.

III. **Médico especialista**

- Efetuar atendimento na área de atuação;
- Desempenhar funções da medicina preventiva e curativa;
- Efetuar consultas, exames, diagnóstico, terapêutica, acompanhamento dos pacientes internados e executar qualquer outra atividade que, por sua natureza, esteja inserida no âmbito das atribuições pertinentes ao cargo e área;
- Indicar e realizar terapêutica clínica e procedimentos, eletivos, de urgência e de emergência de acordo com orientações e protocolos do serviço e órgãos competentes nacionais e internacionais;
- Contribuir e participar de atividades de educação e capacitação das Unidades Da Clínica Médica e Cirúrgica, incluindo projetos, cursos, eventos, comissões, convênios e programas de ensino, pesquisa e extensão;
- Elaborar relatórios e laudos técnicos em sua área de especialidade;
- Assessorar, elaborar e participar de campanhas educativas nos campos da saúde pública e da medicina preventiva;
- Realizar exames médicos, emitir diagnósticos, prescrever medicamentos, solicitar, analisar, interpretar diversos exames e realizar outras formas de tratamento para os diversos tipos de enfermidades da especialidade, aplicando recursos da medicina preventiva;
- Manter registro dos pacientes examinados, anotando a conclusão diagnóstica, o tratamento prescrito e a evolução da doença em prontuário do paciente, na forma impressa ou eletrônica;
- Realizar atendimento individual, individual programado e individual interdisciplinar a pacientes;
- Efetuar a notificação compulsória de doenças, quando necessário;
- Prestar informações e orientações do processo de diagnóstico, tratamento e acompanhamento aos indivíduos e a seus familiares ou responsáveis diariamente;
- Promover reuniões com profissionais da área para discutir conduta a ser tomada em casos clínicos mais complexos;
- Realizar protocolo de Alta Responsável;
- Avaliar diariamente pacientes passíveis de serem transferidos para outras unidades externas da Rede Municipal / Estadual, garantindo assim a continuidade do cuidado e a oferta adequada de leitos aos pacientes do Hospital;
- Integrar as orientações das equipes multiprofissionais ao cuidado dos pacientes e seus familiares;
- Realizar ações de ensino, pesquisa e extensão em todos os níveis, integrando as mesmas às ações de assistência;

- Participar de pesquisas técnicas e científicas na área da saúde;
- Participar das Visitas Técnicas semanais quando solicitado para monitoramento dos indicadores de Qualidade e Segurança do paciente;
- Assumir inteira responsabilidade pelo paciente internado desde a investigação diagnóstica à conduta terapêutica, colocando-se à disposição dos familiares para melhores esclarecimentos dos procedimentos executados;
- Alterar conduta de outro médico assistente apenas quando for em caráter de urgência e na ausência do mesmo;
- Assinar e carimbar no prontuário a evolução dos internos;
- Acrescentar impressão e conclusões diagnósticas durante a internação ou pelo menos na alta hospitalar;
- Carimbar as solicitações dos exames de alto custo, longa permanência e resumo de alta, quando feito pelo interno;
- Responsabilizar-se pela elaboração de resumo de alta, relatório de transferência e papel timbrado, devidamente digitado, assinado e carimbado.
- Realizar outras atribuições afins.

CHEFE DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO E RESPONSÁVEIS PELAS SUBUNIDADES / ESPECIALIDADES:
- Planejar, organizar, coordenar e promover assistência da equipe, nas especialidades clínicas e cirúrgicas, aos pacientes do Hospital;
- Integrar a equipe de profissionais da Unidade de Clínica Médica, Cirúrgica e Obstétrica entre si e também com as outras equipes multiprofissionais do Hospital;
- Implementar as diretrizes da gestão do Hospital, visando a linha de cuidado;
- Patrocinar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;
- Cuidar para que os dados obtidos da assistência aos pacientes estejam registrados em prontuários;
- Conferir as escalas de trabalho e programação de férias, conforme normativas legais;
- Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores em conjunto e após a avaliação dos RTs de cada equipe;
- Avaliar e assegurar a implantação e revisão dos protocolos assistenciais e POP’s relacionados aos cuidados desenvolvidos na Unidade de Clínica Médica, Clínica cirúrgica e Obstétrica;
- Realizar as avaliações de desempenho dos servidores, juntamente com os coordenadores, na

presença do funcionário, conforme legislação;

- Buscar soluções para eventuais ocorrências e/ou alterações nos ambientes de trabalho, de acordo com as normas legais, quando não for da competência do Coordenador do serviço;
- Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais das Unidades de Clínica Médica, Cirúrgica e Obstétrica, com a finalidade de sempre manter os profissionais capacitados e aptos à prestação de assistência de qualidade ao paciente;
- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- Acompanhar o cumprimento das diretrizes relacionadas às linhas de cuidado propostas, no âmbito das Unidades de Clínica Médica e Cirúrgica;
- Definir os processos de trabalho no âmbito das Unidades de Clínica Médica, Cirúrgica e Obstétrica, de acordo com as exigências institucionais, proporcionando retorno adequado à equipe, à chefia superior e à alta gestão;
- Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;
- Constituir um elo entre as Unidades de Clínica Médica, Cirúrgica e Obstétrica, a Divisão de Gestão de Cuidado, a Coordenação Assistencial e as demais Unidades Organizacionais;
- Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;
- Auxiliar na construção do centro de custos das Unidades de Clínica Médica, Cirúrgica e Obstétrica;
- Compor e realizar reuniões periódicas do Conselho Gestor da Unidade;
- Colaborar com o ensino e avaliação dos graduandos e pós -graduandos de enfermagem e demais cursos;
- Participar das Visitas Técnicas semanais para monitoramento dos indicadores de Qualidade e Segurança do paciente;
- Demais atividades afins.

DOS PLANTÕES DE SOBREAVISO

Define-se plantão de sobreaviso como a atividade do médico que permanece à disposição do hospital, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter

condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil.

Considerando estar o médico durante toda a jornada do plantão de sobreaviso disponível a qualquer momento em que for requisitado, para a remuneração deve-se considerar tanto as horas efetivamente trabalhadas como as horas de expectativa.

Portanto, o médico em plantão de sobreaviso, mesmo que não requisitado a comparecer ao local de plantão, deverá receber o valor correspondente e acertado pelas partes. Mesmo não tendo sido exigida sua presença na instituição, estava ele à disposição para os atendimentos que, se não ocorreram, o impossibilitaram de outras atividades.

O médico ainda deve receber os honorários pelos procedimentos praticados, quando requisitada sua presença na instituição.

O médico de sobreaviso está obrigado a se deslocar até o hospital, quando acionado pelo médico plantonista, para atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas.

Os pareceres do CRM são unânimes ao alertar para os riscos de omissão de socorro, especialmente nos casos de sobreaviso.

Portanto, se o médico de sobreaviso é chamado e protela o atendimento, demorando ou mesmo não comparecendo, resultando danos ao paciente, o profissional poderá ser responsabilizado civilmente, eticamente e penalmente.

O profissional deve comunicar com antecedência ao diretor técnico para que haja a devida substituição no período ausente, para evitar quaisquer intercorrências e responsabilidades.

POP 11 - EVOLUÇÃO MÉDICA DOS PACIENTES DA ENFERMARIA

1 - OBJETIVO: Normatizar o modelo de evolução médica dos pacientes da Enfermaria

2 - SETOR: Enfermaria

3 - AGENTES: Médicos da Enfermaria

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Médico

1. Identificar o paciente, no cabeçalho do impresso “Evolução Médica”, com nome completo, idade e leito;
2. Colocar há quantos dias o paciente está internado no hospital (x° dia de IH);
3. Elencar as doenças em ordem decrescente de surgimento; por exemplo:

3.1. Insuficiência Renal Aguda;

3.2. Choque séptico (resolvido ou não);

3.3. Empiema pleural (drenado em / /);

3.4. Pneumonia (hospitalar ou comunitária);

3.5. Comorbidades: DPOC, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 1 ou 2, insuficiência renal crônica, neoplasia ou outras);

4. Informar terapia renal substitutiva (se hemodiálise ou diálise peritoneal);

5. Uso de drogas vasoativas (informar droga e dose - µg/kg/min);

6. Uso de sedação, analgesia ou bloqueio neuromuscular em infusão contínua (informar droga e dose - µg/kg/min);

7. Uso de tubo oro ou nasotraqueal ou de traqueostomia (informar número de dias em uso);

8. Se estiver em ventilação mecânica, anotar a modalidade e os parâmetros;

9. Informar a monitorização invasiva em uso;

10. Anotar número de dias de instalação ou troca dos cateteres em uso (SNG, SNE, S. Vesical, acesso venoso central, acesso arterial, drenos);

11. Informar a terapia nutricional adotada;

12. Anotar as variações (delta) das seguintes variáveis:

12.1 Pressão arterial sistólica;

12.2 Pressão arterial diastólica;

12.3 Pressão venosa central (PVC);

12.4 Frequência cardíaca;

12.5 Frequência respiratória;

12.6 Saturação periférica de oxigênio (SpO2);

12.7 Glicemia capilar.

13. Anotar a diurese, o balanço hídrico, o resíduo gástrico e as dejeções das últimas 24 horas (plantão matutino) ou das últimas seis horas (plantão vespertino) ou das doze horas (plantão noturno);

14. Examinar completamente o paciente:

14.1 Exame físico geral: palidez, cianose, icterícia, edema, equimoses, petéquias, hematomas, dispneia e outros;

14.2 Status psicológico: humor, ideação, orientação têmporo-espacial;

14.3 Exame neurológico: Escala de sedação de Ramsey, Escala de coma de Glasgow, exame das pupilas, motricidade, simetria dos movimentos, sensibilidade cutânea;

14.4 Exame pulmonar: expansibilidade e simetria do tórax, simetria da ausculta pulmonar, descrição dos ruídos adventícios;

14.5 Exame cardiocirculatório: estase jugular; refluxo hepatojugular; terceira bulha; arritmias; sopros cardíacos, carotídeos, aórticos e renais; amplitude e simetria dos pulsos carotídeos, radiais, femorais, poplíteos e pediosos; enchimento capilar;

14.6 Exame do abdome: ascite, circulação colateral, distensão, timpanismo, ruídos hidroaéreos, hepatomegalia, esplenomegalia, dexigoma;

14.7 Exame da genitália: corrimento vaginal ou uretral, edema, lacerações do meato uretral, lesões da pele;

14.8 Pele: dermatomicoses, dermatites de contato, hiperemias por pressão, úlceras de pressão, hidratação;

14.9 Membros inferiores: edema, isquemias, dor ou edema das panturrilhas, micose interdigital;

15. Anotar a sua impressão geral;

16. Anotar os exames solicitados;

17. Anotar as condutas adotadas.

6 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

1. Este roteiro é para a evolução diária;

2. Toda intercorrência ou intervenção feita durante o plantão deve ser devidamente registrada, com o horário;

3. Ao final de cada plantão deve ser feito um Resumo do Plantão.

POP 12 - PRESCRIÇÃO MÉDICA DA ENFERMARIA

1 - OBJETIVO: Normatizar a Prescrição Médica dos pacientes na enfermaria

2 - SETOR: Enfermaria

3 - AGENTES: Médico

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

1. Identificação do paciente

1.1. Setor: Enfermaria;

1.2. Leito: X;

1.3. Número do Registro Hospitalar;

1.4. Nome completo do paciente;

1.5. Idade (em anos);

2. Prescrição Médica

2.1. Dieta:

2.1.1. Nutrição Parenteral, conforme prescrição do Nutrólogo;

2.1.2. Nutrição Enteral por sonda nasoenteral, orogátrica ou por gastrostomia, conforme prescrição do Nutrólogo, da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional ou do Médico diarista ou assistente;

2.1.3. Suplementos nutricionais (prescrever tipo, dose e frequência a ser administrada);

2.1.4. Dieta oral (informar consistência e condições mórbidas do paciente: diabético, hipertenso, cardiopata, nefropata, hepatopata, pneumopata ou outras);

2.1.5. Água, água-de-coco, chás, sucos (informar volume e frequência);

2.2. Medir resíduo gástrico de 4/4 horas, para os pacientes sob nutrição enteral;

2.3. Pausa alimentar entre as 06 e as 10 horas, para os pacientes sob nutrição enteral

2.4. Cabeceira do leito elevada a 30 a 45°;

2.5. Soros:

2.5.1. Informar tipo e volume para 24 horas;

2.5.2. Se prescrever mais de um tipo de soro, informar se quer que eles sejam administrados em "Y" ou intercalados;

2.6. Medicações a serem adicionadas aos soros, como Vitamina C, Vitaminas do Complexo B, Cloreto de Sódio ou de Potássio, Sulfato de Magnésio, Gluconato de Cálcio ou outros. Informar a dose e em qual(is) soro(s) deve(m) ser adicionado(s);

2.7. Drogas vasoativas (Noradrenalina, Dopamina, Dobutamina, Nitroprussiato de Sódio, Nitroglicerina e outras);

2.8. Sedação, analgesia ou bloqueador neuromuscular, em infusão contínua;

2.9. Medicações diluídas em soros, que não os do item 2.2, como Amiodarona, Aminofilina, Vitamina K e outras;

2.10. Antibióticos:

2.10.1. Informar a dose a ser administrada, a diluição (tipo e volume do diluente a ser utilizado: soro fisiológico, soro glicosado, solução de Ringer com ou sem lactato, água destilada ou outro) e o tempo de infusão;

2.10.2. Informar há quantos dias o antibiótico está sendo usado e por quanto tempo será usado (Dx/Y);

2.11. Medicamentos administrados por via intravenosa;

2.12. Medicamentos administrados por via intramuscular;

2.13. Medicamentos administrados por via subcutânea;

2.14. Medicamentos administrados por via gastroentérica;

2.15. Medicamentos administrados por via inalatória;

2.16. Medicamentos administrados por via cutânea (tópica);

2.17. Oxigenioterapia; se prescrever por cateter nasal, informar quantos litros por minuto; se por máscara de Venturi, informar a fração inspirada de O2;

2.18. Fisioterapia motora e respiratória;

2.19. Ventilação mecânica invasiva ou não-invasiva;

2.20. Glicemia capilar de x em x horas;

2.21. Insulina Regular, subcutânea, conforme glicemia:

- 201 a 250mg% - 04 UI;
- 251 a 300mg% - 06 UI;
- 301 a 350mg% - 08 UI;
- 400mg% - 10 UI;

2.22. Glicose a 25% - 30ml se glicemia capilar < 70mg%;

2.23. Medicamentos a serem usados se necessário: antitérmicos, analgésicos, psicotrópicos, antieméticos, anti-hipertensivos e outros;

2.24. Curativo do acesso venoso central em dias alternados e SOS;

2.25. Curativo das úlceras de pressão, da ferida operatória e dos drenos, se houver. Informar com quê e a frequência diária;

2.26. Prevenção de úlceras de pressão:

2.26.1. Hidratação da pele duas vezes ao dia com Ácidos Graxos Essenciais (AGE);

2.26.2. Mudança de decúbito de duas em duas horas;

2.26.3. Colchão inflável;

2.26.4. Posicionamento no leito em postura anatômica (usar coxins entre as pernas e sob os joelhos e os calcanhares);

2.27. Higiene oral com colutório três vezes ao dia ou após cada refeição;

2.28. Fraldas descartáveis;

2.29. Monitorização contínua:

2.29.1. Pressão Venosa Central (PVC). Informar a frequência diária;

2.29.2. Eletrocardiograma;

2.29.3. Oximetria de pulso (Saturação periférica de oxigênio – SpO2);

2.29.4. 4. Pressão arterial invasiva ou não-invasiva;

2.30. Sinais vitais e balanço hídrico de duas em duas horas.

5 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

1. Fazer profilaxia de lesão aguda da mucosa gástrica com antagonistas dos receptores H2 da Histamina (Ranitidina – 50mg por via intravenosa de 12/12 ou de 8/8 horas ou 150mg por via oral de 12/12 horas ou 300mg por via oral de 24/24 horas) ou com inibidores de bomba de prótons (Omeprazol, Pantoprazol ou Esomeprazol - 20 ou 40mg IV ou VO, às 06 horas);

2. Fazer profilaxia de tromboembolismo venoso, conforme Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina:

2.1 Meias elásticas de média compressão até a coxa ou compressão pneumática intermitente;

2.2 Movimentação ativa ou passiva dos membros inferiores;

2.3 Heparina não-fracionada: 5.000 UI por via subcutânea de 8/8 horas; ou

2.4 Heparina de baixo peso molecular: Enoxaparina 40 mg, ou Dalteparina 5.000 UI ou Nadroparina 3.800 UI (<70 kg) ou 5.700 UI (>70 kg); ou

2.4.1 Anticoagulante oral (Warfarina 5mg) - manter INR entre 2 e 3;

3. Fazer interrupção diária da sedação contínua, para avaliar o status neurológico do paciente e programar o desmame da sedação e da ventilação mecânica.

POP 13 - SOLICITAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS

1 - OBJETIVO: Normatizar a Prescrição Médica dos pacientes na enfermaria

2 - SETOR: Enfermaria

3 - AGENTES: Médico, Enfermeiro

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Encaminhamento dos Exames

1. As solicitações dos exames, devidamente preenchidas com nome do paciente, idade, número do registro hospitalar e justificativa do pedido, deverão ser entregues ao Enfermeiro para serem encaminhados aos setores competentes;

2. Os resultados dos exames recebidos deverão ser anotados na Folha de Resultados dos Exames pelo médico que os receber.

3. Os resultados de Gasometria, Exames de Imagens, Culturas e ECGs também deverão ser devidamente anotados; se ainda não tiver o laudo oficial, o médico que os receber deverá anotar a sua impressão;

4. O Enfermeiro encaminhará as solicitações dos exames aos setores competentes;

5. O Enfermeiro agendará nos setores competentes os exames que necessitam de marcação prévia.

II. Exames de Rotina

1. O médico deverá solicitar os exames laboratoriais, de raios X e outros que julgar pertinentes, a serem realizados;

2. O médico, quando da sua visita na enfermaria, poderá solicitar exames laboratoriais, culturas, exames de imagens, exames contrastados e outros que o caso couber.

III. Exames à Admissão ao Paciente

1. O médico que admitir o paciente deverá solicitar os seguintes exames de rotina (exceto se os fez há menos de 24 horas):

1.1 Radiografia do tórax em PA e perfil;

1.2 ECG;

1.3 Gasometria artéria, quando houver indicação;

1.4 Hemograma Completo;

1.5 Tempo de Protrombina (TP) com INR,

1.6 Tempo de Tromboplastina Parcial (TTPA), Tempo de Coagulação, Tempo de Sangramento;

1.7 Ureia e Creatinina;

1.8 Bilirrubinas totais e frações, Proteínas totais e frações, ALT/TGP (Alanina Aminotransferase/Transaminase Glutâmico-pirúvica), AST/TGO (Aspartato Aminotransferase/Transaminase Glutâmico-oxalacética) Oxalacética) e Gama-GT (Gama GlutamilTanspeptidase);

1.9 Eletrólitos: Sódio (Na+), Potássio (K+);

1.10 Enzimas cardíacas (CPK total, CPKMB, Troponina), se indicadas;

1.11 Sumário de Urina e Urocultura, se indicadas;

1.12 Hemoculturas (duas amostras, em sítios diferentes, no mesmo momento), se indicadas;

1.13 Cultura de secreções (escarro, feridas ou outras), se houver.

1.14 Demais exames laboratoriais e de imagem a luz do caso clínico.

POP 14 - SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS

1 - OBJETIVO: Normatizar as solicitações de materiais e medicamentos não padronizados para a enfermaria.

2 - SETOR: Enfermaria.

3 - AGENTES: Médico, Enfermeiro.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

1. O médico deverá prescrevê-lo na Prescrição Médica;

2. O médico deverá fazer relatório em receituário comum, informando posologia diária e dose total a ser usada;

3. O Enfermeiro encaminhará o relatório à Direção de Saúde do Hospital para apreciação e liberação da aquisição do produto;

4. Antes de solicitar um produto não padronizado, certificar-se se não existe no Hospital um similar padronizado

POP 15 - SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS PADRONIZADOS ESPECIAIS

1 - OBJETIVO: Normatizar as solicitações de materiais e medicamentos padronizados especiais para a enfermaria.

2 - SETOR: Enfermaria.

3 - AGENTES: Médico, Enfermeiro, Oficial Administrativo.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Antibióticos que dependem da liberação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

1. O médico plantonista deverá prescrevê-lo, informando de forma clara a dosagem, a frequência diária e o tempo de uso do antibiótico;

2. O médico deverá preencher a Solicitação de Antibióticos, para ser liberado pela CCIH;

3. O Enfermeiro Assistencial ou o Enfermeiro Coordenador deverá fazer a solicitação do antibiótico para a Farmácia;

4. O Oficial Administrativo deverá levar a Solicitação à Farmácia, que a repassará à CCIH e dispensará a medicação;

5. O Oficial Administrativo ou o funcionário da Farmácia entregará o antibiótico ao Enfermeiro da enfermaria.

II. Albumina Humana:

1. O médico plantonista deverá prescrevê-la, informando de forma clara a dosagem, a

frequência diária e o tempo de uso do antibiótico;
2. O médico deverá preencher o Laudo de Alta Complexidade do SUS, justificar o motivo da indicação, informar o número de frascos-ampola requeridos e anexar o resultado da Albumina Plasmática recente (exame feito no máximo nos últimos três dias);
3. O Enfermeiro Assistencial ou o Enfermeiro Coordenador deverá encaminhar o Laudo à Direção de Saúde do hospital, para autorização;
4. Depois de autorizado, fazer o pedido à Farmácia, anexando a solicitação.

II. Sonda Naso-Enteral
1. O médico plantonista deverá prescrevê-la e preencher o Laudo de Alta Complexidade do SUS;
2. O Enfermeiro solicitará a sonda à Farmácia;
3. O Enfermeiro passará a sonda; se não conseguir, solicitará a sua passagem por via endoscópica, a ser feita por médico devidamente habilitado para tal procedimento.

III. Colchões Especiais
1. O médico deverá prescrevê-lo na Prescrição Médica e em receituário comum;
2. O Enfermeiro encaminhará a receita ao Almoxarifado para liberação do produto.

IV. . Outros Medicamentos e Materiais não Padronizados
1. O médico deverá prescrevê-lo na Prescrição Médica;
2. O médico deverá fazer relatório em receituário comum, informando posologia diária e dose total a ser usada;
3. O Enfermeiro encaminhará o relatório à Direção de Saúde do hospital para apreciação e liberação da aquisição do produto.

POP 16 - TRANSFERÊNCIA EXTERNA DE PACIENTES DA ENFERMARIA

1 - OBJETIVO: Normatizar a transferências de pacientes da Enfermaria.

2 - SETOR: Enfermaria.

3 - AGENTES: Médico, Enfermeiro.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Ao Médico solicitante compete:
1. Contactar a Unidade para onde pretende transferir o paciente, passar o caso e confirmar a

vaga;
2. Fazer o relatório de transferência da enfermaria, relatando minuciosamente o quadro clínico do paciente, terapêutica instituída, resultados dos exames laboratoriais e o motivo da transferência;
3. O relatório deverá ser feito em duas vias: a primeira acompanhará o paciente e a segunda será arquivada no prontuário.

II. Ao Médico Plantonista compete:
1. Certificar-se da vaga na Unidade de destino e de que a equipe que receberá o paciente conhece as suas condições clínicas e necessidades;
2. Avaliar as condições do paciente e definir o tipo de transporte para a remoção;
3. Analisar as condições clínicas e de segurança para a transferência, podendo vetá-la se julgar que a remoção poderá trazer prejuízos ao paciente;
4. Se a remoção for vetada, o médico solicitante e a equipe do Hospital que receberia o paciente deverão ser informados imediatamente;
5. Anotar na Evolução Médica, na Prescrição e no livro de ocorrências o horário de saída e o destino do paciente.

III. Ao Enfermeiro compete:
1. Informar as condições clínicas e as necessidades do paciente ao enfermeiro da unidade que o receberá. Anotar o nome e COREN do enfermeiro contactado;
2. Providenciar o transporte para a remoção;
3. Designar o membro da equipe de enfermagem que acompanhará o paciente se a remoção for feita em ambulância sem médico e sem enfermeiro;
4. Solicitar à família que venha hospital, para acompanhar o paciente na remoção;
5. Providenciar cópia da prescrição médica, com as medicações administradas devidamente checadas, e do mapa de sinais vitais e balanço, para anexá-lo ao relatório médico de transferência;
6. Fazer relatório de enfermagem, em duas vias, com subsídios para a continuidade da assistência de enfermagem. Encaminhar a primeira via com o paciente e anexar a segunda ao prontuário;
7. Anotar no prontuário, no livro de ocorrências e no livro de estatística o horário de saída e o destino do paciente.

POP 17 - ALTA DA ENFERMARIA

1 - OBJETIVO: Normatizar a alta dos pacientes da enfermaria.

2 - SETOR: Enfermaria

3 - AGENTES: Médico, Enfermeiro, Oficial Administrativo

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Ao médico diarista, assistente ou plantonista compete:

1. Prescrever a alta da enfermaria na Evolução Médica e na Prescrição, colocando o horário;
2. Fazer a Admissão Médica e a Prescrição para a Enfermaria;
3. Orientar familiares e acompanhantes sobre o estado clínico do paciente.

II. Ao Enfermeiro compete:

1. Verificar a existência de vaga na unidade de destino do paciente;
2. Passar o caso ao enfermeiro da unidade de destino;
3. Organizar o prontuário médico e checar as anotações de enfermagem;
4. Entregar o prontuário completo, com as medicações administradas devidamente checadas;
5. Entregar à equipe da unidade de destino os medicamentos do paciente solicitados para o dia;
6. Entregar à equipe da unidade de destino os pertences do paciente, sob protocolo.

III. Ao Oficial Administrativo compete:

1. Organizar o prontuário;
2. Entregar o excesso do prontuário no SAME;
3. Fazer a transferência do paciente no sistema.

POP 18 - SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

1 - OBJETIVO: A segurança do paciente e a educação continuada são pilares importantes para o desenvolvimento de ações que contribuam com a melhoria
dos serviços prestados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).
Em busca de assistência segura, de qualidade e resolutiva é necessário que os profissionais de saúde atuantes nas UTIs recebam orientações específicas para implantação de processos que fortaleça o conceito de segurança.

2 - SETOR: Unidade de Terapia Intensiva.

3 - AGENTES: Todos os profissionais

4 - ETAPAS DOS PROCEDIMENTOS

1. Estabelecer uma cultura de segurança

O desenvolvimento de uma cultura de segurança é o elemento mais importante para estabelecer e manter uma UTI segura. Uma cultura de segurança pode ser definida como o conjunto de crenças, valores, atitudes, normas e concepções compartilhadas por todos os profissionais da UTI. É "a personalidade da UTI" ou "o jeito como as coisas são feitas". A cultura determina a forma como as pessoas trabalham juntas, como se comunicam, como se adaptam aos desafios e como reagem aos erros. A implantação de uma UTI segura é um esforço de toda a equipe e é o resultado de uma cooperação em todos os níveis.

São características da cultura de uma UTI segura:

a) Liderança firme e respeitosa, geralmente exercida por um intensivista experiente e comprometido com a qualidade contínua no cuidado.

b) Comunicação aberta, responsável e produtiva entre todos os membros da equipe médica, de enfermagem, de fisioterapeutas, de psicólogos, de nutricionistas, de fonoaudiólogos etc.

c) Espírito de equipe entre todos os profissionais que trabalham juntos, de forma organizada, cooperativa, complementar e responsável.

d) Reação rápida e eficiente aos desafios de mudança na busca de novos resultados.

e) Estabelecimento de uma cultura de prevenção de riscos por meio da adoção de processos claros e definidos pelos profissionais que executam as ações de saúde.

f) Relato sistemático e reação rápida para correção dos eventos adversos, com foco na correção dos processos, por meio da adoção de um modelo baseado no princípio não punitivo, defendendo que, na maioria das vezes, os erros são consequência de uma sequência de eventos e não de um único ato isolado.

2. Manter uma equipe quantitativa e qualitativamente capacitada para atender às demandas de sua UTI

As equipes de médicos e outros profissionais de uma UTI segura precisam estar adaptados à sua demanda.

É fundamental o conhecimento da realidade da UTI para a adequação da estrutura a ser oferecida. Os pacientes gravemente enfermos necessitam de profissionais qualificados e em número suficiente para o atendimento de rotina e para as emergências que surgem naturalmente dentro de uma UTI. Conhecer exatamente a demanda dos pacientes que uma UTI atende é

fundamental para definir a quantidade e a qualificação dos profissionais que formam a equipe de atendimento.

Está claro em vários trabalhos publicados nos últimos 15 anos que um médico intensivista coordenando o trabalho da equipe da UTI é fundamental para melhorar o prognóstico dos pacientes, diminuir complicações e gastos desnecessários e implementar protocolos assistenciais. Enfermeiros em número e qualificação adequados e farmacêuticos e fisioterapeutas especializados e trabalhando de forma protocolar também melhoram a qualidade do atendimento. Médicos e enfermeiros sobrecarregados cometem mais erros por estresse e desatenção. Nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais também são essenciais em UTIs mais complexas. Portanto:

a) Monte uma equipe de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas especializados coordenados por um médico intensivista experiente.

Dependendo da complexidade, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistentes sociais específicos para a UTI serão imprescindíveis.

b) Estabeleça o número de profissionais necessários para que o trabalho não seja estressante, nem sobrecarregado ou desequilibrado. Isso previne eventos adversos e *burnout* da equipe.

c) Treine sistematicamente sua equipe e mantenha-a atualizada e capacitada para enfrentar os desafios da UTI.

3. Identificar e aferir seus principais problemas de segurança e estabelecer um plano para corrigi-los

A implantação de um programa de segurança é um processo que precisa ser desenvolvido ao longo do tempo. No entanto, é importante começar logo por algum lugar, seja implantando um sistema de prescrição eletrônica, um *bundle* para profilaxia de pneumonia associada à ventilação mecânica ou uma visita multidisciplinar diária. À medida que alguns problemas iniciais são documentados e abordados sistematicamente, soluções vão sendo incorporadas, enquanto uma cultura de segurança vai sendo desenvolvida dentro da UTI.

a) Liste os projetos necessários e priorize alguns para começar.

b) Desenvolva um plano de ação para cada um dos projetos. Estabeleça uma métrica; obtenha os dados iniciais; defina a estrutura e os recursos necessários; escreva os processos e treine a equipe; e estabeleça os indicadores que serão utilizados para aferir os resultados.

c) Faça uma avaliação antecipada do ambiente, aproveitando as oportunidades, corrigindo ou contornando as barreiras em potencial e buscando os recursos necessários.

d) Documente a situação atual, implemente o plano estabelecido, documente a evolução ao

longo do tempo e faça as correções necessárias.
e) Divulgue os resultados. Discuta abertamente o insucesso. Premie a melhoria.

4. Avaliar seu desempenho rodando ciclos de PDCA: Planejamento com metas, implantação e Desenvolvimento, Controle por meio de indicadores com avaliação contínua, Ações corretivas e preventivas e reavaliações

O ciclo PDCA é uma ferramenta fácil, porém poderosa e eficiente para a melhoria contínua de qualidade de uma UTI. Dentro de um sistema de gestão, é aplicado para atingir os resultados esperados. Roda-se um ciclo PDCA de quatro fases para cada problema identificado:

a) Planejamento: identifique um problema e monte um plano para resolvê-lo. Estabeleça a estrutura e os recursos necessários, delineie o processo detalhadamente e defina as metas que deverão ser atingidas num determinado intervalo de tempo.

b) Desenvolvimento: implemente o plano ao longo do tempo exatamente como planejado. Nesta etapa são fundamentais a educação, o treinamento e o comprometimento de toda a equipe no processo.

c) Controle: colete informações antes e durante o desenvolvimento das ações para documentar as mudanças. Verifique se o executado está conforme o planejado, ou seja, se a meta foi alcançada, dentro do tempo definido. Identifique os desvios na meta ou no método.

d) Ação corretiva: caso sejam identificados desvios na meta e/ou no plano, é necessário definir e programar soluções que eliminem as suas causas. Caso não sejam identificados desvios, é possível realizar um trabalho preventivo, identificando quais desvios são passíveis de ocorrer no futuro, suas causas, soluções etc.

5. Estabelecer e treinar, em conjunto com a equipe, protocolos ou rotinas. Permita flexibilidades, mas questione-as e reveja a não adesão às propostas estabelecidas.

Um protocolo é uma forma consensual de realizar uma tarefa. Pode ser usado para padronizar tanto tarefas administrativas quanto clínicas (protocolo de admissão e alta da UTI, protocolo da sepse etc.).

A importância de criar rotinas e desenvolver protocolos está em diminuir a variabilidade na execução de uma tarefa, aumentar sua eficiência, facilitar sua compreensão por toda a equipe, garantir que nada seja esquecido ou hipervalorizado e permitir que os resultados possam ser aferidos, avaliados criticamente e melhorados continuamente. O risco é engessar demais o atendimento clínico, portanto, é importante permitir antecipadamente que pequenas adaptações possam ser feitas, dependendo da análise adequada de cada caso.

a) Estabeleça as tarefas mais críticas da UTI e os atendimentos clínicos mais comuns.
b) Desenvolva protocolos para cada uma dessas tarefas, sempre tendo discutido anteriormente com a equipe. Posteriormente, aplique os protocolos por um tempo curto e avalie sua aplicabilidade prática e sua facilidade de uso. Treine toda a equipe e comunique a todos que os protocolos estão sendo implantados.
c) Acompanhe ao longo do tempo a adesão e os resultados. Faça avaliações críticas, correções e atualizações constantes do protocolo

6. Garantir que o que deve ser feito está sendo feito com checklists

Um paciente crítico necessita, em média, de mais de 170 intervenções diferentes por dia, realizadas, muitas vezes, de forma repetitiva e por diferentes equipes ou especialidades. Embora o grau de complexidade e o tempo necessário para completar cada uma das tarefas variem bastante entre um paciente e outro, elas estão muito sujeitas a erros, por causa das diferentes formações e percepções técnicas, natural limitação da memória humana, dificuldade em manter atenção permanente, fadiga, estresse, pressão permanente, entre outros fatores. Mas essas limitações não devem colocar o paciente em risco. Uma forma eficiente de sobrepujar essas dificuldades e garantir que o que deve ser feito esteja sendo feito é o uso de *checklists.*

Os *checklists* são uma ferramenta que tem enorme capacidade de melhorar a segurança e a qualidade e de reduzir custos na UTI. Eles facilitam a aplicação de tarefas complexas, diminuem a variabilidade e ajudam a garantir que tudo o que deve ser feito realmente seja feito. É o tratamento certo, na dose certa, na hora certa, no paciente certo.

a) Identifique algumas tarefas, procedimentos ou processos que são críticos na UTI e descreva os passos importantes.
b) Construa um *checklist.* Eduque e treine a equipe da UTI e comunique a todos a sua importância.
c) Aplique cada *checklist* durante um período curto de tempo como um piloto. Faça as mudanças necessárias e inicie sua aplicação sistematizada.
d) Avalie periodicamente seus resultados e atualize o *checklist* sempre que necessário.

7. Garantir uma continuidade de cuidados - 24 horas por dia, durante os sete dias da semana

O paciente crítico necessita receber o mesmo tratamento 24 horas por dia, durante os sete dias da semana. Ele não tem hora marcada para apresentar intercorrências ou para iniciar uma descompensação. E a medicina intensiva é tipicamente uma especialidade cujas intervenções

são sensíveis ao tempo e dependentes de atenção e intervenções contínuas. Isso significa que a qualquer hora uma emergência pode ocorrer e todos precisam estar atentos e preparados para intervir rapidamente. Além disso, uma piora clínica geralmente se apresenta com sinais clínicos sutis, os quais, se identificados precocemente, têm maior chance de recuperação. Por isso, manter a UTI com o mesmo nível de atenção e atendimento durante todo o tempo é fundamental para garantir segurança e qualidade no atendimento.

a) Monte uma equipe que possa dar o mesmo atendimento aos pacientes no período diurno, noturno e em fins de semana e feriados.

b) Treine toda a equipe nas manobras de emergência e nos protocolos e rotinas da UTI.

c) Realize visitas de beira-leito a cada troca de plantão e garanta que tudo que foi feito tenha sido anotado e comunicado.

d) Garanta supervisão especializada, liberação de medicamentos e possibilidade de exames de emergência numa base 24/7.

e) Mantenha um plano de contingência para situações inesperadas (falta de um profissional da equipe, demanda aumentada ocasional, falha de equipamentos etc.).

8. Garantir segurança durante o suporte tecnológico. "Tecnologia de ponta no ponto"

Os equipamentos de UTI, geralmente com muita tecnologia agregada (monitores fisiológicos, respiradores, bombas de infusão etc.), são vitais para o tratamento e o acompanhamento dos pacientes críticos. No entanto, quando esses equipamentos não são avaliados adequadamente na aquisição, não são usados apropriadamente ou não sofrem manutenção adequada, podem contribuir para causar mais risco e dano aos pacientes. A padronização dos equipamentos e o treinamento intenso no seu uso são estratégias importantes para reduzir erros, porque diminuem a necessidade de confiar na memória e aumentam a chance de uso correto da tecnologia.

a) Analise sistematicamente os equipamentos antes da aquisição. Faça uma avaliação piloto, analisando criticamente se o equipamento satisfaz as necessidades e se é seguro. Busque uma padronização dos equipamentos.

b) Treine intensivamente toda a equipe para indicar, usar e interpretar corretamente os equipamentos antes de colocá-los em uso.

c) Estabeleça períodos de retreinamento nesses equipamentos. Não confie no princípio de "uma vez treinado está aprendido". Retreine sempre.

d) Estabeleça protocolos de manutenção preventiva e tenha um plano de contingência para eventuais falhas de cada equipamento.

9. Estabelecer comunicação efetiva entre todos da equipe

A complexidade existente dentro de uma UTI propicia um campo fértil para distúrbios de comunicação dentro da própria unidade, entre os membros da mesma área ou de áreas diferentes, e fora da UTI, com as outras áreas e/ou unidades do hospital. Problemas de comunicação estão na raiz da maioria dos eventos sentinelas que ocorrem dentro das UTIs. A redução nos riscos está fortemente relacionada com uma eficiente comunicação e com a estreita colaboração entre as partes envolvidas nesse processo. Conhecer os eventos adversos é fundamental para buscar corrigir os problemas estruturais ou de processo que propiciem a repetição do erro.

Uma boa comunicação facilita a atuação da equipe como um time estabelece objetivos comuns a serem atingidos e auxilia na obtenção de cooperação do paciente e/ou de seus familiares.

a) Faça reuniões periódicas com toda a equipe da UTI para consenso e comunicação de objetivos estratégicos de curto, médio e longo prazo.

b) Apresente claramente os novos protocolos e rotinas, treinando os profissionais da equipe. Divulgue sistematicamente os resultados alcançados, as metas atingidas ou não e os planos de melhoria.

c) Organize visitas multidisciplinares diárias, discutindo os casos, acertando os planos e estabelecendo objetivos comuns e específicos para cada profissional.

d) Atenda às demandas dos familiares e mantenha-os informados da evolução do paciente e dos objetivos a serem perseguidos.

e) Mantenha uma boa comunicação com outras áreas do hospital para facilitar o fluxo e a logística da UTI e promova uma eficiente comunicação entre os médicos da UTI e os outros especialistas, tornando consensuais tratamentos e objetivos comuns.

f) Estabeleça um canal de informação dos eventos adversos ocorridos, possibilitando a avaliação de erros na estrutura ou nos processos para que possam ser rapidamente corrigidos e evitando a repetição desses eventos.

10. Tratar sem lesar

O princípio da não maleficência: antes de tudo não cause danos) é um dos pilares éticos da medicina. O paciente crítico está frequentemente sujeito a ações bem-intencionadas, mas que podem acarretar mais malefícios que benefícios. Monitorizações, intervenções e tratamentos, mesmo em situações agudas, só devem ser realizados se estiverem bem indicados e com benefício provável antecipado que sobrepuje os riscos em potencial. Algumas situações e sugestões:

a) Reavalie sempre a indicação de cada procedimento. O profissional mais treinado deve realizá-lo, com respeito obsessivo à boa técnica.

b) Reavalie sistematicamente a necessidade de manter monitores, cateteres, tubos, sondas etc. Retire-os assim que for possível.

c) Solicite exames complementares e procedimentos diagnósticos somente quando bem indicados e necessários, evitando expor os pacientes a riscos desnecessários.

d) Prescreva antibióticos e sedativos somente quando bem indicados e somente pelo tempo necessário.

e) Evite os excessos na administração de derivados sanguíneos, de volume de fluidos e de drogas vasoativas.

POP 19 - LIMPEZA DE CÂNULA INTERNA (SUBCÂNULA) DE TRAQUEÓSTOMO METÁLICO

1 - OBJETIVO: Remover as secreções da subcânula metálica, a fim de prevenir obstrução do traqueóstomo e consequente permanência das vias aéreas pérvias.

2 - SETOR: Unidade de Terapia Intensiva

3 - AGENTES: Técnicos de Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico de Enfermagem

1. Estabelecer uma comunicação com o paciente (escrita, gestos, labial, etc...), explicando o procedimento a ser realizado, caso o paciente esteja consciente;

2. Lavar as mãos;

4. Preparar todo o material, dispondo-o na mesa de mayo;

5. Colocar máscara;

6. Calçar luvas estéreis;

7. Removera subcânula do traqueóstomo, dispondo-a imersa em solução de água oxigenada a 10% na cuba redonda, por 30 minutos;

8. Após os 30 minutos, proceder a limpeza interna da cânula com a ajuda de gaze, retirando todo o resíduo de secreção;

9. Após a remoção da secreção residual, lavar a subcânula com água destilada;

10. Enxugar a subcânula com gaze estéril;

11. Reposicionar a subcânula no traqueóstomo metálico, limpa, enxuta e livre de resíduo de

secreção;

12. Deixar a unidade limpa e organizada;

13. Levar as mãos;

14. Registrar procedimento em prontuário do paciente.

5 - PERIODICIDADE

- Removerasubcânula do traqueóstomo diariamente, três vezes ao dia (manhã, tarde e noite) e sempre que necessário;

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

- Luva Estéril, Máscara Descartável, Gaze, Cuba redonda pequenas inox estéril, Água Oxigenada a 10%, Água Destilada.

7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

1. Manter técnica asséptica durante o procedimento;

2. Registrar toda e qualquer anormalidade referente ao paciente e comunicar imediatamente ao plantonista médico.

POP 20 - CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

1 - OBJETIVO: Garantir a funcionalidade dos materiais e equipamentos do Carro de Emergência, com o objetivo de prestar uma assistência adequada e segura ao paciente durante a emergência.

2 - SETOR: Unidade de Terapia Intensiva

3 - AGENTES: Enfermeiros (as)

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiros(as)

1. Checar e manter o carrinho ligado a rede elétrica;

2. Verificar a data de validade e integridade dos invólucros de materiais estéreis e medicamentos que estão no carro de emergência (impresso próprio);

3. Testar o funcionamento do cabo e lâminas de laringoscópio e condições das pilhas;

4. Testar o funcionamento do aparelho de desfibrilação;

5. Checar em impresso próprio a quantidade de materiais e medicamentos existentes, realizando a reposição dos mesmos quando necessária.

5 - PERIODICIDADE

Verificar o carro de emergência todos os dias no início de cada turno, registrando conforme impresso próprio e com a devida rubrica do examinador;

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Caneta, Impresso próprio de conferência.

7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

1. Solicitar reposição das pilhas ao secretário quando estiverem “fracas” ou não funcionantes;
2. Repor todos os materiais do carrinho (ambu, máscara, cânula de guedel, fio guia, etc.), quando estiverem em falta ou em número insuficiente.

8 - AÇÕES EM CASO DE NÃO-CONFORMIDADE

1. Solicitar a manutenção dos equipamentos que não estiverem em boas condições de funcionamento e avisar ao (a) enfermeiro (a) coordenador (a) do setor.

POP 21 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA TRAQUEOSTOMIA

1 - OBJETIVO: Proporcionar a ocorrência do procedimento de acordo com os tempos cirúrgicos adequados, sem causar danos ao paciente.

2 - SETOR: Unidade de Terapia Intensiva

3 - AGENTES: Enfermeiros assistenciais, Técnicos de Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiros Assistenciais, Técnicos de Enfermagem

1. Lavar as mãos;
2. Testar e ajustar parâmetros de bisturi elétrico conforme solicitação do cirurgião;
2. Certificar-se do bom funcionamento do sistema de aspiração;
3. Posicionar o paciente em decúbito dorsal e hiper-extensão da cabeça;
4. Posicionar a placa do bisturi elétrico na panturrilha ou região glútea;
5. Distribuir o material de acordo com os tempos cirúrgicos em uma mesa de Mayo, oferecendo ao cirurgião quando solicitado;
6. Auxiliar na paramentação do cirurgião;

6.1 Posicionar máscara;

6.2 Calçar luva de procedimento;

7. Administrar sedação conforme solicitação médica;

8. Secar o Cuff e retirar o TOT quando solicitado pelo cirurgião;

9. Insuflar Cuff do traqueóstomo;

10. Conectar traqueóstomo ao sistema de VM com segurança;

11. Aspirar secreção traqueobrônquica;

12. Fixar traqueóstomo;

13. Certificar-se da ventilação adequada do paciente;

14. Lavar e proteger sistema de aspiração;

15. Providenciar coleta de gasometria, se necessário (médico ou enfermeiro);

16. Organizar a unidade e leito;

17. Lavar as mãos;

18. Registrar o procedimento no prontuário do paciente (médico e enfermeiro).

5 - PERIODICIDADE

Sempre que for realizado o procedimento de Traqueostomia.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Bisturi elétrico com caneta de bisturi apropriada;

Bandeja de pequena cirurgia;

Campos cirúrgicos e capotes;

Traqueóstomos de vários números;

Cadarço de fixação de traqueóstomo;

Foco de luz;

Gaze simples;

Luva estéril;

Luva de procedimento;

Sistema de aspiração montado;

Sonda de aspiração de vários números;

Anestésico e sedativo;

Seringa de 10ml e 20ml;

Agulha 40X12 e 13X4,5;

Povidine tópico;

Povidinedegermante;

Fio cirúrgico de vários números;

Máscara descartável;

Luvas estéreis;

Gel condutor.

7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

1. Lavar as mãos antes e depois do procedimento;
2. Manter o carro de emergência próximo ao leito;
3. Atentar aos cuidados específicos com o bisturi elétrico;
4. Atentar para sinais de hemorragia;
5. Observar sinais e escape aéreo via oral ou perióstio;
6. Observar se há ocorrência de enfisema subcutâneo ou mediastino.

8 - AÇÕES EM CASO DE NÃO-CONFORMIDADE

1. Comunicar ao cirurgião alterações, como sangramentos ou escape de ar

POP 22 - BALANÇO HÍDRICO

1 - OBJETIVO: Registrar o controle de tudo que foi administrado ao paciente e eliminado pelo mesmo, no período de 24h.

2 - SETOR: Unidade de Terapia Intensiva

3 - AGENTES: Técnicos de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnicos de Enfermagem

1. Reunir o material necessário;
2. Preencher o cabeçalho do impresso com nome do paciente, número do prontuário e do leito e data;
3. Registrar volume infundido (HV, transfusão de hemoderivados, medicação, dieta);
4. Registrar volume eliminado (diurese, fezes, sangue, vômitos, drenagens, etc.);
5. Somar volumes infundidos, descontando os volumes drenados, registrando o saldo, se positivo ou se negativo no final de cada plantão noturno, às 06 horas (fechamento de balanço a cada 24 horas, sempre às 06 horas);
6. Registrar a cada turno e a cada 02 horas sinais vitais e cuidados específicos (glicemia, PVC,

saturação de oxigênio).

5 - PERIODICIDADE

Diariamente.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

- Impresso próprio
- Frasco graduado
- Luva de procedimento

7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

1. Zerar as bombas de infusão;

2. Fechar o balanço hídrico às 12, 18 e 06 horas diariamente;

3. O enfermeiro deverá conferir, assinar e carimbar o impresso do balanço hídrico, para caracterizar o completo fechamento do mesmo, às 06 h;

8 - AÇÕES EM CASO DE NÃO-CONFORMIDADE

1. Na vigência de alteração na somatória final, recomeçar a contagem a fim de detectar o erro.

POP 23 - TROCA OU MONTAGEM DE CIRCUITO DO VENTILADOR MECÂNICO

1 - OBJETIVO: Utilização de técnica asséptica para troca ou montagem de circuito do Ventilador Mecânico, com redução de infecção respiratória.

2 - SETOR: Unidade de Terapia Intensiva

3 - AGENTES: Enfermeiros e Fisioterapeutas

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiros/Fisioterapeutas:

1. Checar a data da troca do circuito;
2. Preparar o material necessário de acordo com o tipo do respirador;
3. Colocar máscaras;
4. Lavar as mãos;
5. Abrir o circuito do respirador de forma asséptica;
6. Avaliar integridade das membranas da válvula unidirecional de exalação;
7. Calçar luvas estéreis;

8. Colocar os diafragmas na válvula unidirecional de exalação;
9. Montar o circuito do respirador com técnica asséptica;
10. Iniciar a ventilação com reanimador manual (ambú) – enfermeiro, fisioterapeuta ou médico;
11. Retirar o sistema contaminado – técnico, enfermeiro ou fisioterapeuta - acondicionando-o em saco plástico, recolhendo os diafragmas e o arco de silicone usados, quando houver;
12. Instalar circuito estéril no respirador;
13. Testar funcionamento do respirador, avaliando integridade das traqueias;
14. Confirmar os parâmetros do respirador;
15. Conectar a água destilada ao equipo e este ao orifício de entrada na jarra do respirador ou instalar o filtro barreira, quando houver disponível este filtro;
16. Encher a jarra com água destilada até a marca pré-estabelecida;
17.Confirmar os parâmetros do paciente no respirador;
18. Conectar respirador no paciente;
19. Manter a unidade limpa e organizada;
20. Desprezar o material utilizado em expurgo local e fazer a assepsia dos diafragmas e arco de silicone na Unidade de Terapia, após acondicioná-los em local apropriado;
21. Lavar as mãos;
21. Obrigatoriamente, identificar o respirador com nome do profissional e o prazo da próxima troca.

5 - PERIODICIDADE

Realizar a troca do circuito a cada 07 dias ou na presença de secreções no sistema.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Luvas estéreis;
Máscara descartável;
Água destilada;
Equipo simples;
02 diafragmas;
Circuito de respirador completo estéril;
Reanimador manual (Ambú);
Baraca se for realizar a primeira montagem do Respirador.

7 - OBSERVAÇÕES/CONSIDERAÇÕES

1. Manter técnica asséptica durante toda a montagem;

2. Antes de iniciar o procedimento verifique se a válvula de exalação a as membranas estão colocadas corretamente;

3. Observe se a mangueira do respirador está conectada na parte superior de trás da válvula de exalação, no ramo INSP;

4. Ao testar o VM certifique-se que a conexão "Y" está totalmente vedada.

Obs: Caso o procedimento seja para a primeira montagem do Respirador, testá-lo com a Baraca antes de instalá-lo no cliente

POP 24 - ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

1 - OBJETIVO: Promover a intubação orotraqueal do paciente.

2 - SETOR: Unidade de Terapia Intensiva.

3 - AGENTES: Médicos, Equipe de Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Equipe Médica / Equipe de Enfermagem

1. Preparar o material (Enfermeiro, Técnico ou Técnico de Enfermagem);

2. Lavar as mãos (Médico, Equipe de Enfermagem e todos que participarem do procedimento);

3. Orientar ao cliente acerca do procedimento (Médico);

4. Posicionar o cliente em decúbito dorsal (Técnico ou Técnico de Enfermagem);

5. Calçar luvas (Médico);

6. Testar o balonete da cânula (Médico);

7. Pré-oxigenar o paciente, por 3 minutos, com ambú e máscara (Enfermeiro);

8. Laringoscopar (Médico);

9. Introduzir a cânula com o auxílio do fio guia e lidocaína geleia (Médico);

10. Testar posição da cânula (Médico);

11. Fixar a cânula com fixador próprio ou esparadrapo ou micropore (Enfermeiro, Técnico ou Técnico de Enfermagem);

12. Realizar aspiração orotraqueal, se necessário (Enfermeiro, Médico ou demais membros da equipe de enfermagem).

5 - PERIODICIDADE

Todas as vezes em que o paciente necessite passar por esse procedimento.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Cânula traqueal estéril e descartável, com numeração apropriada ao paciente;

Seringa de 20ml estéril;

Luva estéril com numeração apropriada ao executor;

Laringoscópio com lâmina desinfectada;

Fio Guia;

Máscara;

Cânula de Guedel desinfectada;

Ambú com máscara;

Lidocaína geleia;

Esparadrapo ou micropore.

7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

1. Manter técnica asséptica durante todo o procedimento;
2. Identificar, através de esparadrapo, com data e horário, a cânula traqueal;
3. Médico e enfermeiro deverão registrar o procedimento em prontuário do paciente.

6.3.5. Apresentação do Quadro de Metas para a Área Médica (por especialidades) observados, em especial as consultas em Ambulatório, Internações hospitalares e de Terapia Intensiva.

Para o cumprimento das metas estabelecidas no Termo de Referência, temos a seguinte capacidade de atendimento a ser prestado:

Quadro de Metas da Internação

Especialidades Internação	Número de Leitos	Meta mensal de saídas	Taxa de Ocupação
Clínica Médica	12	78	85%
Clínica Cirúrgica	20	207	85%
Obstétrica	4	52	85%

UTI	10		90%
PEDIATRIA	4	52	85%

*Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado.

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.

As Especialidades médicas oferecidas serão: Cirurgia, Geral, Ginecologia, Ortopedia, Obstetrícia, Anestesiologista e Cirurgia Vascular.

	Diárias/atendimentos mês
Hospital-Dia	88

*Para o cálculo considerou-se 2 leitos.

O Hospital Dia será disponibilizado aos pacientes que comparecem à Unidade apenas para recebimento de dose esquemática de medicação endovenosa e pequenos procedimentos cirúrgicos; pacientes clínicos e/ou cirúrgicos que necessitam de permanecer na Unidade por um período máximo de 12 horas, devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual e de acordo com o perfil da Unidade.

Quadro de metas dos atendimentos médicos do Ambulatório

Especialidade	Meta Mensal
Cardiologia **Cirurgia Geral** **Ginecologia** **Ortopedia/Traumatologia** **Angiologia e Cirurgia Vascular**	870

Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente.

As agendas das especialidades médicas serão programadas conforme demanda interna de outros setores do hospital e também ofertadas ao Complexo Regulador Estadual, respeitando

o limite operacional do ambulatório.

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.

Quadro de metas de cirurgias programadas

Cirurgias Programadas	Meta Mensal
Cirurgias	180

As cirurgias programadas são intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia local e nas especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia e Ortopedia, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

Quadro de cirurgias ambulatoriais

Cirurgias ambulatoriais	Meta Mensal
Cirurgia Ambulatorial	88

São as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia local, em pacientes que não necessitam de internação.

O procedimento inicial a ser ofertado no ambulatório do Hospital será cirurgia de varizes.

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, todas as cirurgias ambulatoriais serão reguladas pelo Complexo Regulador Estadual.

Urgências Hospitalares

O atendimento às urgências e emergências será de porta aberta e referenciada, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24h, nas especialidades médicas: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia/Obstetrícia e Ortopedia e

Traumatologia.

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.

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

6.3.6. Quadro de pessoal Técnico por área de atividade profissional (por especialidade), compatível com as atividades do Plano de Trabalho.

O dimensionamento de Pessoal Técnico por área de Atividade Profissional definido para o Hospital será:

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM				
ENFERMEIRO	COORDENAÇÃO	CLINICO RT	1	CLT
ENFERMEIRO	ASSITENCIAL	CLINICO	12	CLT
ENFERMEIRO	ASSITENCIAL	CIRÚRGICO	4	CLT
ENFERMEIRO	ASSISTENCIAL	OBSTETRÍCIA	4	CLT
ENFERMEIRO	ASSISTENCIAL	P.S.	4	CLT
ENFERMEIRO	CENTRO CIRURGICO	INSTRUMENTADOR	6	CLT
ENFERMEIRO	CENTRO CIRURGICO	RPA	4	CLT
ENFERMEIRO	CORDENAÇÃO	UTI RT	1	CLT
ENFERMEIRO	ASSISTENCIAL	UTI	4	CLT
ENFERMEIRO	COORDENAÇÃO	NIR	1	CLT
ENFERMEIRO	ASSINTENCIAL	NIR	4	CLT
ENFERMEIRO	COORDENAÇÃO	QUALIDADE	1	CLT
ENFERMEIRO	COORDENAÇÃO	CME	1	CLT
ENFERMEIRO	COORDENAÇÃO	CCIH	1	CLT
ENFERMEIRO	GERENCIA	RT	1	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	UTI	20	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	CLINICO	12	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CENTRO CIRURGICO	ELETIVO	12	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	OBSTETRÍCIA	8	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	INTERNAÇÃO	NEONATAL	4	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	URGENCIA-EMERGÊNCIA	P.S.	16	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CENTRO CIRURGICO	RPA	6	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	CME	8	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	CCIH	1	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	QUALIDADE	1	CLT
TECNICO DE HEMODIALISE	ASSISTENCIAL	HEMODIALISE	2	
TOTAL			**139**	

COORDENAÇÃO DE FARMACIA			
COORDENAÇÃO DE FARMACIA	CAF	1	
FARMACÊUTICO	CAF	4	CLT
TÉCNICO DE FARMÁCIA	CAF	8	CLT
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CAF	4	CLT
TOTAL		**17**	
COORDENAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS			
FISIOTERAPEUTA	EQUIPE MULTI	5	CLT
NUTRICIONISTA	EQUIPE MULTI	1	CLT
ASSISTENTE SOCIAL	EQUIPE MULTI	4	CLT
PSICOLOGO	EQUIPE MULTI	2	CLT
FONAUDIOLOGA	EQUIPE MULTI	2	CLT
TOTAL		**14**	

DIRETORIA ADMINISTRATIVO FINANCEIRA			
COORDENAÇÃO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVO			
COORDENADOR GESTÃO DE PESSOAS	ADM	1	CLT
ASSISTENTE DEPARTAMENTO PESSOAL	ADM	2	CLT
COORDENADOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ADM	1	CLT
ANALISTA DE SUPORTE	ADM	2	CLT
TÉCNICO DE INFORMÁTICA	ADM	4	CLT
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SAME	4	CLT
COORDENADOR OUVIDORIA	S A U	1	CLT
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	S A U	2	CLT
ANALISTA DE COMPRAS E SUPRIMENTOS	COMPRAS	1	CLT
COORDENADOR ADMINSTRATIVO	ADM	1	CLT
ANALISTA ADMINISTRATIVO FINANCEIRO	ADM	2	CLT
ANALISTA DE FATURAMENTO	FAT	1	CLT
AUXILIAR DE FATURAMENTO	FAT	3	CLT
TOTAL		**25**	
COORDENAÇÃO DE APOIO OPERACIONAL			
COORDENADOR DE MANUTENÇÃO	OPERACIONAL	1	CLT
TÉCNICO DE MANUTENÇÃO	OPERACIONAL	3	CLT
MOTORISTA	OPERACIONAL	1	CLT
AUXILIAR DE LAVANDERIA	OPERACIONAL	3	CLT
COSTUREIRA	OPERACIONAL	1	CLT
COORDENADOR DE SERVIÇOS DE CONSERVAÇÃO	OPERACIONAL	1	CLT
AULIXIAR DE SERVIÇOS GERAIS E DE HIGIENIZAÇÃO	OPERACIONAL	20	CLT
JARDINANEIRO / CONSERVAÇÃO	OPERACIONAL	2	CLT
TOTAL		**32**	

6.3.7. Protocolos de Enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME, bloco cirúrgico.

Os protocolos de enfermagem a serem utilizados nas áreas de internação /enfermarias e UTI estão relacionados abaixo e já foram descritos no item que trata dos protocolos de enfermagem nas áreas de Ambulatório e Urgência. Portanto, não será necessário repetí-los.

Protocolos de Enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas: Internação/enfermaria; UTI.	
POP 01	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO
POP 02	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA NASOGÁSTRICA/ENTERAL
POP 03	APLICAÇÃO DE COMPRESSA FRIA
POP 04	APLICAÇÃO DE COMPRESSA MORNA
POP 05	TROCA DE SOLUÇÃO DO DRENO DE TÓRAX
POP 06	VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)
POP 07	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ENDOTRAQUEAIS SISTEMA FECHADO
POP 08	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ENDOTRAQUEAIS SISTEMA FECHADO – TRAQUEOSTOMIAS PORTEX E RUSH
POP 09	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ORAIS E NASAIS
POP 10	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS
POP 11	ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO
POP 12	BANHO DE ASPERSÃO COM AJUDA
POP 13	BANHO NO LEITO
POP 14	COLETA DE FEZES PARA EXAME PROTOPARASITOLOGICO
POP 15	COLETA DE URINA DE 24 HORAS
POP 16	COLETA DE URINA PARA ANÁLISE BIOQUÍMICA
POP 17	COLETA DE URINA PARA UROCULTURA
POP 18	COLOCAÇÃO E RETIRADA DE BINGO/PAPAGAIO

POP 19	COLOCAÇÃO E RETIRADA DE COMADRE / APARADEIRA

POP 20	CONFERÊNCIA DE CARRINHO DE PARADA
POP 21	CONTROLE DA GLICEMIA
POP 22	CONTROLE DA RESPIRAÇÃO
POP 23	CONTROLE DE PULSO
POP 24	CUIDADO AO PACIENTE COM PEDICULOSE
POP 25	CURATIVO DE CATETERES, INTRODUTORES E FIXADORES EXTERNOS
POP 26	CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA SIMPLES
POP 27	CURATIVO DE INCIÇÃO CIRÚRGICA COM DEISCÊNCIA E/OU SAÍDA DE SECREÇÃO
POP 28	CURATIVO DE INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL
POP 29	ENCAMINHAMENTO DE MATERIAL PARA EXAME (BIOLÓGICO)
POP 30	HIGIENE ORAL
POP 31	HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS
POP 32	LAVAGEM DE CABEÇA
POP 33	LAVAGEM GÁSTRICA
POP 34	LAVAGEM INTESTINAL
POP 35	LAVAGEM VESICAL
POP 36	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE COLCHÕES HOSPITALARES
POP 37	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ESFIGMOMANÔMETRO
POP 38	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ESTETOSCÓPIO
POP 39	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS
POP 40	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA
POP 41	NORMAS BÁSICAS DE MEDICAÇÃO
POP 42	OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL
POP 43	OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI
POP 44	OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA FACIAL
POP 45	PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE
POP 46	PREPARO DO LEITO SEM PACIENTE
POP 47	PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO
POP 48	RETIRADA DE CATÉTER VENOSO CENTRAL
POP 49	SONDAGEM NASOGÁSTRICA
POP 50	SONDAGEM NASOENTERAL

POP 51	SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO
POP 52	SONDAGEM VESICAL DE DEMORA

Protocolos de Enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) na área: Bloco Cirúrgico	
POP 01	RECEPÇÃO DE PACIENTES NO CENTRO CIRÚRGICO
POP 02	MONTAGEM DA SALA DE OPERAÇÃO
POP 03	CIRCULAÇÃO DA SALA DE OPERAÇÃO
POP 04	TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE PARA A SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)
POP 05	ADMISSÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)
POP 06	DESMONTAGEM DA SALA DE OPERAÇÃO
POP 07	LIMPEZA TERMINAL DO CENTRO CIRÚRGICO
POP 08	LIMPEZA SEMANAL DO CENTRO CIRÚRGICO
POP 09	LIMPEZA CONCORRENTE DO CENTRO CIRÚRGICO
POP 10	MARCAÇÃO DE CIRURGIA
POP 11	PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO DE DOENÇAS EM CENTRO CIRÚRGICO
POP 12	UTILIZAÇÃO DO BISTURI ELÉTRICO
POP 13	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)
POP 14	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES CARDÍACAS NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)
POP 15	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)
POP 16	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HIPOTERMIA NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)
POP 17	SOLICITAÇÃO DE MATERIAL AO CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME)
POP 18	ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COORDENADOR
POP 19	ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL
POP 20	ATRIBUIÇÕES DOS CIRCULANTES
POP 21	ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA PERI OPERATÓRIA
POP 22	ORGANIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS, ROUPAS SUJAS E RESÍDUOS INFECTANTES (SÓLIDOS)

POP 01 - RECEPÇÃO DE PACIENTES NO CENTRO CIRÚRGICO

1 - FINALIDADE: Promover a recepção de pacientes ambulatoriais ou não no Centro Cirúrgico.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro/Técnico em Enfermagem

1. Receber o paciente, identificando-o e se identificando;
2. Verificar prontuário e exames anexos do paciente, registrando em protocolo específico;
3. Registrar no prontuário o horário de chegada e condições clínicas do paciente;
4. Confirmar a realização dos procedimentos pré-operatórios indicados para a cirurgia proposta, tais como: jejum, tricotomia, administração de pré-anestésicos, retirada de prótese, alergia medicamentosa, etc;
5. Lavar as mãos;
6. Verificar e registrar os sinais vitais;
7. Realizar punção venosa e administrar medicação, conforme prescrição médica;
8. Confirmar a reserva de bolsas de sangue no banco de sangue;
9. Confirmar reserva de leito na UTI, conforme solicitação do anestesista.

5 - PERIODICIDADE

Para cada novo paciente admitido no Centro Cirúrgico do Hospital.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Prontuário, Protocolo específico, Prescrição Médica, Exames realizados.

7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

1. Na admissão no Centro Cirúrgico, o paciente deverá estar acompanhado do prontuário e dos exames médicos solicitados;
2. Em se tratando de pacientes ambulatoriais, conferir a documentação necessária, atentar que, para este tipo de paciente, inexiste o prontuário.

POP 02 - MONTAGEM DA SALA DE OPERAÇÃO

1 - OBJETIVO: Promover a preparação da sala de cirurgia deixando-a pronta para a realização da cirurgia marcada.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Técnicos de Enfermagem.

4- ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico em Enfermagem

1. Lavar as mãos;
2. Certificar-se do material e equipamentos solicitados;
3. Verificar as condições de limpeza da sala, antes de equipá-la com materiais e equipamentos;
4. Testar o funcionamento elétrico, focos de luz, equipamentos utilizados para anestesia, tomadas elétricas, mesa cirúrgica;
5. Providenciar os materiais descartáveis e medicações, também checando a validade da esterilização;
6. Dispor materiais e medicações em mesa auxiliar de acordo com a anestesia a ser realizada;
7. Prover impressos utilizados em sala cirúrgica;
8. Dispor os materiais necessários no carro de anestesia: cânula de Guedell, laringoscópio com lâminas testadas, cânulas de intubação, seringas, esparadrapo, estetoscópio, etc.

5 -PERIODICIDADE

Para cada nova cirurgia a ser realizada.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Cânula de Guedell, Laringoscópio com lâminas testadas, Cânulas de intubação, Seringas, Esparadrapo, Estetoscópio e outros necessários de acordo com a solicitação feita, Impressos.

7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

O Técnico deve certifica-se com atenção no mapa da cirurgia programada para a Sala de Operação (S.O) sob sua responsabilidade; atentando para identificação do paciente.

O técnico deve preparar a S.O com os materiais necessários para a realização da cirurgia.

POP 03 - CIRCULAÇÃO DA SALA DE OPERAÇÃO

1 - OBJETIVO: Disciplinar a Circulação na Sala de Operação.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

4 - AGENTES: Técnicos de Enfermagem.

5 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico em Enfermagem

1. Lavar as mãos;
2. Receber o paciente, apresentando-se e conferindo sua identificação;
3. Registrar a chegada e as condições clinica do paciente;
4. Conferir exames dos pacientes;
5. Transferir paciente para mesa cirúrgica;
6. Realizar monitorização do paciente, instalando oxímetro, monitor cardíaco, aparelho de PA;
7. Posicionar a placa dispersiva em local adequado, caso o bisturi elétrico seja utilizado;
8. Iniciar a abertura dos pacotes usando técnica asséptica. Observar os integradores internos dos pacotes e anexá-los ao prontuário do paciente;
9. Auxiliar na indução anestésica (punção de veia e fornecimento de materiais de acordo com anestesia proposta);
10. Posicionar o paciente, utilizando técnicas adequadas, recursos de proteção e faixas de segurança;

Conforme procedimento cirúrgico e com auxílio da equipe anestésica e cirúrgica;

11. Auxiliar na paramentação da equipe;
12. Ligar o bisturi elétrico, conectando também o fio da placa dispersiva que está aderida ao paciente;
13. Conectar a extremidade da borracha estéril à extensão do aspirador à vácuo e ligá-lo;
14. Aproximar os hampers da equipe para desprezar compressas sujas, gazes, embalagens descartáveis e outros objetos. Os hampers devem ter sacos plásticos brancos identificados para lixo infectado;
15. Aproximar do cirurgião bancos e pedais dos equipamentos e fornecer estrados;
16. Estar atento às solicitações da equipe e ao funcionamento dos equipamentos durante todo o procedimento;

17. Preencher os impressos de evolução de enfermagem e folha de consumo. Utilizar carimbo de identificação com o número de registro do COREN;

18. Suprir a Sala de Operação (S.O) dos materiais solicitados durante cirurgia;

19. Checar nome, registro, grupo sanguíneo do paciente e da bolsa de sangue, quando o paciente necessitar de transfusão; Atentar para registrar no prontuário, o tipo de sangue, quantidade, data,etc.

20. Identificar peças anátomo-patológicas, quando existirem;

21. Conferir o número de compressas;

22. Ao final do procedimento, auxiliar nos curativos cirúrgicos;

23. Registrar término cirúrgico;

24. Registrar cirurgia no livro de pequenas, médias e grandes cirurgias.

6 - PERIODICIDADE

Para cada cirurgia realizada.

7 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Exames, Oxímetro, Monitor cardíaco, Aparelho de PA, Placa dispersiva, Bisturi elétrico, Aspirador a vácuo, Hamper, Folha de Evolução de Enfermagem, Folha de Consumo, Prontuário, Livro de Cirurgias.

8 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

1. O circulante deverá usar roupas privativas, máscara cirúrgica e outros Equipamentos de Proteção

Individual (EPI´s) quando necessário;

2. O circulante deve suprir a S.O dos materiais necessários;

3. Evitar aberturas desnecessárias da porta da S.O, mantendo-a sempre fechada durante o procedimento cirúrgico;

POP 04 - TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE PARA A SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)

1 - OBJETIVO: Promover a transferência do paciente cirúrgico para a Sala de Recuperação Pós Anestésica.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Técnicos de Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico em Enfermagem

1. Remover campos e lençóis úmidos que estão sobre o paciente e cobri-lo com lençóis, cobertores, garantindo seu aquecimento e privacidade;
2. Registrar os sinais vitais do paciente;
3. Retirar monitorização do paciente, após avaliação do anestesista;
4. Transportar o paciente para maca, cuidando para que infusões, curativos, sondas e drenos não sejam tracionados;
5. Organizar o paciente com os impressos e exames, encaminhando-os com o paciente para a Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA);
6. Retornar à sala e iniciar a desmontagem.

5 - PERIODICIDADE

Quando for autorizado pela Equipe Médica e pelo Anestesista.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Lençóis, Cobertores, Impresso (Registro de Sinais Vitais do Paciente), Exames.

7 - OBSERVAÇÕES/CONSIDERAÇÕES

1. O paciente cirúrgico deve ser transferido para SRPA após autorização do anestesista;
2. O paciente dever ser transferido para SRPA em maca e devidamente protegido.

POP 05 - ADMISSÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)

1 - OBJETIVO: Promover a admissão e a assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico na SRPA.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3- AGENTES: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro/Técnico em Enfermagem

1. Registrar horário da chegada do paciente na RPA (Recuperação Pós Anestésica);

2. Lavar as mãos;

3. Observar e registrar as condições clínicas do paciente na chegada: estado de consciência e atividade, frequência respiratória, expansibilidade torácica, pulso, frequência cardíaca, temperatura e saturação de O2;

4. Lavar as mãos;

5. Controle dos sinais vitais a cada 15 minutos na primeira hora e após a primeira hora, a cada 30 minutos;

6. Lavar as mãos;

7. Administrar de medicações conforme prescrição e necessidade apresentada pelo paciente, efetuando seu correto registro;

8. Manutenção da permeabilidade de cateteres, sondas e drenos;

9. Registro de toda e qualquer intercorrência apresentada pelo paciente, bem como a conduta tomada;

10. Comunicar ao anestesista qualquer intercorrência observada;

11. Conferir se no prontuário do paciente constam exames trazidos / realizados pelo mesmo;

12. Observar e registrar condições clínicas do paciente no momento da alta e do encaminhamento;

13. Registrar horário de saída do paciente da SRPA;

II. Técnico em Enfermagem

14. Proceder limpeza do leito do paciente com compressa umedecida com álcool a 70%;

5 - PERIODICIDADE

Sempre que o paciente for admitido na Sala de Recuperação Pós Anestésica e necessitar de assistência da enfermagem.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Prescrição Médica, Impresso de Assistência da Enfermagem (com o registro dos sinais vitais do paciente).

7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

1. Na SRPA, o paciente deverá ficar sob observação contínua até que seja transferido para outro setor.

POP 06 - DESMONTAGEM DA SALA DE OPERAÇÃO

1 - OBJETIVO: Promover a desmontagem da Sala de Operação.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Técnicos de Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico em Enfermagem

1. Reunir todos os materiais não usados (estéreis) colocando-os em carro para devolução ao Centro de Material Esterilizado (CME);

2. Calçar luvas de procedimentos;

3. Retirar materiais pérfuro-cortante descartando-os em caixa própria;

4. Recolher caixa de pérfuro-cortante quando atingir sua capacidade, lacrando-a;

5. Recolher em hamper campos, compressas e outros revestimentos da Sala de Operação (SO). Assegurar-se de que não houve esquecimento de instrumentos entre os campos, antes de encaminhar os tecidos para lavanderia;

6. Retirar instrumentos das mesas colocando em suas respectivas caixas, contando o número de peças. As pinças não deverão ser fechadas exceto as de campos (Backaus). Os materiais mais leves deverão ser colocados sobre os mais pesados evitando danos;

7. Aspirar com o aspirador os líquidos restantes em mesas como soros e antissépticos. Não desprezar em lixo ou hamper;

8. Retirar os acessórios dos aparelhos como placa do bisturi elétrico, frascos de aspiração, conexões.

9. Avisar aos funcionários da limpeza para retirada de lixo, troca dos sacos plásticos e limpeza do chão;

10. Proceder à limpeza concorrente e montagem para próxima cirurgia, conforme orientação do enfermeiro.

5 - PERIODICIDADE

A desmontagem da S.O deve ser realizada após a saída do paciente e antes da limpeza

concorrente.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Materiais Estéreis não usados (devolvidos ao CME), Instrumentos cirúrgicos utilizados, Aspirador.

POP 07 - LIMPEZA TERMINAL DO CENTRO CIRÚRGICO

1 - OBJETIVO: Promover a Limpeza Terminal do Centro Cirúrgico.

2- SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Técnicos de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico em Enfermagem

1. Lavar as mãos;
2. Iniciar do local mais limpo para o mais sujo, utilizando Equipamentos de proteção Individual (EPI's) adequados;
3. Realizar limpeza do mobiliário, focos, equipamentos como monitores, carros de anestesia, mesa cirúrgica,

leitos da Sala de Recupeção Pós Anestésica (SRPA) e etc, com compressa umedecida com álcool à 70%;

4. Recolher o material usado encaminhado ao expurgo;
5. Proceder à montagem da Sala de operação (S.O.).

5 - PERIODICIDADE

Deverá ser realizada diariamente após o término do último procedimento cirúrgico do dia;

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Álcool a 70%, EPI's adequados, Panos umedecidos

POP 08 - LIMPEZA SEMANAL DO CENTRO CIRÚRGICO

1 - OBJETIVO: Promover a Limpeza Semanal do Centro Cirúrgico.

2 -SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Executor de Serviços Básicos, Técnicos de Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Executor de Serviços Básicos

1. Lavar as mãos;

2. Realizar limpeza com água, sabão e/ou álcool à 70% das bancadas, pisos , tetos, pias, banheiros, estantes, armários, portas, paredes, prateleiras, geladeira.

II. Técnico em Enfermagem

1. Realizar a limpeza do mobiliário da Sala de Operação (S.O), Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA), focos, visor, equipamentos, com compressas umedecidas em água e sabão;

2. Remover a solução detergente dos materiais acima citados, com compressas umedecidas em água;

3. Proceder a desinfecção com compressas umedecidas em álcool à 70%, a mesma deverá ser realizada em todas as salas (setores) que compõem o centro cirúrgico;

4. Reunir instrumentais vencidos e encaminhá-los ao Centro de Material Esterilizado (CME), e as roupas deverão ser encaminhadas à lavanderia.

5 - PERIODICIDADE

A limpeza semanal deverá ser acrescida da limpeza dos vidros, das áreas administrativas (Posto de Enfermagem), arsenal, copa, almoxarifado, sala de desinfecção química, sala de equipamentos, farmácia interna; enfim todas as áreas que compõem a unidade;

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Álcool a 70%, EPI’s adequados, Panos umedecidos, Sabão, Água, Solução Detergente

POP 09 - LIMPEZA CONCORRENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

1 - OBJETIVO: Promover a Limpeza Semanal do Centro Cirúrgico.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Executor de Serviços Básicos, Técnicos de Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico em Enfermagem

1. Prover-se dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) adequados;

2. Retirar instrumentais, equipamentos, roupas, acessório e material pérfuro-cortante;

3. Limpar com compressas umedecidas em álcool etílico à 70% o mobiliário, acessórios, equipamentos e focos;

4. Recolher instrumental, acessórios do carro de anestesia utilizados e encaminhá-los ao expurgo.

II. Executor de Serviços Básicos

1. Colocar no hamper toda roupa suja;

2. Recolher a roupa suja do hamper e encaminhá-la ao expurgo.

5 - PERIODICIDADE

Deverá ser realizada imediatamente após o término de uma cirurgia e início da outra, para remoção de sujidade e matéria orgânica presente nos instrumentais, acessórios de equipamentos, roupas e lixo;

Após procedimentos infectados ou de longa duração, recomenda-se que se utilizem os critérios de limpeza terminal, que inclui a limpeza total das paredes e do teto;

Ao termino da limpeza, proceder à montagem da Sala de Operação (S.O) de acordo com o procedimento cirúrgico subsequente.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Álcool a 70%, EPI's adequados

POP 10 - MARCAÇÃO DE CIRURGIA

1 - OBJETIVO: Promover a marcação de Cirurgia no Centro Cirúrgico, observando todos os procedimentos necessários.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Cirurgião, Médicos, Enfermeiro, Anestesista, Secretaria de Clínica.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Cirurgião / Médicos

1. Solicitar marcação de cirurgia por escrito em impresso próprio (aviso de sala), onde consta o nome do procedimento, data e horário, materiais, medicamentos e equipamentos necessários;

II. Enfermeiro

2. Confirmar a marcação das cirurgias mediante avaliações funcionais (sala, tempo de cirurgia, etc.);

III. Médicos

3. Agendar as cirurgias de pacientes oriundos de outro serviço de saúde;

IV. Cirurgião / Anestesista / Médico

4. Solicitar concentrado de hemácias e/ou outros componentes para a cirurgia;

V. Secretaria de Clínica

5. Distribuir o mapa cirúrgico aos setores (Clínicas Cirúrgica I e II, Centro de Material esterilizado (CME), lavanderia, admissão) até às 11 horas do dia que antecede as cirurgias;

VI. Cirurgião / Médicos

6. Encaminhar ao enfermeiro do setor, as alterações no mapa cirúrgico com antecedência de 24 horas, caso contrário, o procedimento em questão não será realizado;

7. Orientar o preparo pré-operatório (sangue, consulta pré-anestésica, etc.) no ato da indicação cirúrgica;

VII. Médicos

8. Verificar a disponibilidade de vaga em enfermarias perante a admissão.

5 - PERIODICIDADE

1 Os procedimentos cirúrgicos deverão ser marcados no mapa somente com comunicação prévia do enfermeiro responsável;

2 Materiais específicos para realização de algumas cirurgias devem ser solicitados previamente a enfermeira responsável;

3 As cirurgias de urgências / emergência dos pacientes internos, terão prioridades sobre todos os demais procedimentos.

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Impresso (aviso de sala), Mapa Cirúrgico.

POP 11 - PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO DE DOENÇAS EM CENTRO CIRÚRGICO

1 - OBJETIVO: Estabelecer medidas utilizadas com a finalidade de manter o ambiente seguro e asséptico para realização do ato anestésico e cirúrgico, com o objetivo de reduzir o número de contaminação e disseminação de infecções no centro cirúrgico.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Enfermeiro, Técnico em Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico em Enfermagem

1. Lavar as mãos;
2. Realizar limpeza entre uma cirurgia e outra, na mesa cirúrgica, acessórios, aparelho de anestesia, mesa de instrumental;
3. Desprezar os fluídos no expurgo;
4. Selecionar os materiais da Sala de Operação (S.O), entre materiais para lavanderia (roupa), expurgo (instrumental), lixo e pérfuro-cortante.

II. Enfermeiro/Técnico em Enfermagem

5. Trocar os circuitos de anestesia de paciente para paciente.

5 - PERIODICIDADE

As Medidas de Prevenção devem ser adotadas de maneira sistemática;
As Medidas devem ser intensificadas entre uma cirurgia e outra.

6 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

1. Usar uniforme privativo, trocando quando necessário (cirurgias contaminadas);
2. Usar propés nas áreas restritas e semi-restritas e trocá-los quando úmidos ou sujos por sangue, secreções e durante a desinfecção terminal da sala;
3. Usar máscara cirúrgica cobrindo boca e nariz;
4. Usar óculos de proteção com o objetivo de isolar a mucosa ao realizar cuidados em paciente
5. Usar aventais de chumbo quando da realização de cirurgias com radiação;
6. Manter número de pessoas reduzido na Sala de Operação.

POP 12 - UTILIZAÇÃO DO BISTURI ELÉTRICO

1 - OBJETIVO: Estabelecer medidas para utilização de Bisturi Elétrico.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Enfermeiro, Técnico em Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico em Enfermagem

1. Colocar a placa dispersiva (afastada de próteses metálicas) no paciente em área de massa muscular (panturrilha, face posterior da coxa, glúteos) próxima ao sítio cirúrgico. Utilizar gel para aumentar a condutibilidade;
2. Manter paciente sobre superfície seca, sem contato com partes metálicas da mesa cirúrgica;
3. Atentar para o risco de combustão quando houver uso de substâncias inflamáveis como antisépticos e anestésicos;
4. O plug do cabo do bisturi não deve ficar sob o corpo do paciente para causar lesão de pele devido a pressão;

II. Enfermeiro /Técnico em Enfermagem

5. Manter desfibrilador pronto para uso em pacientes portadores de marcapasso.

5 - PERIODICIDADE

De acordo com o procedimento a ser realizado faz-se necessária a utilização de bisturi elétrico no paciente.

6 - OBSERVAÇÕES/CONSIDERAÇÕES

1. O bisturi elétrico deve ser utilizado de forma que não comprometa a segurança do paciente.

POP 13 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)

1 - OBJETIVO: Proceder a assistência de enfermagem ao paciente que apresentou complicações respiratórias na srpa.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico

3 - AGENTES: Enfermeiro, Técnico em Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro /Técnico em Enfermagem

1. Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da frequência respiratória;
2. Elevar o decúbito;
3. Aumentar a oferta de O2;
4. Solicitar realização de respiração profunda;
5. Aspirar a secreção orotraqueal;
6. Administrar medicamentos prescritos;
7. Providenciar material para intubação e/ou ventilação do paciente, se necessário;
8. Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente, na Folha de Assistência de Enfermagem.

5 - PERIODICIDADE

Sempre que o paciente apresentar complicações respiratórias na SRPA;

6 -OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

O paciente deve ser monitorado com oxímetro de pulso;

O paciente deve ser monitorado quanto aos sinais de insuficiência respiratória.

POP 14 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES CARDÍACAS NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)

1 - OBJETIVO: Proceder a assistência de enfermagem ao paciente que apresentou complicações cardíacas na SRPA.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico

3 - AGENTES: Enfermeiros, Técnico em Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro e Técnico em Enfermagem

1. Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da frequência cardíaca;
2. Manter paciente normotérmico;
3. Administrar medicamentos prescritos;
4. Providenciar material para atendimento de urgência;
5. Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente na Folha de Registro de Enfermagem;

5 - PERIODICIDADE

Sempre que o paciente apresentar complicações cardíacas na SRPA;

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Prescrição Médica, Folha de Registro de Enfermagem.

7 - OBSERVAÇÕES /CONSIDERAÇÕES

1. O paciente deve ser monitorado com oxímetro de pulso, eletrodos e aparelho de PA;
2. O paciente deve ser observado quanto aos sinais de parada cardíaca.

POP 15 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)

1 - OBJETIVO: Proceder a assistência de enfermagem ao paciente no choque Hipovolêmico na SRPA.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico

3 - AGENTES: Enfermeiros, Técnico em Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro e Técnico em Enfermagem

1. Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da saturação de O2;
2. Repor líquidos de acordo com prescrição médica;
3. Elevar membros inferiores;
4. Providenciar material para atendimento de urgência;
5. Manter acesso venoso adequado;
6. Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente na Folha de Assistência da Enfermagem.

5 - OBSERVAÇÕES /CONSIDERAÇÕES

Monitorizar o paciente com oxímetro de pulso e aparelho de PA.

POP 16 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HIPOTERMIA NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)

1 -OBJETIVO: Proceder a assistência de enfermagem ao paciente com hiportermia na SRPA, mantendo o paciente aquecido com cobertores.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Enfermeiros, Técnico em Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro /Técnico em Enfermagem;

1. Lavar as mãos;
2. Monitorizar os sinais vitais;
3. Controlar a temperatura frequentemente;
4. Administrar soro aquecido, conforme prescrição médica;
5. Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente na Folha de Assistência de Enfermagem.

5 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Folha de Assistência de Enfermagem, Prescrição Médica.

POP 17 - SOLICITAÇÃO DE MATERIAL AO CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME)

1 - OBJETIVO: Realizar o pedido de material ao Centro de Material Esterilizado (CME).

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Enfermeiros, Técnico em Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro

1. Verificar no mapa cirúrgico os tipos e a quantidade de cirurgias;

2. Verificar o estoque de material no arsenal;

3. Solicitar os materiais em impresso próprio até às 15:00 horas. Em Caso de urgência/emergência e na ausência da enfermeira, os materiais podem ser solicitados pelos técnicos de enfermagem em outros horários.

II. Enfermeiro /Técnico em Enfermagem

4. Receber o material e conferir o pedido;

5. Armazenar o material de forma adequada.

5 - PERIODICIDADE

1. A solicitação de materiais ao CME deve ser realizada diariamente pelo (a) enfermeiro (a) do
2. Centro Cirúrgico;
3. Os materiais devem ser solicitados um dia antes da realização do procedimento cirúrgico;

6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS

Mapa Cirúrgico, Impresso de Solicitação de Material ao CME

POP 18 - ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COORDENADOR

1 - OBJETIVO: Estabelecer as diretrizes e atribuições do Enfermeiro Coordenador no ambiente do Centro Cirúrgico.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Enfermeiro Coordenador

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro Coordenador

1. Participar da elaboração de normas, rotinas e procedimentos do setor;

2. Fazer cumprir as normas e regulamentos da instituição e rotinas;

3. Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os, supervisionar a confecção do mapa cirúrgico diário;

4. Elaborar escalas mensais dos funcionários;

5. Atuar e coordenar atendimentos em situações de emergências;

6. Identificar os problemas de enfermagem existentes e encaminhar propostas de soluções à Coordenação de Enfermagem;
7. Zelar pelas condições ambientais de segurança, visando o bem estar do paciente e da equipe interdisciplinar;
8. Participar do planejamento de reformas e / ou construção da planta física do setor;
9. Participar do processo de integração e treinamento admissional dos funcionários;
10. Realizar avaliação de desempenho da equipe de enfermagem conforme norma da instituição;
11. Orientar, supervisionar e avaliar o uso adequado de materiais e equipamentos garantindo o uso correto dos mesmos.
12. Planejar e executar educação em serviço;
13. Participar do processo de padronização de materiais/medicações do setor.

POP 19 - ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

1 - OBJETIVO: Estabelecer as diretrizes e atribuições do Enfermeiro Assistencial no ambiente do Centro Cirúrgico.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Enfermeiro Assistencial.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro Assistencial

1. Prever e prover o Centro Cirúrgico de recursos humanos e materiais necessários ao atendimento em sala de operação;
2. Supervisionar as ações dos profissionais da equipe de enfermagem;
3. Checar a programação cirúrgica diariamente;
4. Realizar escala diária de atividades dos funcionários;
5. Orientar a desmontagem da sala cirúrgica e o encaminhamento de materiais especiais;
6. Conferir junto as equipes cirúrgicas a necessidade de materiais implantáveis necessários ao procedimento cirúrgico;

7. Priorizar o atendimento aos pacientes de acordo com o grau de complexidade clínico e cirúrgico;

8. Checar materiais e equipamentos necessários ao ato cirúrgico;

9. Manter ambiente cirúrgico seguro tanto para o paciente quanto para a equipe multiprofissional;

10. Recepcionar o paciente no Centro Cirúrgico, certificando-se do correto preenchimento dos impressos próprios do Centro Cirúrgico, prontuário e exames pertinentes ao ato cirúrgico;

11. Auxiliar na transferência do paciente da maca para a mesa cirúrgica, certificando-se do correto posicionamento de cateteres, sondas e drenos;

12. Colaborar no ato anestésico, caso haja necessidade;

13. Realizar sondagem vesical (de acordo com o protocolo de cateterização vesical);

14. Prestar assistência ao término do procedimento cirúrgico e anestésico;

15. Realizar e / ou auxiliar na realização do curativo cirúrgico (de acordo com o protocolo de curativos);

16. Auxiliar na transferência do paciente da mesa cirúrgica para a maca realizando breve inspeção física para detectar possíveis eventos adversos e certificando-se do correto posicionamento de cateteres, sondas e drenos;

17. Encaminhar o paciente para Recuperação Pós-Anestésica (RPA);

18. Informar as condições clínicas para o enfermeiro da Clínica Cirúrgica e ou UTI, acompanhando o paciente sempre que possível.

POP 20 - ATRIBUIÇÕES DOS CIRCULANTES

1 - OBJETIVO: Estabelecer as diretrizes e atribuições dos Técnicos de Enfermagem no ambiente do Centro Cirúrgico.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Técnicos s de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnicos de Enfermagem

1. Assumir o plantão conforme regra institucional;

2. Lavar as mãos;

3. Prover as salas cirúrgicas com material e equipamentos adequados, de acordo com o tipo de cirurgia necessidade do paciente;
4. Receber o paciente na sala de operação, auxiliando-o na passagem para a mesa cirúrgica;
5. Auxiliar o anestesista na realização do ato anestésico, proporcionando conforto e segurança ao paciente;
6. Disponibilizar materiais para a equipe cirúrgica com técnica asséptica;
7. Auxiliar na paramentação da equipe cirúrgica;
8. Controlar material usado nas cirurgias: compressas, gazes, etc;
9. Encaminhar peças, exames e outros pedidos realizados no transcorrer das cirurgias;
10. Providenciar o preenchimento adequado das folhas de consumo de materiais gastos na cirurgia;
11. Prestar assistência ao término do procedimento cirúrgico e anestésico;
12. Registrar o transoperatório no prontuário do paciente;
13. Promover a ordem e limpeza, favorecendo condição asséptica da S.O (Sala de Operação) durante o ato anestésico-cirúrgico;
14. Transferir o paciente da mesa cirúrgica para a maca, observando correto posicionamento de cateteres, sondas e drenos;
15. Encaminhar o paciente para a Recuperação Pós-Anestésica (RPA);
16. Informar as condições clínicas para o técnico da RPA;
17. Realizar desmontagem da S.O.;
18. Realizar a limpeza concorrente;
19. Notificar o enfermeiro responsável sobre possíveis intercorrências;
20. Comunicar ao enfermeiro defeitos em equipamentos e materiais;
21. Auxiliar o auxiliar de limpeza, se necessário na limpeza terminal conforme rotina do setor.

POP 21 - ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA PERI OPERATÓRIA

1 - OBJETIVO: Estabelecer as diretrizes e atribuições dos Técnicos em Enfermagem no ambiente do Centro Cirúrgico.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Técnico em Enfermagem.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico em Enfermagem

1. Administrar a medicação prescrita, fazer curativos simples e controlar os sinais vitais de acordo com os protocolos da unidade;
2. Executar tratamentos diversos tais como: lavagens, aspirações, nebulizações e outros de acordo com a prescrição médica;
3. Colher material para exame de laboratório de acordo com a solicitação médica em impresso próprio e conforme regulamentação do exercício profissional da enfermagem;
4. Auxiliar o médico durante a realização de exames e tratamentos;
5. Operar o equipamento de esterilização;
6. Fazer anotações no prontuário das observações e cuidados prestados;
7. Atender ao público e cumprir normas em geral;
8. Auxiliar nas intervenções cirúrgicas, dispor os instrumentos cirúrgicos sobre a mesa apropriada;
9. Testar pinças anatômicas, hemostáticas e outros instrumentos cirúrgicos eletrônicos;
10. Conferir o material cirúrgico;
11. Retirar, lavar, secar, lubrificar todo material cirúrgico;
12. Fazer asseios nos pacientes.

POP 22 - ORGANIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS, ROUPAS SUJAS E RESÍDUOS INFECTANTES (SÓLIDOS)

1 - OBJETIVO: Estabelecer normas para a organização dos instrumentos, roupas sujas e resíduos infectantes (sólidos) provenientes do Centro Cirúrgico.

2 - SETOR: Centro Cirúrgico.

3 - AGENTES: Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de limpeza.

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Enfermeiro / Médico / Técnico em Enfermagem / Auxiliar de Limpeza, Docentes e Discentes.

1. O material a ser esterilizado na Central de Materiais Esterilizados (CME) deve ser acondicionado em recipiente resistente à perfuração, observando os cuidados para evitar acidentes com materiais perfurocortantes (Ex.: pinças fechadas e bisturi sem a lâmina);

2. Os resíduos sólidos devem ser descartados em sacos plásticos próprios, sem extravasamento de material ou líquido, mantendo a superfície externa limpa;

3. Os materiais perfurocortantes devem ser desprezados em coletores especiais;

4. As roupas sujas devem ser acondicionadas em sacos plásticos especiais, evitando o extravasamento de líquidos e mantendo limpa a superfície externa do saco coletor;

5. O transporte de resíduos sólidos e de roupa suja deve ser feito em carrinhos próprios e fechados.

Protocolos de Enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) na área: CME	
POP 01	CONTROLE DA DATA LIMITE DE USO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS
POP 02	DESINFECÇÃO QUÍMICA DE ARTIGOS COM ÁCIDO PERACÉTICO
POP 03	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE COMADRE, PAPAGAIO E FRASCO DE ASPIRAÇÃO
POP 04	DILUIÇÃO E TESTE DA CONCENTRAÇÃO DO ÁCIDO PERACÉTICO
POP 05	LEITURA DO TESTE BIOLÓGICO
POP 06	PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA E TUBULARES
POP 07	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE CABOS E LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO
POP 08	LIMPEZA MANUAL DOS INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS
POP 09	MONTAGEM DE CARGAS EM AUTOCLAVES A VAPOR
POP 10	PREPARO E EMPACOTAMENTO DE PRODUTOS PARA ESTERILIZAÇÃO
POP 11	TESTE DE BOWIE E DICK
POP 12	PROCESSAMENTO DE ESPONJAS E ESCOVAS DA CME

POP 01 - CONTROLE DA DATA LIMITE DE USO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS

1 - OBJETIVO: Garantir que os materiais sejam utilizados com embalagem íntegra dentro do prazo máximo de vida de prateleira do processo de esterilização.

2 -SETOR: CME

3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Data limite de uso do produto esterilizado: é prazo estabelecido em cada instituição, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado;
- Tecido de algodão- 7 dias
- Embalagem Tyvec e papel grau cirúrgico- validade 06 meses
- Embalagens SMS - validade de 3 meses
- O tempo de vida de prateleira só deve ser considerado se a embalagem estiver íntegra. A perda da esterilidade de um material está associada a eventos relacionados. O usuário deve inspecionar visualmente a integridade da embalagem antes da abertura do pacote.
- Disponibilizar etiquetas com identificação do processo e prazo de validade (3 meses para SMS e 06 meses para papel grau cirúrgico e tyvec) a partir da data de preparo.
- Realizar a conferência de validade dos materiais no tecido de algodão diariamente, e nas demais embalagens, no último final de semana do mês, retirando os materiais a vencerem em 10 dias e todos aqueles que não apresentarem a integridade das embalagens.
- Registrar a quantidade total de materiais vencidos na CME para fins estatísticos.
- Reprocessar os materiais trocando todos os insumos (embalagens, integradores, etiquetas).

POP 02 - DESINFECÇÃO QUÍMICA DE ARTIGOS COM ÁCIDO PERACÉTICO

1 - OBJETIVO: Desinfetar artigos semicríticos de assistência ventilatória que possam ser totalmente imersos na solução.

2 -SETOR: CME

3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Colocar EPI;

- Utilizar recipientes plásticos com tampa para conter os vapores do desinfetante e em tamanho adequado para a imersão dos materiais. Lavar os recipientes com água e sabão a cada troca da solução;
- Imergir somente materiais limpos e secos em solução desinfetante;
- Proceder a imersão total do produto. Desmontar e desconectar peças removíveis, preencher todas as estruturas ocas e lumens para haver contato do desinfetante com a superfície do material;
- Manter materiais leves imersos por meio de estruturas plásticas perfuradas mais pesadas colocadas sobre os mesmos;
- Deixar os produtos na solução desinfetante pelo tempo recomendado pelo fabricante. Cronometrar o tempo a partir da imersão do último item na solução e nesse período não deve ser imerso nenhum material;
- Enxaguar todas as superfícies internas e externas, bem como suas peças removíveis, com grande quantidade de água tratada. Recomenda-se água filtrada com filtro de 0,2 mc. Utilizar nos produtos de assistência ventilatória e endoscópios flexíveis água potável devendo-se proceder a rinsagem dos produtos com álcool a 70%;
- Secar todos os produtos com auxílio de um campo limpo ou descartável macio e sem fiapos. Utilizar pistola de ar para materiais com lúmen, porém evitar usar pressão de ar excessivamente alta em tubulações e canais para evitar danos;
- Registrar o processo de desinfecção, a cada lote, descrevendo o desinfetante utilizado, os horários de imersão e retirada e o profissional executor;
- Embalar os itens desinfetados em sacos plásticos atóxicos selados e colocar em recipientes plásticos com tampa. A data limite de uso será **de 30 dias.**
- Proceder ao carregamento correto, no caso de limpeza e desinfecção automatizada, de modo a expor o máximo possível os componentes ao agente limpante;
- Realizar a secagem em secadora automatizada e com jatos de ar sob pressão
- Armazenar os produtos para assistência respiratória em condições estritas de ambiente limpo e seco. Estocar os itens de preferência ,verticalmente, com o máximo possível de componentes desmontados ,em embalagens individuais;

Optar pela desinfecção com álcool a 70%, após a limpeza mecânica do sensor do analisador de oxigênio, do cabo e da lâmina de laringoscópio. Friccionar toda a superfície do produto por 30 segundos ou com três aplicações sucessivas após a evaporação.

POP 03 - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE COMADRE, PAPAGAIO E FRASCO DE ASPIRAÇÃO

1 - OBJETIVO: Desinfetar artigos que possam ser totalmente imersos no líquido.

2 -SETOR: CME

3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPI;
- Reunir todo o material necessário;
- Fazer a pré-limpeza da comadre e papagaio marreco e frasco de aspirador móvel quando houver resíduos de fezes ou secreções;
- Lavar com água e detergente enzimático, friccionando com esponja ou escova. Secar com tecido limpo;
- Friccionar álcool a 70% por 30 segundos;
- Embalar os materiais, individualmente em plástico ou outro invólucro limpo;
- Identificar o material com data do processamento e validade.

POP 04 - DILUIÇÃO E TESTE DA CONCENTRAÇÃO DO ÁCIDO PERACÉTICO

1 - OBJETIVO:

Instruir o preparo da solução de Ácido Peracético a 0,2% a partir de uma solução a 5%%;
Avaliar a concentração da solução empregando fitas semiquantitativas específicas

2 -SETOR: CME

3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com EPI's requeridos à técnica;

- Verificar o volume final desejado;
- Para preparar a solução de Ácido Peracético a 0,2% a partir de uma solução em concentração a 5%(proporção 1:24 = 1 parte do produto para 24 partes de água), seguir a tabela abaixo:

Volume Final	12 litros	24 litros	36 litros
Água inicial	4 litros	8 litros	12 litros
Ácido peracético	480 ml	960 ml	1440 ml
Água final	7520	15040ml	22560 ml

- Colocar a quantidade 1/3 do volume total de água tratada, deionizada ou de osmose reversa na vasilha de preparo conforme o nível já marcado seguindo o quadro acima;
- Utilizar o frasco graduado para medir e colocar o concentrado de Ácido Peracético nos volumes recomendados acima;
- Completar o nível estabelecido como volume final com água tratada, deionizada ou osmose reversa;
- Identificar a vasilha contendo a solução com data, horário, nome e assinatura de quem preparou.
- Fazer validação com fita diariamente para medir a concentração de Ácido Peracético visando verificar a conformidade da concentração;
- Mergulhar a fita no Becker por 01 segundo, levantar e aguardar por 30 segundos +/- 5 segundos para comparar a cor;
- Comparar a cor desenvolvida na fita após 30 segundos com a escala do frasco;
- Registrar a validação diária em impresso próprio;
- Desprezar a solução considerando as recomendações do fabricante: quando a concentraçãofor inferior a estabelecida e quando atingir o prazo máximo de utilização da solução.

POP 05 - LEITURA DO TESTE BIOLÓGICO

1 - OBJETIVO:

Monitorar o processo de esterilização

2 -SETOR: CME

3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Realizar o monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico diariamente, na primeira carga do dia e em todas as cargas com produtos implantáveis, em pacote desafio disponíveis comercialmente ou construído pela CME;
- Aquecer a incubadora até desaparecer o código C;
- Anotar no rótulo da ampola-teste o número da carga, data e esterilizador (autoclave);
- Colocar a ampola-teste dentro do pacote-teste e processe-o juntamente com o restante da carga;
- Retirar a ampola-teste do pacote processado no vapor e deixar resfriar por 10 minutos. Fechar completamente a tampa da ampola exercendo pressão sobre a mesma. Incubar a ampola-teste 1292 (vapor) em até 02 horas após retirar da autoclave;
- Posicionar a ampola-teste inclinando-a (ângulo de 45o) na posição central do compartimento específico. Empurrá- la para frente. A ampola de vidro quebrará no interior da ampola de plástico. Dar leves batidas no fundo da ampola para que o líquido se misture rapidamente a tira com bacilo,
- Incubar o indicador biológico nos compartimentos laterais;
- Colocar a ampola-teste em um dos compartimentos e aguardar a luz amarela acender;
- Proceder da mesma forma para uma ampola não processada, para utilizá-la como controle-positivo;
- Observar resultado positivo para a ampola controle, ao final de 3 horas, no qual acenderá uma luz vermelha soando um alarme;
- Observar resultado negativo para a ampola teste, ao final de 3 horas, no qual acenderá uma luz verde;
- Observar resultado negativo para a ampola teste, ao final de 24 horas, na autoclave Sterrad com permanência de coloração azul púrpura;
- Observar resultado positivo para a ampola teste, ao final de 24 horas, na autoclave Sterrad com mudança de coloração azul púrpura para amarelo;
- Registrar os resultados das leituras das ampolas-teste e ampolas-controle no impresso de registros;
- Retirar os rótulos das ampolas e colar ao lado do resultado;

- Descartar as ampolas negativas nas caixas de perfuro-cortantes e encaminhar as ampolas controle a Central de Resíduos.

POP 06 - PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA E TUBULARES

1 - OBJETIVO:

- Reduzir carga microbiana;
- Remover contaminantes de natureza orgânica e inorgânica;
- Prevenir deterioração;
- Preservar o material;
- Assegurar a limpeza do material sem risco de contaminação;
- Oferecer artigos em perfeitos condições de uso;
- Garantir a eficácia do processo de desinfecção e esterilização.

2 -SETOR: CME

3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Usar EPI para manipular instrumentais e demais artigos;
- Deve ser realizada a conferência e o registro de entrada de todos os produtos para saúde recebidos para processamento;
- Selecionar solução de limpeza apropriada e diluir a solução de detergente conforme a orientação do fabricante (devendo ser uma nova diluição para cada início de processo de limpeza);
- Desconectar cada acessório (motor, peça de mão, protetor de broca, broca, serra e lâminas) e manter todos em um recipiente lavável próprio para encaminhar à limpeza;
- Realizar o procedimento de limpeza de motores, peças de mão e baterias sem imergi-los em solução ou submetê-los à água corrente. Realizar a limpeza com um tecido macio ou esponja umedecida em solução de detergente enzimático, seguida da aplicação de outro tecido macio e úmido em água potável, até que todo detergente e sujidade tenham sido removidos;

- Imergir as peças dos componentes laváveis em recipiente contendo solução de detergente enzimático na concentração, no tempo e na temperatura recomendados pelo fabricante;
- Lavar todos os acessórios manualmente, tais como lâminas, brocas e serras, com o auxílio de escovas de cerdas macias e firmes com diferentes dimensões;
- Enxaguar abundantemente os acessórios com água corrente potável e secá-los com tecido absorvente que não solte partículas;
- Organizar os acessórios limpos e secos em recipiente já limpo e encaminhá-los à sala de preparo;
- Realizar a inspeção visual para observar a presença de resíduos de sujidade e danos no aparelho e no acessório;
- Lubrificar o equipamento com lubrificante hidrossolúvel e testar a funcionalidade e integralidade dos balões, conectores, manômetros e dispositivos similares;
- Encaminhar a bateria para o carregamento de carga, seguindo o método e a frequência indicada pelo fabricante;
- Esterilizar os motores seguindo o método recomendado pelo fabricante.

POP 07 - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE CABOS E LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO

1 - OBJETIVO: Realizar a limpeza e desinfecção de cabos e lâminas de laringoscópio após cada utilização.

2 -SETOR: CME

3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Usar EPI;
- Desmontar todo o conjunto;
- Lavar a lâmina do laringoscópio com esponja macia na solução de água e detergente (não deixar de molho);
- Enxaguar abundantemente com água corrente;
- Secar a lâmina com um campo limpo;

- Friccionar álcool a 70% na lâmina por 30 segundos;
- Limpar o cabo do laringoscópio externamente com um campo umedecido em solução de água e detergente;]
- Remover a solução com um pano umedecido em água;
- Secar o cabo com um campo limpo;
- Friccionar álcool a 70% no cabo por 30 segundos;
- Montar o laringoscópio testando seu funcionamento;
- Guardar o laringoscópio desmontado em recipiente limpo e seco com tampa.
- Higienizar as mãos;
- Testar o funcionamento do laringoscópio em cada plantão pela enfermagem;
- Este material não pode ser deixado imerso em soluções;
- Guardar o laringoscópio desmontado, sem pilhas, protegido em saco plástico ou recipiente com tampa.

POP 08- LIMPEZA MANUAL DOS INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS

1 - OBJETIVO:

- Reduzir carga microbiana;
- Remover contaminantes de natureza orgânica e inorgânica;
- Prevenir deterioração;
- Preservar o material;
- Assegurar a limpeza do material sem risco de contaminação;
- Oferecer artigos em perfeitas condições de uso;
- Garantir a eficácia do processo de desinfecção e esterilização.

2 -SETOR: CME

3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Usar EPI para manipular instrumentais e demais artigos;
- Realizar a conferência e o registro de entrada de todos os produtos para saúde recebidos para processamento;

- Fazer a pré-limpeza, aplicando jatos de água para a remoção da sujidade grosseira;
- Selecionar a solução de limpeza apropriada e diluir a solução de detergente conforme a orientação do fabricante (devendo ser uma nova diluição para cada início de processo de limpeza);
- Limpar os instrumentais perfurocortantes separados dos demais;
- Imergir todo o instrumental cirúrgico desmontado, mantendo a solução em contato com o instrumental o tempo determinado pelo fabricante;
- Lavar peça por peça com escova de cerdas firmes e não abrasivas, friccionando o corpo, as articulações e a cremalheira da pinça, na direção das ranhuras, por no mínimo 05 vezes, submersos na solução de detergente;
- Utilizar esponjas não abrasivas somente para friccionar superfícies lisas e extensas como bandejas, bacias e cubas;
- Aplicar jatos de água, por meio de mangueira com bico ou pistolas, para auxiliar na remoção da sujidade de lumens e reentrâncias;
- Enxaguar abundantemente o artigo em água corrente potável e o fazer o enxágue final de produtos para saúde críticos utilizados em cirurgias de implantes ortopédicos, oftalmológicos, cirurgias cardíacas e neurológicas com água purificada;
- Secar cada instrumental com tecido macio, de cor clara que não libere fibras e utilizar jatos de ar comprimido para a secagem de materiais com lumens;
- Inspecionar criteriosamente a qualidade da limpeza com auxílio de lentes intensificadoras de imagem de no mínimo 08 vezes de aumento e com boa iluminação;
- Lubrificar as articulações do instrumental cirúrgico com lubrificantes próprios, permeáveis ao vapor e com ph neutro;
- Encaminhar o material para sala de preparo.

POP 09 - MONTAGEM DE CARGAS EM AUTOCLAVES A VAPOR

1 - OBJETIVO: Fazer com que o vapor penetre em todas as regiões dos pacotes, sem que se formem bolhas de ar.

2 -SETOR: CME

3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Utilizar EPI;
- Abrir a autoclave;
- Colocar o rack na posição (puxar para fora da autoclave);
- Pegar pacotes que estão sobre a bancada;
- Colocar os pacotes de preferência em cestos para obter melhor distribuição, evitando contato com as paredes da câmara interna;
- Carregar a autoclave;
- Dispor os artigos verticalmente nos racks e não compactá-los;
- Respeitar a distancia de 1 cm entre os pacotes;
- Posicionar materiais côncavos (bacia, cuba rim) no sentido vertical ou com a concavidade levemente lateralizada;
- Respeitar o volume máximo do preenchimento da câmara (70 a 80%);
- Registrar em planilha própria, tipo de pacotes e quantidade; Fechar a porta da autoclave;
- Ligar a autoclave;
- Ligar a impressora;
- Não apertar muito os pacotes para ajudar a penetração do vapor;
- Não sobrepor materiais de modo a compactá-los;
- Os pacotes, após um ciclo completo de esterilização, devem ser resfriados naturalmente antes do manuseio para reduzir o risco de obtenção de pacote molhado;
- Não colocar os pacotes sobre superfícies frias após a esterilização para que não haja condensação;
- Certificar se os indicadores externos passaram por esterilização;
- Encaminhar material esterilizado para a sala de estocagem e distribuição;
- Evitar esterilizar materiais têxteis e caixas de instrumentos na mesma carga. Se ocorrer, colocar os materiais têxteis na parte superior e os instrumentais na parte inferior;
- Limpar a câmara interna do equipamento no mínimo semanalmente, conforme recomendação do fabricante.

POP 10 - PREPARO E EMPACOTAMENTO DE PRODUTOS PARA ESTERILIZAÇÃO

1 - OBJETIVO:

- Manter o material limpo adequado para a esterilização;
- Manter o artigo estéril durante o armazenamento, transporte e manuseio;
- Permitir entrada do agente esterilizante;
- Impedir penetração do agente microbiano;
- Facilitar a abertura e transferência com técnica asséptica.

2 -SETOR: CME

3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

INSPEÇÃO

- Lavar as mãos com água e sabão e paramentar-se com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados (Gorro, máscaras, luvas);
- Inspecionar os artigos antes do empacotamento com auxílio de lentes intensificadora de imagem de no mínimo 08 vezes para verificar limpeza, integridade e funcionalidade.
- Proceder à conferência do quantitativo específico de cada bandeja de acordo com o catálogo da CME, antes de embalar com o invólucro apropriado.

ACONDICIONAMENTO

- Acondicionar os instrumentais cirúrgicos em caixas de modo que ocupem, no máximo, 80% da capacidade do recipiente;
- Forrar com material absorvente o fundo das caixas como um tapete;
- Utilizar tapetes de silicone para proteger peças delicadas, como microtesouras ou protetores de silicone para a ponta de instrumentos delicados;
- Dispor os instrumentos, desmontados nas caixas cirúrgicas. Na existência de várias unidades do mesmo instrumental, agrupá-los por similaridade;
- Posicionar os itens com concavidade, como, cúpulas, emborcados dentro das caixas;
- Colocar artigos mais pesados no fundo da caixa, os artigos de peso médio na segunda camada e sobre estes os mais leves;
- Colocar indicador químico classe 5 ou 6 no centro geométrico de cada caixa, para recipientes rígidos, coloque o integrador em cantos opostos. Em recipientes com vários níveis, coloque o indicador no centro de cada nível;

- Confirmar que as condições de exposição (temperatura, tempo) suficientes tenham sido alcançadas nos indicadores químicos;

EMPACOTAMENTO

- Selecionar a embalagem (caixas metálicas, Tyvec, SMS, grau cirúrgico ou campo duplo de algodão) de acordo com o processo, o peso, a forma e tamanho do artigo.
- Utilizar embalagem dupla de tecido de algodão. Avaliar a necessidade de utilização de embalagens duplas quando for o papel grau cirúrgico para empacotar os artigos pontiagudos, materiais flexíveis ou de pequenas dimensões.

Tecido de algodão

- Lavar o tecido antes do primeiro uso, para retirar o amido.
- Estabelecer o número máximo de reprocessamentos em cada instituição hospitalar.
- Desprezar os campos cirúrgicos que apresentarem remendos, perfurações e cerzimentos;

Papel Grau Cirúrgico

- Remover o ar do interior das embalagens de papel grau cirúrgico antes da selagem;
- Realizar o ajuste perfeito das embalagens duplas, á embalagem interna deve ser em tamanho menor evitando-se dobras internas e sobras;
- Colocar os itens embalados com concavidade voltadas para o papel. Colocar os pacotes nos cestos ou carros de rack e arrumá-los nas autoclaves. Colocar na montagem das cargas o papel em contato com o papel e o plástico com o plástico para facilitar a difusão do agente esterilizante;

Caixas Metálicas

- Utilizar caixas metálicas perfuradas e recobertas com embalagens permeáveis na esterilização por vapor;

Não tecido (SMS), conhecido como manta de polipropileno

- Escolher a gramatura adequada do SMS, de acordo com o peso e a conformação do material a ser embalado.

Tyvec

Dar preferência para a embalagem tyvec com filme em uma das faces e impregnado com indicador químico de exposição;

Regular a termosselagem numa temperatura inferior a do papel grau cirúrgico;

SELAGEM E FECHAMENTO DOS PACOTES

- Obedecer a largura total de 6mm, na selagem térmica , podendo ser em linha simples, dupla ou até tripla e distante 3 cm da borda e do material;

- Observar a termosselagem que deve ser livre de fissuras, rugas ou delaminação e permitir a transferência sob técnica asséptica do pacote;
- Utilizar fita adesiva impregnada com tinta termocrômica (fita zebrada), com largura de pelo menos 03listras como indicador químico classe I, de exposição, no fechamento de pacotes de algodão tecido, SMS e papel crepado.

IDENTIFICAÇÃO

- Identificar internamente a caixa com o nome, quantidade de instrumentos, data (dia, mês e ano) e nome do colaborador responsável pelo preparo, em fita adesiva não zebrada;
- Identificar todas as embalagens externamente com uma fita adesiva ou etiqueta contendo as seguintes informações: nome do produto, número do lote ,data da esterilização, data limite de uso, método de esterilização e nome do responsável pelo preparo;

Técnica de envelope:

- Colocar o campo em posição diagonal sobre a bancada, colocando o material no centro do campo;
- Pegar a ponta voltada para o operador e cobrir o material, fazendo uma dobra externa na ponta;
- Pegar uma das laterais do campo e trazer sobre o objeto a ser empacotado, fazendo uma dobra externa na ponta;
- Repetir o procedimento com a outra lateral.

POP 11 - TESTE DE BOWIE E DICK

1 - OBJETIVO: Verificar a remoção do ar nas autoclaves com pré-vácuo e garantir a penetração uniforme do vapor nos materiais.

2 -SETOR: CME

3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

CONFECÇÃO DO PACOTE MANUAL CONFORME PADRÃO AAMI

- Lavar as mãos
- Utilizar EPI
- Preparar Pacote Teste com campos cirúrgicos, 100% algodão, 39 cm X 61 cm, dobrados, limpos, recentemente lavados e não calandrados ou passados a ferro;

- Dobrá-los de maneira uniforme em camadas, colocando-os um sobre o outro formando uma pilha de 25 a 28 cm de altura, 30 cm de comprimento e 23 cm de altura.
- Colocar a folha teste no centro geométrico do pacote;
- Embalar frouxamente o pacote em campo de algodão duplo, fechando com fita adesiva;
- A quantidade de campos dependerá da altura do pacote. O Pacote deve pesar em torno de 4 quilos;
- Identificar o teste com nome, data e número do esterilizador;
- Utilizar indicador químico externo no pacote (fita-teste);
- Colocar o pacote no rack do esterilizador, horizontalmente e de forma que o centro do pacote fique de 10 cm a 20 cm sobre o dreno da autoclave;
- Selecionar o ciclo específico para teste de Bowie & Dick da autoclave. Registrar o teste em impresso próprio conforme rotina da instituição;
- Após o termino do ciclo, abrir o pacote, retirar a folha e observar a mudança uniforme de cor na folha teste. A não uniformidade da cor do indicador no centro do teste indica presença de ar residual na câmara interna, evidenciando uma falha na autoclave. Neste caso o esterilizador deverá ser interditado e avaliado pelo técnico responsável;
- Identificar na folha do teste a data, hora, o número da autoclave, operador que realizou o teste e o resultado, arquivando este documento conforme rotina da instituição.

PACOTE TESTE PRONTO USO

- Seguir as recomendações a partir da colocação do teste no rack caso o pacote teste de Bowie & Dick pronto uso seja utilizado pela instituição.
- Checar no manual do fabricante se o equipamento (autoclave) é de origem europeia ou americana antes de decidir o tipo de pacote Bowie e Dick que será utilizado em sua autoclave (se teste Bowie e Dick padrão AAMI ou Norma europeia).

POP 12 - PROCESSAMENTO DE ESPONJAS E ESCOVAS DA CME

1 - OBJETIVO: Proporcionar efetiva ação mecânica no processo de limpeza manual.

2 -SETOR: CME

3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem

4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

CONFECÇÃO DO PACOTE MANUAL CONFORME PADRÃO AAMI

- Inspecionar as escovas e esponjas diariamente substituindo-as quando perderem suas características necessárias para a ação limpadora (atrito para a remoção da sujidade);
- Limpar e secar as esponjas e escovas a cada uso para manter as condições higiênicas;
- Realizar ao final de cada plantão a esterilização das escovas termorresistentes. Caso sejam termossensíveis realizar a desinfecção com ácido peracético.
- As esponjas devem ser trocadas a cada plantão de 24 horas e as escovas quando perderem sua ação limpadora.

Expressar estrutura de chefia e número de pessoas de cada clínica, incluindo serviços de enfermagem e outras áreas da saúde,assim como o tipo de vínculo com o Hospital.

DIRETORIA TÉCNICA				
COORDENAÇÃO MÉDICA				
PROFISSÃO	**ÁREA**	sub área	**QTDE**	**VÍNCULO**
MÉDICO	DIRETOR TÉCNICO	DIRETORIA	1	CLT
MÉDICO	COORDENADOR NIR	NIR	1	CLT
MÉDICO	COODENADOR INFECTOLOGISTA	CCIH - - NUCLEO EPIDEMIOLOGICO	1	PJ
MÉDICO	COORDENADOR INTENSIVISTA	UTI	1	PJ
MÉDICO	COORDENADOR CENTRO CIRURGICO	CIRURGIA GERAL	1	PJ
MÉDICO	COORDENADOR RT	HOSPITALISTA	1	CLT
MÉDICO	INTERNAÇÃO	ENFERMARIA	7	PJ
MÉDICO	UTI		4	PJ
MÉDICO	BLOCO CIRURGICO		15	PJ
MÉDICO	URGËNCIA - EMERGËNCIA	P.S.	8	PJ
MÉDICO	SADT	IMAGEM - USG	7	PJ
MÉDICO	AMBULATORIAL	CIRURGIA GERAL	1	PJ
MÉDICO	AMBULATORIAL	CARDIOLOGISTA	1	PJ
MÉDICO	AMBULATORIAL /	GINECOLOGIA OBSTETRICIA	1	PJ
MÉDICO	AMBULATORIAL	ORTOPEDIA	1	PJ
MÉDICO	AMBULATORIAL	ANGIOLOGIA E C. VASC	1	PJ
MÉDICO	AMBULATORIAL	PEDIATRIA	1	PJ
TOTAL			**53**	

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM				
ENFERMEIRO	COORDENAÇÃO	CLINICO RT	1	CLT
ENFERMEIRO	ASSITENCIAL	CLINICO	12	CLT
ENFERMEIRO	ASSITENCIAL	CIRÚRGICO	4	CLT
ENFERMEIRO	ASSISTENCIAL	OBSTETRÍCIA	4	CLT
ENFERMEIRO	ASSISTENCIAL	P.S.	4	CLT
ENFERMEIRO	CENTRO CIRURGICO	INSTRUMENTADOR	6	CLT
ENFERMEIRO	CENTRO CIRURGICO	RPA	4	CLT
ENFERMEIRO	CORDENAÇÃO	UTI RT	1	CLT
ENFERMEIRO	ASSISTENCIAL	UTI	4	CLT
ENFERMEIRO	COORDENAÇÃO	NIR	1	CLT
ENFERMEIRO	ASSINTENCIAL	NIR	4	CLT
ENFERMEIRO	COORDENAÇÃO	QUALIDADE	1	CLT
ENFERMEIRO	COORDENAÇÃO	CME	1	CLT
ENFERMEIRO	COORDENAÇÃO	CCIH	1	CLT
ENFERMEIRO	GERENCIA	RT	1	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	UTI	20	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	CLINICO	12	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CENTRO CIRURGICO	ELETIVO	12	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	OBSTETRÍCIA	8	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	INTERNAÇÃO	NEONATAL	4	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	URGENCIA-EMERGÊNCIA	P.S.	16	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CENTRO CIRURGICO	RPA	6	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	CME	8	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	CCIH	1	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	QUALIDADE	1	CLT
TECNICO DE HEMODIALISE	ASSISTENCIAL	HEMODIALISE	2	
TOTAL			**139**	
COORDENAÇÃO DE FARMACIA				
COORDENAÇÃO DE FARMACIA		CAF	1	
FARMACÊUTICO		CAF	4	CLT
TÉCNICO DE FARMÁCIA		CAF	8	CLT
AUXILIAR ADMINISTRATIVO		CAF	4	CLT
TOTAL			**17**	
COORDENAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS				
FISIOTERAPEUTA		EQUIPE MULTI	5	CLT
NUTRICIONISTA		EQUIPE MULTI	1	CLT

ASSISTENTE SOCIAL	EQUIPE MULTI	4	CLT
PSICOLOGO	EQUIPE MULTI	2	CLT
FONAUDIOLOGA	EQUIPE MULTI	2	CLT
TOTAL		**14**	
DIRETORIA ADMINISTRATIVO FINANCEIRA			
COORDENAÇÃO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVO			
COORDENADOR GESTÃO DE PESSOAS	ADM	1	CLT
ASSISTENTE DEPARTAMENTO PESSOAL	ADM	2	CLT
COORDENADOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ADM	1	CLT
ANALISTA DE SUPORTE	ADM	2	CLT
TÉCNICO DE INFORMÁTICA	ADM	4	CLT
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SAME	4	CLT
COORDENADOR OUVIDORIA	S A U	1	CLT
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	S A U	2	CLT
ANALISTA DE COMPRAS E SUPRIMENTOS	COMPRAS	1	CLT
COORDENADOR ADMINSTRATIVO	ADM	1	CLT
ANALISTA ADMINISTRATIVO FINANCEIRO	ADM	2	CLT
ANALISTA DE FATURAMENTO	FAT	1	CLT
AUXILIAR DE FATURAMENTO	FAT	3	CLT
TOTAL		**25**	
COORDENAÇÃO DE APOIO OPERACIONAL			
COORDENADOR DE MANUTENÇÃO	OPERACIONAL	1	CLT
TÉCNICO DE MANUTENÇÃO	OPERACIONAL	3	CLT
MOTORISTA	OPERACIONAL	1	CLT
AUXILIAR DE LAVANDERIA	OPERACIONAL	3	CLT
COSTUREIRA	OPERACIONAL	1	CLT
COORDENADOR DE SERVIÇOS DE CONSERVAÇÃO	OPERACIONAL	1	CLT
AULIXIAR DE SERVIÇOS GERAIS E DE HIGIENIZAÇÃO	OPERACIONAL	20	CLT
JARDINANEIRO / CONSERVAÇÃO	OPERACIONAL	2	CLT
TOTAL		**32**	

6.3.8. Horários de atividade de urgência e emergência, distinguindo entre presença física de médico especialista e médico geral e médicos que atendem chamadas (sobreaviso).

UNIDADE	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
ESPECIALIDADE	QUANTIDADE POR TURNO	REGIME	PLANTÃO	TIPO
CLINICA MÉDICA	3	PRESENCIAL DIRUNO	12H	PJ
	3	PRESENCIAL NOTURNO	12H	PJ
CIRURGIA GERAL	1	PRESENCIAL DIURNO	12H	PJ
	1	SOBREAVISO NOTURNO	12H	PJ
ORTOPEDIA	1	PRESENCIAL DIRUNO	12H	PJ
	1	SOBREAVISO NOTURNO	12H	PJ
GINECOLOGIA / OBSTETRICIA	1	PRESENCIAL DIRUNO	12H	PJ
	1	SOBREAVISO NOTURNO	12H	PJ
PEDIATRIA	1	PRESENCIAL DIRUNO	12H	PJ
	1	SOBREAVISO NOTURNO	12H	PJ

Plantões de Sobreaviso

Define-se plantão de sobreaviso como a atividade do médico que permanece à disposição do hospital, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil.

Considerando estar o médico durante toda a jornada do plantão de sobreaviso disponível a qualquer momento em que for requisitado, para a remuneração deve-se considerar tanto as horas efetivamente trabalhadas como as horas de expectativa.

Portanto, o médico em plantão de sobreaviso, mesmo que não requisitado a comparecer ao local de plantão, deverá receber o valor correspondente e acertado pelas partes. Mesmo não tendo sido exigida sua presença na instituição, estava ele à disposição para os atendimentos que, se não ocorreram, o impossibilitaram de outras atividades.

O médico ainda deve receber os honorários pelos procedimentos praticados, quando requisitada sua presença na instituição.

O médico de sobreaviso está obrigado a se deslocar até o hospital, quando acionado pelo médico plantonista, para atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas.

Os pareceres do CRM são unânimes ao alertar para os riscos de omissão de socorro, especialmente nos casos de sobreaviso.

Portanto, se o médico de sobreaviso é chamado e protela o atendimento, demorando ou mesmo não comparecendo, resultando danos ao paciente, o profissional poderá ser responsabilizado civilmente, eticamente e penalmente.

O profissional deve comunicar com antecedência ao diretor técnico para que haja a devida substituição no período ausente, para evitar quaisquer intercorrências e responsabilidades.

6.3.9. Descrição da organização das Unidades de Internação (Enfermarias), salas de cirurgias, pronto socorro/pronto atendimento e ambulatórios.

UNIDADES DE INTERNAÇÃO	
Finalidade	É o conjunto de elementos destinados a acomodações do paciente internado e que englobam facilidades adequadas a prestação de cuidados necessários a um bom atendimento. Tem por finalidade proporcionar ao paciente um ambiente propício a sua rápida recuperação.
Organização	As unidades de internação devem funcionar de forma ininterrupta, por 24h. Os profissionais que atuam no setor devem seguir escala de trabalho definidas por suas respectivas coordenações/gerências. Os horários de visitas e permanência de acompanhantes deverão ser observados, bem como a legislação. As Unidades de Internação deverão respeitar os fluxos de comunicação e transferência de pacientes, garantindo assim uma boa interface intersetorial. As transferências internas serão reguladas pelo NIR do Hospital. Os Leitos de Internação Hospitalar são classificados nos seguintes tipos: 2.1.1 Leito Clínico; 2.1.2 Leito Cirúrgico; 2.1.3 Leito Obstétrico; e 2.1.4 Leito Pediátrico.

	Composto por: Posto de Enfermagem, sala de serviços, sala de enfermagem, sala de utilidade, copa, enfermarias ou quartos, rouparia, banheiro de paciente (com chuveiro, 1 sanitário) e banheiro de funcionários. Todo paciente que for fazer sua internação junto ao hospital deverá levar consigo um pedido do médico para sua internação (solicitação de internação do médico assistente) para, a partir daí, as pessoas que trabalham no setor o encaminharem à internação. Para os pacientes que necessitam de tratamentos intensivos diante de complicações clínicas grave, a Portaria GM/MS nº 3432 de 12 de agosto de 1998. – DOU Nº 154, estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é constituída de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinados a pacientes críticos que requer atenção de uma equipe multiprofissional especializada e ininterrupta, atualizada no contexto teórico e prático com equipamentos específicos e tecnologias destinadas ao diagnóstico e tratamento, devendo contar com uma estrutura física própria, para atender com qualidade e segurança os clientes que necessitam de cuidados para diversas patologias.
Atribuições da Equipe	**Médico Diarista:** Prestar assistência médica horizontal a todos os pacientes internados na Unidade de Internamento (enfermaria); Prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de trabalho; Coordenar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem durante seu turno de trabalho, discutir com o coordenador da unidade, plantonista e o médico assistente sobre as condutas a serem realizadas nos pacientes; Garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente, também registrando todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas; Cumprir com seu turno de trabalho conforme acerto prévio com a Coordenação da Unidade; Colaborar junto a Coordenação da Unidade na realização de suas funções; Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa; Prestar

assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

Enfermeiro:

Planejar, organizar, coordenar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de enfermagem em pacientes criticamente enfermos; Desenvolver as atividades assistenciais e propor alternativas de transformação na realidade gerencial e do cuidado ao paciente criticamente enfermo e/ou em situação de risco de morte; Executar as funções pertinentes à sua profissão que possa identificar intercorrências e tomar decisões imediatas sobre o atendimento do paciente crítico; Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao cargo.

Técnico de Enfermagem:

Assistir ao Enfermeiro no planejamento, programação e orientação das atividades de enfermagem, na prestação de cuidados diretos de enfermagem, na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar, na prevenção e controle de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde; Executar atividades de assistência de enfermagem na saúde do paciente, excetuadas as privativas do Enfermeiro; Executar atividades de desinfecção e esterilização; Organizar o ambiente de trabalho e dar continuidade aos plantões; Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança; Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

Psicólogo Hospitalar:

Estudar, pesquisar e avaliar o desenvolvimento emocional e os processos mentais e sociais dos pacientes críticos internados, com a finalidade de análise, tratamento e orientação; Diagnosticar e avaliar distúrbios emocionais e mentais e de adaptação social, elucidando conflitos e questões

	e acompanhando o paciente durante o processo de tratamento ou cura; Avaliar alterações das funções cognitivas, buscando diagnóstico ou detecção precoce de sintomas; Promover a reabilitação neuropsicológica; Auditar, realizar perícias e emitir laudos, gerando informações e documentos sobre as condições ocupacionais ou incapacidades mentais; Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

CENTRO CIRÚRGICO	
Finalidade	O Centro Cirúrgico (CC) compreende uma área crítica, de acesso restrito, que pertence a um estabelecimento assistencial de saúde. É considerado uma das unidades mais complexas do Hospital, não só por sua especificidade em realizar procedimentos invasivos, mais também por ser um local fechado que expõe a paciente e a equipe de saúde em situações estressantes. O Serviço de Enfermagem do Centro Cirúrgico tem por finalidade: • Desenvolver atividades de assistência de Enfermagem baseado em princípios científicos, tecnológicos e normas organizacionais; • Prestar assistência integral aos pacientes durante o período perioperatório; • Prever e prover recursos humanos e materiais necessários para a assistência de enfermagem no atendimento das pacientes; • Colaborar com as Instituições de Ensino que utilizam o Hospital como campo de ensino; • Colaborar no desenvolvimento de pesquisar na área da Saúde.
Organização	O Centro Cirúrgico é uma Unidade do Serviço de Enfermagem, sob a responsabilidade administrativa de uma Encarregada de Enfermagem, diretamente subordinada à Gerência de Enfermagem; • O Centro Cirúrgico Obstétrico mantêm plantão de vinte e quatro (24) horas; • A equipe cirúrgica é composta por anestesista, cirurgião, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

	• É permitida a entrada na sala de cirurgia do pessoal técnico não lotado no setor somente com autorização prévia do cirurgião e enfermeiro responsável pelo setor; • A distribuição de salas e a escala de atendimento serão feitas de acordo com os seguintes critérios: prioridade às urgências e emergências; disponibilidade de material e equipamentos; caracterização do risco de contaminação; pessoal de enfermagem disponível. • Todo pessoal de Centro Cirúrgico deverá observar a rigorosa técnica de assepsia e antissepsia, conforme normas e rotinas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
Atribuições da Equipe	SALA DE CIRURGIA: Agente: Enfermeiro • Prover as Salas de cirurgia/parto com materiais e equipamentos necessários, de acordo com o tipo de intervenção anestésico-cirúrgica; • Atender a equipe cirúrgica; • Atender ao recém-nascido, dentro da indicação e técnica própria até seu encaminhamento à Unidade de Internação; • Prestar assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico/parturiente • Cuidar dos materiais e equipamentos e do ambiente após o ato cirúrgico.
Atribuições da Equipe	SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA: Agente: Enfermeiro • Prover a Sala de Recuperação Pós-Anestésica com recursos humanos e materiais; • Prestar assistência de enfermagem aos pacientes que forem submetidos ao ato anestésico-cirúrgico ou obstétrico; • Recepcionar e providenciar a remoção da paciente para a unidade de origem após a alta anestésica; • Cuidar dos materiais, equipamentos e do ambiente após sua remoção.
Rotina de Limpeza da Unidade	DEFINIÇÃO O serviço de limpeza de um hospital tem particular importância no controle das infecções hospitalares, por garantir a higiene das áreas e artigos do hospital, reduzindo assim as infecções cruzadas. Na medida em que estas infecções podem ser a consequência da exposição ao ambiente

	contaminado, através da poeira mobiliária, equipamentos e outros. Uma higiene ambiental eficiente é fundamental para a diminuição das infecções. Este anexo tem por finalidade nortear as ações nesta área, também considerada de apoio à prevenção e ao controle das infecções hospitalares. Desta forma, tem a preocupação de oferecer aos profissionais desta Instituição informações a serem acrescentadas ao seu acervo de conhecimentos, que possibilitem a vigilância das ações executadas pela empresa contratada para a higiene e, principalmente, uma maior segurança no ambiente hospitalar. Limpeza Concorrente: Ao término de cada cirurgia. No final de cada cirurgia não infectada, são recolhidos todos os campos cirúrgicos, retirado o lixo e o circulante de sala limpa com álcool a 70% o foco, a mesa cirúrgica, acessórios e a bancada do recém-nascido. A limpadora faz a limpeza concorrente do piso com detergente ou sabão neutro. Na presença de matéria orgânica, é retirado o excesso com papel absorvente e em seguida feita a limpeza e desinfecção com cloro. Vale ressaltar que tanto o Hipoclorito de Sódio como o Cloro Orgânico tem o tempo de ação de 10 minutos.
Periodicidade da limpeza no bloco cirúrgico	. Limpeza Terminal: Uma vez por semana e ao término de cirurgia infectada. Na limpeza terminal todo o mobiliário é retirado da sala cirúrgica, alcoolizado e a limpeza do piso, rodapé e das paredes são efetuadas com detergente. Na presença de matéria orgânica, é retirado o excesso com papel absorvente e em seguida feita a limpeza e desinfecção com cloro. Vale ressaltar que tanto o Hipoclorito de Sódio como o Cloro Orgânico tem o tempo de ação de 10 minutos. Limpeza de Sala de Cirurgia após procedimentos infectados ou de longa duração: Recomenda-se que seja realizada com os mesmos critérios da limpeza terminal, levando-se em consideração a necessidade ou não da limpeza total das paredes e do teto.

	Limpeza de Sala de Cirurgia em situações de precauções de contato e/ou de isolamento respiratório: Os cuidados começam antes do início da cirurgia. É aconselhável que a sala tenha o mínimo de material, para evitar o aumento de área onde os microorganismos possam se depositar durante o ato cirúrgico. Depois de o paciente ser encaminhado da sala de cirurgia diretamente para a unidade, o funcionário (utilizando EPI adequado) executará a limpeza terminal da sala. No caso de doenças transmissíveis por aerossóis, o uso da máscara N95 é obrigatório.
Atribuições da Equipe	SALA DE CIRURGIA: Agente: Enfermeiro • Prover as Salas de cirurgia/parto com materiais e equipamentos necessários, de acordo com o tipo de intervenção anestésico-cirúrgica; • Atender a equipe cirúrgica; • Atender ao recém-nascido, dentro da indicação e técnica própria até seu encaminhamento à Unidade de Internação; • Prestar assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico/parturiente • Cuidar dos materiais e equipamentos e do ambiente após o ato cirúrgico.
	SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA: Agente: Enfermeiro • Prover a Sala de Recuperação Pós-Anestésica com recursos humanos e materiais; • Prestar assistência de enfermagem aos pacientes que forem submetidos ao ato anestésico-cirúrgico ou obstétrico; • Recepcionar e providenciar a remoção da paciente para a unidade de origem após a alta anestésica; • Cuidar dos materiais, equipamentos e do ambiente após sua remoção.
	SALA DE ADMINISTRAÇÃO: Agente: Encarregada de Enfermagem • Proporcionar treinamento aos funcionários, conforme a necessidade; • Controlar o atendimento de todos os setores do Centro Cirúrgico Obstétrico;

	• Registrar e manter dados para estatísticas e relatórios; • Fazer requisição de material à Farmácia e Almoxarifado periodicamente; • Manter atualizado e disponível o Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos; • Elaborar escalas de trabalho, férias e quaisquer outras necessidades do funcionário, pertinente ao RH; • Manter atualizados os Registros dos Procedimentos Cirúrgicos realizados e a Documentação Anestésica Cirúrgica.
Rotina de Limpeza da Unidade	DEFINIÇÃO O serviço de limpeza de um hospital tem particular importância no controle das infecções hospitalares, por garantir a higiene das áreas e artigos do hospital, reduzindo assim as infecções cruzadas. Na medida em que estas infecções podem ser a consequência da exposição ao ambiente contaminado, através da poeira mobiliária, equipamentos e outros. Uma higiene ambiental eficiente é fundamental para a diminuição das infecções. Este anexo tem por finalidade nortear as ações nesta área, também considerada de apoio à prevenção e ao controle das infecções hospitalares. Desta forma, tem a preocupação de oferecer aos profissionais desta Instituição informações a serem acrescentadas ao seu acervo de conhecimentos, que possibilitem a vigilância das ações executadas pela empresa contratada para a higiene e, principalmente, uma maior segurança no ambiente hospitalar.
	Limpeza Concorrente: Ao término de cada cirurgia. No final de cada cirurgia não infectada, são recolhidos todos os campos cirúrgicos, retirado o lixo e o circulante de sala limpa com álcool a 70% o foco, a mesa cirúrgica, acessórios e a bancada do recém-nascido. A limpadora faz a limpeza concorrente do piso com detergente ou sabão neutro. Na presença de matéria orgânica, é retirado o excesso com papel absorvente e em seguida feita a limpeza e desinfecção com cloro. Vale ressaltar que tanto o Hipoclorito de Sódio como o Cloro Orgânico tem o tempo de ação de 10 minutos.
	. Limpeza Terminal:

	Uma vez por semana e ao término de cirurgia infectada. Na limpeza terminal todo o mobiliário é retirado da sala cirúrgica, alcoolizado e a limpeza do piso, rodapé e das paredes são efetuadas com detergente. . Na presença de matéria orgânica, é retirado o excesso com papel absorvente e em seguida feita a limpeza e desinfecção com cloro. Vale ressaltar que tanto o Hipoclorito de Sódio como o Cloro Orgânico tem o tempo de ação de 10 minutos. Limpeza de Sala de Cirurgia após procedimentos infectados ou de longa duração: Recomenda-se que seja realizada com os mesmos critérios da limpeza terminal, levando-se em consideração a necessidade ou não da limpeza total das paredes e do teto. Limpeza de Sala de Cirurgia em situações de precauções de contato e/ou de isolamento respiratório: Os cuidados começam antes do início da cirurgia. É aconselhável que a sala tenha o mínimo de material, para evitar o aumento de área onde os microorganismos possam se depositar durante o ato cirúrgico. Depois de o paciente ser encaminhado da sala de cirurgia diretamente para a unidade, o funcionário (utilizando EPI adequado) executará a limpeza terminal da sala. No caso de doenças transmissíveis por aerossóis, o uso da máscara N95 é obrigatório.
Atendimento em Sala Contaminada	
Agente	Ação
Enfermeiro	Enfermeiro • Receber o Aviso de Cirurgia, certificando-se tratar de cirurgia contaminada; • Designa a SO para realização da cirurgia; • Escala uma circulante para a sala e outra para o corredor.
Circulante Interna	• Procede a montagem da SO, deixando na sala somente materiais indispensáveis ao ato anestésico cirúrgico.
Circulante Externa	• Providencia propés, gorros, máscaras e aventais para saída da equipe, bem como material para coleta de roupas e instrumentais contaminados.

Circulante Interna	• Recolhe todo o material contaminado, acondiciona e o entrega à circulante externa conforme rotina. • Realiza a limpeza terminal do mobiliário e equipamentos. • Identifica os materiais contaminados.
Circulante Externa	• Conduz o material ao expurgo.
Funcionário da Limpadora	• Procede a limpeza do piso e das paredes, conforme técnica da limpeza terminal.
Circulante	• Recoloca mobiliário na SO

Urgência e Emergência	
Entrada	O Setor de Urgência e Emergência do Hospital, com funcionamento 24 horas atenderá pacientes referenciados pela regulação em exceção em Urgências e Emergências para: Clínica Médica e Cirúrgica.
Organização	Os pacientes serão acolhidos pela porta de entrada bem como pela porta de emergência com entrada direta para SAMU, RESGATE. **Classificação de Risco** Todos os pacientes serão acolhidos pelo Enfermeiro, que avaliará a classificação através da Escuta Qualificada, priorizando o atendimento conforme situação de risco e não por ordem de chegada. Os casos eminentes de vida são direcionados diretamente para a Sala de Emergência com equipe para atendimento imediato. **Internação** Reversão da situação de risco, o paciente será avaliado e realizado pedido de vaga para internação: investigação clínica, cirúrgica, obstétrica e/ou UTI Adulto. **SADT**

	O atendimento na Urgência e Emergência conta também com os serviços de Apoio Laboratório Clínico como outros SADT: Ultrassonografia, Eletrocardiografia, Radiologia com atuação 24 horas ininterruptas. **Atendimento Médico Especializado** Os casos recebidos no setor de Urgência e Emergência após diagnóstico e conduta médica para internação serão direcionados para as áreas de especialidade médica.

Ambulatório	
Organização	Os pacientes atendidos no Ambulatório são: 1 – Primário – A Regulação realiza o agendamento direto sobre a quantidade de vagas disponibilizadas. 2- Egresso - Pacientes com retorno Pós-alta de internação.
Especialidade	As Especialidades concentram-se em: **Médicas:** Cardiologia - exames pré operatórios (risco cirúrgico) Cirurgia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico) Ginecologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico) Ortopedia e Traumatologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico) Angiologia e Cirurgia Vascular - (ambulatório de pré e pós cirúrgico) Hematologia. **Não Médicas**: Fisioterapia - egresso Fonoaudiologia - egresso Terapia Ocupacional - egresso Enfermeiro - egresso
Atendimento	Todos os pacientes serão cadastrados, apresentando documentação pessoal com foto e cartão SUS e o encaminhamento para o serviço. Os pacientes receberão orientações pós consulta e agendamento direto para próximo retorno conforme conduta.

	Em caso de complicação durante atendimento, há leito de observação no setor ou conforme avaliação o paciente será encaminhado para atendimento pela urgência e emergência. Todos os pacientes serão agendados com hora específica, favorecendo um ambiente calmo e com quantidade suficiente para o atendimento médico, sem provocar aglomeração.

Compatibilização da Proposta de Trabalho com as diretrizes da SES.

Segundo o Plano Estadual de Saúde – 2020/2023, foram identificadas e priorizadas as diretrizes e metas relacionados a assistência à saúde pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, as quais o INSTITUTO PATRIS se compromete a contribuir de forma efetiva, conforme escopo de atuação e da Proposta de Trabalho apresentada:

- **Diretriz 1: Ampliação e qualificação das ações e serviços, aprimorando as Políticas de Saúde para o SUS.**

  Objetivos:

  1.1 Ampliar acesso aos serviços de saúde de forma regionalizada.

  1.2 Ampliar a resolutividade da atenção primária.

  1.3 Reduzir proporcionalmente a morbimortalidade por DANT (Doenças e agravos não transmissíveis).

  1.4 Reduzir a morbimortalidade por Doenças Negligenciadas e outras com potencial epidêmico.

  1.5 Reduzir a morbimortalidade materno infantil por causas evitáveis.

  1.6 Ampliar as ações de qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde.

  1.7 Fortalecer as ações de vigilância em saúde junto aos municípios, visando à redução dos casos de IST/Aids.

  1.8 Implantar, e incrementar a execução das Políticas de Atenção Integral à Saúde nos 246 municípios do Estado.

  1.9 Fortalecer a rede Hemoterápica e Hematológica do Estado de Goiás.

  1.10 Promover o acesso a medicamentos por meio da seleção, aquisição e distribuição.

  1.11 Fortalecer as ações de média e alta complexidade de forma regionalizada.

1.12 Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS na implantação e habilitação dos serviços junto aos Municípios.

1.13 Monitorar a implantação dos serviços e ações da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

1.14 Promover a Saúde Mental e Prevenir o uso e abuso de álcool e outras drogas.

1.15 Promover a implementação e execução, no âmbito das competências do Estado de Goiás, das atribuições preconizadas nas Políticas de Saúde Integral das Populações Específicas.

1.16 Implementar e consolidar políticas que ampliem o acesso e qualidade no campo da promoção, prevenção, e atenção à saúde para Pessoas com Deficiência no Estado de Goiás.

1.17 Implementar e ampliar a Programa Estadual de Triagem Neonatal Biológica.

- **Diretriz 2: Fortalecimento da gestão, planejamento e financiamento do SUS.**

2.1 Gerir e otimizar a força de trabalho para o SUS.

2.2 Qualificar os processos prioritários, visando integração e eficiência

2.3 Fortalecer a governança do sistema de saúde em nível macroregional.

2.4 Qualificar a execução orçamentária, promovendo a gestão de custos.

2.5 Aperfeiçoar o processo de avaliação e incorporação de Tecnologia em Saúde.

2.6 Garantir apoio técnico/ administrativo à SES-GO: diárias, aquisição de equipamentos/ prestação de serviços e fornecimento de materiais de expediente/ contratos de locação de imóveis

2.7 Construir, reformar, adequar, ampliar e equipar (considerando também a elaboração de projetos) as unidades administrativas e assistenciais, bem como manter suas estruturas físicas e operacionais, para melhorar e ampliar o acesso da população a serviços de saúde ambulatoriais, hospitalares e de urgências, com qualidade, equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades da população.

2.8 Otimizar o planejamento e gestão integrada da SES.

2.9 Disseminar, integrar e fortalecer a comunicação em saúde como um todo, abrangendo e acolhendo as diversas áreas internas e externas ao governo do Estado, para consolidação das Políticas Públicas de Saúde, maximizando o uso das ferramentas de comunicação por parte da SES-GO.

2.10 Fomentar a inovação tecnológica e sustentabilidade em Saúde, através da implantação de inovação, desenvolvimento de sistemas, modernização do parque tecnológico e mapeamento dos processos de negócio da Saúde.

2.11 Garantir a execução dos planos, programas e projetos das Superintendências da SES-GO, visando integração e eficiência.

2.12 Automatizar o processo de monitoramento e controle de projetos.

2.13 Estabelecer metodologia de captação de recursos externos para os projetos prioritários.

2.14 Aprimorar o modelo de gestão da rede assistencial de saúde gerenciada pelo Estado.

2.15 Desenvolver metodologias e ferramentas que suportem a tomada de decisão, por meio de dados, informações e estudos analíticos.

- **Diretriz 3: Efetivação da regionalização e da regulação das ações e serviços de saúde no SUS**

3.1 Estruturar a regulação do acesso na Rede Sus sob Gestão Estadual.

- **Diretriz 4: Formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de pessoal para o SUS.**

4.1 Qualificar as ações de educação permanente.

4.2. Qualificar a força de trabalho do SUS na SESGO e nas 18 Regiões de Saúde do Estado de Goiás.

4.3. Fortalecer o SUS integrando os profissionais que atuam na área da saúde do Estado de Goiás por meio da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás / SESG.

4.4. Desenvolver atividades de inovação tecnológica em saúde no Estado de Goiás, em cumprimento à Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no SUS e de acesso dos trabalhadores e atores sociais à informação científica.

4.5. Gerir de forma otimizada os recursos financeiros disponíveis e garantir o apoio administrativo necessário para a realização das ações que envolvem a SESG.

- **Diretriz 5: Qualificação dos processos de auditoria, participação e controle social do SUS.**

5.1 Qualificar Conselheiros de Saúde no Estado de Goiás.

5.2 Realizar auditoria no SUS, contribuindo para qualificação da gestão, visando melhoria da atenção e do acesso às ações e aos serviços de Saúde.

5.3 Ampliar e Fortalecer a Rede de Ouvidoria do SUS da SES/GO para resposta das manifestações dos usuários dentro do prazo legal

5.4 Implementar a Política Estadual de Participação e Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS).

- **Diretriz 6: Fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde.**

6.1 Executar ações de Vigilância em Saúde no Estado de Goiás, por meio da vigilância laboratorial com a realização de diagnóstico de doenças e agravos, monitoramento da qualidade de produtos expostos à população e da qualidade da água para consumo humano.

6.2 Garantir que o serviço de vigilância laboratorial alcance os 246 municípios do estado de Goiás.

6.3 Implementar e executar as Políticas de Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador no âmbito da Vigilância em Saúde

6.4 Realizar controle sanitário de Produtos e Serviços sujeitos à Vigilância Sanitária por meio de fiscalização e inspeção sanitária Estado de Goiás

6.5 Garantir a qualidade dos produtos sujeitos à vigilância sanitária comercializados no Estado de Goiás por meio da execução dos Programas Estaduais de Monitoramento da Qualidade de Produtos.

6.6 Garantir o atendimento de denúncias provenientes do sistema de Ouvidoria, demandas judiciais e de Ministério Público.

6.7 Qualificar as ações de vigilância sanitária nos municípios pactuados, por meio da capacitação em trabalho dos fiscais de Vigilância Sanitária das regionais e municípios durante ações conjuntas.

6.8 Implementar e executar as Políticas de Gestão da Qualidade do Processo de Inspeção Sanitária.

6.9 Reduzir e prevenir riscos de intoxicação relacionados à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção, prevenção e educação em saúde na área de Toxicologia Clínica de Urgência e Emergência

6.10 Consolidar a estruturação de Sistemas de informação para Vigilância Sanitária.

6.11 Garantir a qualificação permanente das equipes de vigilância em saúde.

Descrição de como o proponente irá estabelecer a contra-referência com a Atenção Primária e com outros hospitais.

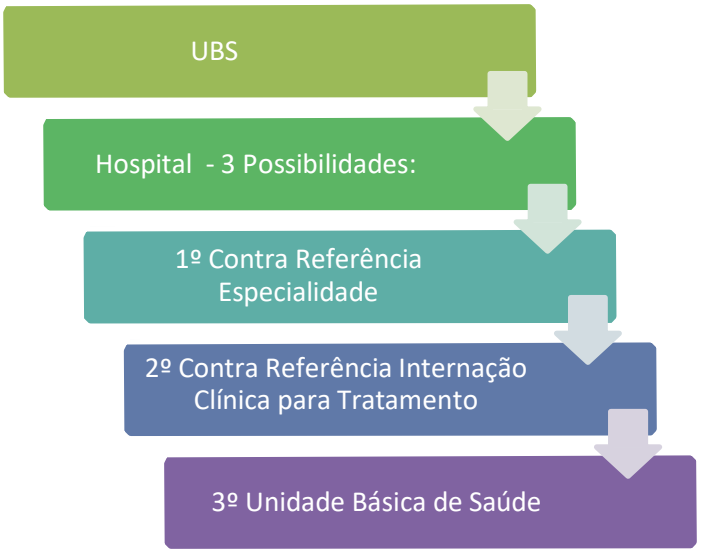
O sistema de referência e contrarreferência na saúde consiste no encaminhamento de usuários de acordo com o nível de complexidade requerido para resolver seus problemas de saúde. Referência refere-se ao ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade, e contrarreferência refere-se ao ato formal de encaminhamento de paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência.

O Sistema de Referência e Contrarreferência diz respeito a uma rede hierarquizada e integrada de cuidados e serviços que começa na unidade de saúde da família, porta de entrada do sistema, e estende-se até às estruturas de alta complexidade e que proporciona o fluxo orientado dos pacientes nos dois sentidos. Um bom funcionamento deste sistema poderá contribuir para uma maior resolubilidade, uma vez que a grande maioria dos casos deverá ser atendida e resolvida à entrada do sistema, rompendo as grandes filas e aliviando as pressões sobre as estruturas de referência da retaguarda. Além disso, os casos só seriam referenciados após um adequado estudo prévio realizado à entrada do sistema, o que facilitaria a intervenção e reduziria o tempo de permanência na estrutura de referência.

Após o atendimento especializado, o paciente deverá ser contrarreferenciado à estrutura de entrada que o encaminhou munido do relatório que descreve a sua condição clínica com recomendações para o seguimento ulterior. Uma alta eficiência do sistema de referência e contrarreferência enquadra-se no princípio da integralidade da atenção prevista no Programa Saúde da Família e reforça a resolubilidade por proporcionar ao paciente um seguimento contínuo, até a resolução do caso, independentemente de sua complexidade.

O INSTITUTO PATRIS apresenta uma proposta de fluxo de contrareferência para a Atenção Básica e com outros Hospitais que deverá ser pactuado previamente entre os atores envolvidos.

Fluxo de contrareferência à Atenção Primária



6.4. Implementação e funcionamento de outros Serviços

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

A execução do Serviço Social na presente proposta, caracteriza-se pela atuação no processo de orientações aos pacientes e familiares sobre direitos e deveres (normas, códigos e legislação), serviços, recursos e programas sociais, tendo em vista proceder aos encaminhamentos das demandas sociais dos mesmos para efetivação das altas hospitalares.

A Equipe do Serviço Social do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** deve reforçar a prática de conhecimentos multidisciplinares e interdisciplinares para alcançar uma visão ampla do paciente e seus familiares, considerando suas circunstâncias sociais, econômicas e culturais, visando contribuir para uma assistência humanizada e qualificada.

Nesse contexto, a intervenção do Assistente Social tem ampliado a sua perspectiva ao entender que o processo saúde-doença também é determinado socialmente. Por isso, o profissional considera os aspectos emocional e social do paciente como fatores determinantes para a evolução do tratamento. À medida que o paciente se mostra fragilizado devido à enfermidade, algumas vezes agravada por problemas sociais e familiares, necessita ser acolhido e ouvido, tendo espaço para expressar suas angústias, esclarecer dúvidas e ser percebido em sua amplitude.

Nos ambientes do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** em que vai atuar, o Assistente Social intervém planejando, organizando e promovendo o atendimento de forma integral e humanizada, identificando os aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo do adoecer. O profissional também encaminha e intermedia solicitações provenientes da hospitalização, oferecendo ao paciente, novas perspectivas diante do tratamento, orientando e esclarecendo os familiares sobre a importância de participarem do processo de hospitalização, resgatando e reconstruindo vínculos, que muitas vezes encontram- se fragilizados.

As atividades realizadas pelo Serviço Social do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** se traduzem no acolhimento aos pacientes, familiares ou colaterais, nas circunstâncias de urgência e emergência, atendimento ambulatorial, internação, alta e atendimento domiciliar, se necessário e poderá atuar também juntamente com o SESMT na promoção da saúde do trabalhador. Junto com os problemas de saúde vêm os problemas sociais, familiares e de relacionamento, que muitas vezes interferem no estado de saúde do paciente.

A Equipe do Serviço Social deve trabalhar de forma efetiva com outros profissionais da área de assistência à saúde, no sentido de obter resultados benéficos junto ao paciente.

Abrangência

Os pacientes do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** estejam eles internados ou em atendimento ambulatorial e seus familiares/acompanhantes.

Horário e Equipe Mínima

O Serviço Social integrará o corpo de profissionais do hospital com uma equipe formada por 4 (quatro) Assistentes Sociais e deverá funcionar, nos sete dias da semana, ininterruptamente.

Normas

I. Respeitar os princípios éticos da sua profissão, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas da unidade.

II. Realizar os atendimentos com base nos Protocolos Assistenciais e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) estabelecidos na unidade, cabendo ao profissional determinar ou eleger os processos adequados a cada paciente.

III. Garantir a plena informação sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando as decisões do usuário, mesmo que sejam contrárias aos seus valores e às suas crenças individuais.

IV. Empenhar-se na eliminação de todas as formas de preconceito, exercendo suas atividades sem discriminação por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.

V. Abster-se de assumir responsabilidade por atividades para as quais não esteja capacitado/a pessoal e tecnicamente.

VI. Participar, sempre que possível, da prática profissional interdisciplinar; e respeitar as normas e princípios éticos das outras categorias.

Rotinas

a) Atender aos familiares nos casos de Óbitos internos;
b) Realizar reuniões sócio educativas, e salas de espera com os Usuários dos vários ambulatórios, abordando temas relacionados aos direitos sociais, cidadania e qualidade de vida;
c) Entrevistar os/as usuários/as, em regime de internação, que estão em tratamento no Hospital, a fim de identificar a problemática social,
d) Realizar visitas domiciliares para Estudo Socioeconômico e Familiar;

e) Coordenar o Serviço de Registro Civil e orientar os pais/responsáveis, da importância do mesmo;
f) Orientar e encaminhar os/as usuários/as do Hospital para a rede social: instituições públicas; instituições privadas e ONGs;
g) Articular com as Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba os direitos dos usuários com relação ao TFD, dos usuários que estejam em tratamento no Hospital;
h) Orientar aos familiares, quando necessário sobre Doação de Órgãos, Tecidos e Hemoderivados;
i) Articular com os setores competentes do Hospital o acolhimento humanizado e o acesso aos serviços disponibilizados na instituição;
j) Notificar aos Conselhos de Direitos e Promotorias, questões relacionadas a crianças, adolescentes, idosos, vítimas de violências, etc., em casos de suspeita e/ou violação de direitos;
k) Visita diária aos leitos;
l) Orientações quanto às Normas e Rotinas;
m) Visita domiciliar;
n) Resgate de familiares de pacientes não identificados;
o) Remoção;
p) Orientação quanto a Classificação de Riscos e quanto aos encaminhamentos para a Atenção Básica ou outros componentes da Rede de Atenção à Saúde;
q) Articular ações intersetoriais mediante dados da situação de vulnerabilidade social dos pacientes, visando acesso e inclusão social dos mesmos;
r) Realizar investigação social, bem como situação jurídica e civil, de todos os pacientes sob sua responsabilidade técnica e orientar os usuários para obtenção de benefícios junto ao INSS;
s) Apresentar à equipe estudo sobre problemas sociais do paciente a fim de detectar fatores socioeconômicos que venham interferir no tratamento do paciente, através da anamnese social;
t) Subsidiar os relatórios multidisciplinares com informações socioeconômicas e familiares (diagnóstico social) dos pacientes;
u) Realizar pesquisas de interesse do Serviço Social;
v) Realizar contato e visitas na rede de serviços de saúde, serviços de Assistência Social e serviços de saúde do município para acessá-los em benefício do paciente/familiares;

w) Manter-se informados sobre as situações de alta e comunicar aos familiares ou órgãos responsáveis;
x) Agendamento de transporte para acompanhamento e/ou locomoção de pacientes de alta, atendimento extra hospitalares, visitas hospitalares, audiências, viagens e demais necessidades relacionadas ao bem-estar e direito do paciente;
y) Autorização para entrada de menor e dentre outras atividades.

6.4.2. Instruções para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.

6.4.2.1. Fisioterapia

O Serviço de Fisioterapia do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será especializado no cuidado aos pacientes internados nas áreas de observação e nos leitos de internação/UTI. Terá cobertura de acordo com a prescrição médica, realizando fisioterapia motora e respiratória a partir de Protocolos de Atendimento, condutas padronizadas e técnicas baseadas nas mais modernas evidências científicas.

O papel dos profissionais da Equipe de Fisioterapia torna-se cada vez mais complexo face à constante qualificação dos serviços de assistência à saúde, que não se limitam mais a garantir sobrevida, mas a oferecer qualidade de vida às pessoas. Assim, a atuação do Fisioterapeuta no processo saúde-doença assume papel decisivo para garantir, principalmente qualidade de vida à população.

A importância da fisioterapia vai do aspecto assistencial a redução do custo financeiro: o tratamento de pacientes em fase de recuperação, seja de traumas ou cirurgias, resulta em uma maior agilização das altas, o que aumenta a rotatividade dos leitos, diminui as chances de infecções hospitalares, minimiza os custos com remédios e oxigênio, e, principalmente, fornece uma melhor qualidade de vida ao paciente. A Equipe de Fisioterapia atuará reduzindo os riscos próprios da internação hospitalar, contando com modernos recursos para avaliação, monitorização e tratamento respiratório e equipamentos específicos para as atividades de reabilitação motora.

Os principais objetivos da atuação da Equipe de Fisioterapia do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** são os de minimizar os efeitos da imobilidade no leito, prevenir e/ou tratar as complicações respiratórias e motoras bem como promover integração sensória motora e cognitiva. A atuação objetiva preservar, desenvolver e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções.

O paciente seja ele clínico ou cirúrgico pode apresentar-se em diversas condições de saúde, com isso, conforme as necessidades apresentadas priorizam-se determinadas técnicas, visando maior efetividade nas condutas e utilização dos recursos disponíveis. Dessa maneira o fisioterapeuta participa ativamente na recuperação do paciente, com consequente redução no período de permanência de internação hospitalar.

O prolongado tempo de internação, posicionamento inadequado com falta de mobilização predispõe a modificações morfológicas dos músculos e tecidos conjuntivos. Em alguns casos apresentam: alterações no alinhamento biomecânico, comprometimento de resistência cardiovascular, que ocorrem em exigências funcionais para realização de movimentos coordenados. Evoluindo com contraturas articulares, diminuição do trofismo e força muscular, e aparecimento de úlceras de pressão.

O fisioterapeuta atuando sobre os efeitos deletérios da hipo ou inatividade do paciente acamado no âmbito hospitalar contribui na redução da taxa de mortalidade, taxa de infecção, tempo de permanência na UTI, índice de complicações no pós-operatório. O papel dos profissionais da Equipe de Fisioterapia, torna-se cada vez mais complexo face à constante qualificação dos serviços de assistência à saúde, que não se limitam mais a garantir sobrevida, mas a oferecer qualidade de vida às pessoas. Assim, a atuação do Fisioterapeuta no processo saúde-doença assume papel decisivo para garantir, principalmente qualidade de vida à população.

A importância da fisioterapia vai do aspecto assistencial a redução do custo financeiro: o tratamento de pacientes em fase de recuperação, seja de traumas ou cirurgias, resulta em uma maior agilização das altas, o que aumenta a rotatividade dos leitos, diminui as chances de infecções hospitalares, minimiza os custos com remédios e oxigênio, e, principalmente, fornece uma melhor qualidade de vida ao paciente. O Fisioterapeuta, além de atuar nas áreas de terapêutica e reabilitação vai desenvolver programas de prevenção, proteção e promoção da saúde, trabalhando de forma efetiva com outros profissionais da área de assistência à saúde, no

sentido de obter resultados benéficos junto ao paciente.

Abrangência, Equipe e Horário

Os pacientes internos e egressos do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** das seguintes áreas:

Unidades de Terapia Intensiva: 3 profissionais

Obedecendo à Resolução nº 7 da ANVISA que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, disporemos de 3 (três) Fisioterapeutas para a UTI, afim de contemplar diariamente os 10 leitos em três turnos de serviço, perfazendo o total diário de 18 horas de cobertura.

Ainda, obedecendo aos requisitos da RDC 7, e afim de contemplar 18 horas de atendimento aos 10 leitos da UTI, e observando o quantitativo de 10 pacientes por Fisioterapeuta, disporemos de 3 (três) Fisioterapeutas para que sejam atendidos diariamente todos os pacientes lá internados.

Assim, os horários de atendimento serão: 06:00h às 12:00h, 12:00h às 18:00h e 18:00h às 00:00h.

Leitos Clínica Médica e Cirúrgica: 02 profissionais

Para os pacientes internados nos 21 leitos da Clínica Médica e nos 24 leitos da Clínica Cirúrgica, teremos o quantitativo de 02 (dois) Fisioterapeutas para contemplar atendimentos nos períodos matutino e vespertino, diariamente inclusive aos finais de semana, com horários de abrangência das 07:00h às 13:00h e das 13:00h às 19:00h.

Os pacientes internados nas diversas multiespecialidades serão atendidos pela Equipe de Fisioterapia a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Assim, esse fluxo permitirá atendimento e acompanhamento aos pacientes de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção fisioterapêutica e possibilitará adequação da equipe.

Ambulatório: 01 profissional

Será feita a avaliação, o diagnóstico cinético-funcional, a prevenção e o tratamento dos

distúrbios do movimento humano que são decorrentes de alguma alteração ocorrida nos órgãos ou sistemas do paciente. Para ter acesso aos serviços ambulatoriais de fisioterapia, além de ser encaminhado pelo médico, com o diagnóstico clínico, o paciente deverá levar a autorização de consulta emitida pelo setor de Marcação de Consultas do Hospital. Após a alta, os que necessitam de continuidade do tratamento são encaminhados ao ambulatório. Horários de atendimento: 7:00 às 13:00.

Leitos de Observação e Pronto Socorro: 01 profissional

Na necessidade de prestar auxílio de atendimento ao paciente crítico, devido ao alto risco de insuficiência respiratória, o Fisioterapeuta atuará desde a prevenção de intubação com o uso de Ventilação Mecânica não Invasiva, ou até mesmo no auxílio à intubação, favorecendo a monitorização respiratória através de ventilação mecânica invasiva protetora, visando a segurança do paciente.

Os 4 leitos de Observação/Pronto Socorro serão contemplados com 1 (um) Fisioterapeuta por período, que atenderá os pacientes nos períodos matutinos e vespertinos, inclusive aos finais de semana sob escala de plantão. Horários de atendimento: 7:00 às 13:00 e das 13:00 às 19:00h.

Atribuições e Normas

I. Instituir tratamento fisioterapêutico humanizado, através de atendimento individualizado, chamando-os pelos nomes e dando atenção às suas queixas; com o objetivo de reduzir a depressão e a ansiedade do paciente, dando-lhes confiança de um ambiente seguro e tranquilo;
II. Instituir exercícios respiratórios específicos com o objetivo de aumentar a capacidade funcional, reduzindo risco de complicações pulmonares;
III. Realizar treinamento da equipe através da racionalização de recursos para adequada utilização dos mesmos, que implica na utilização dos produtos de melhor relação custo/benefício, ou seja, utilização de equipamentos que não exijam alto custo de investimento e tenham menor custo de manutenção, reparação e reposição de insumos;
IV. Instituir exercícios motores, com atividade musculoesquelética no leito, específica para o doente crítico, ou pré ou pós cirúrgicos;
V. Instituir o mais precoce possível mudança de decúbito, sedestração no leito e deambulação precoce com liberação da equipe médica com o objetivo de devolver ao

paciente/pais a capacidade de realizar as atividades de vida diária (higiene oral, pessoal, etc.);

VI. Produzir relatório de atendimento fisioterapêutico com orientações específicas de exercícios individualizados.

VII. Para a atuação nas diferentes áreas, os profissionais deverão comprovar habilitação para realizar o diagnóstico dos distúrbios cinético-funcionais, prognóstico, prescrição, intervenção e alta, com responsabilidade, ética e autonomia, de forma a garantir a eficiência, qualidade e segurança para o paciente.

VIII. Para prestar a assistência fisioterapêutica, o profissional deverá respeitar os princípios da bioética, observando normas, rotinas e diretrizes técnico administrativas da unidade.

IX. A Fisioterapia motora e respiratória intra hospitalar será realizada com base nos protocolos assistenciais e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's), cabendo ao Fisioterapeuta determinar ou eleger a intervenção adequada a cada paciente.

X. A fisioterapia deverá emitir relatórios das atividades até o 5º dia útil de cada mês, contendo as informações sobre os indicadores de produtividade (atendimentos, procedimentos e atividades de ensino/pesquisa);

XI. Elaborar em parceria com o setor de recursos humanos programa de educação permanente, tais como: seminários, grupo de estudo e estudos de caso;

XII. Acompanhar planejamento estratégico do setor de fisioterapia;

XIII. Coordenar a elaboração, implantação de protocolos de boas práticas do serviço;

XIV. Discutir estratégias de funcionamento interno;

XV. Acompanhar resoluções burocráticas de funcionamento interno;

XVI. Conhecimento e deliberação de solicitação de férias e demais atividades, como participação em eventos;

XVII. Cumprir e fazer cumprir a legislação específica que regulamenta o exercício profissional da fisioterapia:

- Decreto Lei nº 938 de 1969, que regulamenta o exercício profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências.

- Resolução COFFITO nº 8 de 1978, que define as normas para habilitação ao exercício das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e dá outras providências.

- Resolução COFFITO nº 10 de 1978, que aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Rotina

a) Toda sessão de fisioterapia deverá ser realizada somente com prescrição médica.
b) O profissional deverá passar diariamente nas unidades de internação, observando os pacientes com prescrição de fisioterapia.
c) Deverá se aproximar do paciente explicando os procedimentos que serão realizados e se necessário solicitar ajuda da equipe de enfermagem ou do acompanhante.
d) Todas as atividades realizadas deverão estar registradas em prontuário, devidamente assinado e carimbado.
e) O trabalho será realizado em sintonia com as equipes médicas e multiprofissional, realizando discussões, compartilhando o conhecimento e unificando o tratamento, o que permitirá maior eficiência ao serviço prestado.

6.4.2.2. Psicologia

A atuação da Equipe de Psicologia do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, não se refere apenas à atenção direta ao paciente. Refere-se também a atenção que é dispensada à família e a equipe de saúde, dentro de sua atuação profissional. A atuação do psicólogo hospitalar promove mudanças, atividades curativas e de prevenção, diminui o sofrimento que a hospitalização e a doença causam ao paciente.

Os diagnósticos de cada caso são feitos a partir da representação que o paciente tem da doença e em particular da sua doença, e que envolve os aspectos de sua formação cultural, social e individual. A Equipe de Psicologia deve estar alerta, principalmente, para a maneira como o paciente reage frente ao diagnóstico de sua doença, como a sua vida psíquica e sua vida social interfere na dinâmica subjetiva, e também como se estabelecem as relações psicológicas entre o paciente, a família e a equipe de saúde.

De acordo com Cabral citando Rodríguez e Marín (2003) a Psicologia Hospitalar é um conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as várias correntes da psicologia oferecem para prestar uma assistência de maior qualidade aos pacientes hospitalizados. O psicólogo hospitalar é o profissional que detém esses saberes e técnicas para aplicá-los de forma sistemática e coordenada, sempre com o intuito de melhorar a assistência integral do sujeito hospitalizado. O trabalho do psicólogo hospitalar é especificamente direcionado ao restabelecimento do estado de saúde do paciente ou, ao controle dos sintomas

que comprometem bem-estar do paciente.

A área de Psicologia do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** terá ainda sua atuação nas funções:

- Auxílio à adaptação, intervindo na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado;
- Interconsulta, auxiliando outros profissionais na atenção com o paciente;
- Intervenção, por meio de delineamento e execução de programas com os demais profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes;
- Gestão de recursos humanos, aprimora os serviços dos profissionais da instituição, o que contribui de forma significativa para a promoção de saúde;
- Acompanhamento psicológico junto à família do paciente pois, o familiar vivencia um momento de crise acometido pelo sentimento de impotência frente a moléstia de seu ente querido, e também seu temor pelo falecimento.
- avalia o estado emocional do paciente e da família e o impacto do adoecimento e da internação para ambos. Avalia também, as possíveis crenças ou ideias distorcidas que os familiares tem em relação ao quadro clínico do paciente, e a relação do paciente e da família com a equipe profissional, uma vez que, todos esses fatores podem influenciar no tratamento.

A partir destas considerações o profissional da psicologia fará suas intervenções.

Os psicólogos hospitalares atuam como intérpretes das demandas do paciente, da família e da equipe profissional. Ele atua como facilitador do diálogo entre essa tríade, e dispensa apoio psicológico a família, assim como esclarecimento de suas dúvidas. A inserção do psicólogo no Hospital irá gerar qualidade, e ampliará a promoção da saúde e a melhor qualidade nos atendimentos hospitalares.

A psicologia no contexto hospitalar atuará para a melhor integração, e compreensão das diferentes práticas teóricas, minimizando os espaços entre as diversidades dos saberes, e lapida o cuidado à saúde e a prevenção de doenças. Assim, será possível estabelecer as condições adequadas de atendimento aos pacientes, familiares e melhor desempenho das equipes de saúde no Hospital.

Abrangência, Equipe e Horário

O Serviço de Psicologia do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será especializado no cuidado aos pacientes internados nas áreas de acolhimento, observação e nos leitos de internação, com condutas padronizadas e técnicas baseadas nas mais modernas evidências científicas. Também atuará junto às famílias dos pacientes.

O serviço será de caráter assistencial de funcionamento de segunda a sexta-feira no período diurno, composto por 2 profissionais Psicólogos, sendo um deles o Coordenador do Serviço. Horários de atendimento: 7:00 às 13:00 e 13: às 19:00.

Atribuições e Normas

Psicólogo Coordenador

I. Propor à Direção da Instituição a Política de Ação e o Plano Geral do Serviço de Psicologia;
II. Planejar, coordenar e supervisionar as atividades do Serviço de Psicologia, realizando periodicamente reuniões avaliativas do ponto de vista técnico e administrativo;
III. Representar o Serviço de Psicologia junto aos órgãos competentes;
IV. Manter entrosamento com os demais setores da Instituição através de reuniões periódicas com a Diretoria, Gerentes, Coordenadores, visando uma melhor articulação do trabalho desenvolvido;
V. Prever e adequar recursos humanos e materiais de acordo com a necessidade do serviço e a programação estabelecida;
VI. Adotar medidas de ordem administrativa relativa à elaboração e controle de escalas de serviço de pessoal, para observância da frequência, horário de trabalho, férias, afastamentos, penalidades, além do levantamento de dados estatísticos das atividades do Serviço de Psicologia;
VII. Encaminhar periodicamente à Direção, relatórios avaliativos (qualitativa e quantitativamente) das atividades desenvolvidas, bem como prestação de contas dos gastos efetuados pelo setor;
VIII. Cumprir e fazer cumprir as ordens de serviços, portarias e regimento da instituição, participando das reformulações deste último, quando necessário;
IX. Estimular as atividades de pesquisa no campo da Psicologia;

X. Garantir que o trabalho do Serviço de Psicologia se desenvolva em consonância com as suas atribuições específicas, visando a qualidade no atendimento ao usuário;

XI. Facilitar a participação da equipe do Serviço de Psicologia em atividades de cunho técnico/científico, visando o aprimoramento profissional;

XII. Manter articulação com órgãos de classe representativos da categoria;

XIII. Cumprir e fazer cumprir a legislação que regulamenta o exercício profissional do Psicólogo:

- Lei nº 4.119 de 1962, que regulamenta a profissão de Psicólogo;

- RESOLUÇÃO CFP Nº 010/05 que aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo.

Psicólogo Assistencial:

I. Realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente;

II. Elaborar criticamente o diagnóstico, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas, éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na sua atuação profissional;

III. Contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;

IV. Encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;

V. Emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;

VI. Emitir relatórios das atividades até o 5º dia útil de cada mês, contendo as informações sobre os indicadores de produtividade (atendimentos, procedimentos e atividades de ensino /pesquisa);

VII. Manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;

VIII. Humanizar todos os atos dos profissionais nos contatos com os pacientes e seus familiares;

IX. Manter os registros atualizados sobre os pacientes atendidos;

X. Elaboração de relatório das atividades mensais referentes ao serviço de psicologia;

XI. Encaminhamento de pacientes para o acompanhamento psicológico após alta hospitalar;

XII. Respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional.

O Psicólogo Hospitalar atuará em três níveis de atenção:

- Psicoterapêutico: busca expressão e elaboração de medos, fantasias e outras emoções e sentimentos que podem levar o paciente/responsáveis a um contato mais profundo consigo mesmo e com seus recursos positivos para lidar com este momento de crise. Oferecerá suporte psicológico frente às situações mobilizadoras:

a) Tentativa de suicídio;
b) Paciente/responsável em sofrimento psíquico desencadeado pela doença ou hospitalização (apático, dificuldade para interagir com a equipe e/ou familiar, choroso, poliqueixoso, agressivo, pouco colaborativo com o tratamento, entre outros);
c) Paciente/familiar que apresente sintoma somático em função de algum sofrimento psíquico (distúrbio neurovegetativo, piti histérico);
d) Acompanhar as alterações comportamentais e afetivas dos pacientes/responsáveis e familiares (agressividade, labilidade afetiva, entre outros);
e) Vítimas de violência (maus tratos, abuso sexual);
f) Cirurgias mutiladoras, como: amputação de membros, perda da visão, entre outros;
g) Pacientes com história de transtorno psiquiátrico;
h) Pacientes usuários de drogas;
i) Acompanhamento e acolhimento da família durante a notícia de óbito.

- Psicoprofilático: prepara o paciente para procedimentos.

a) Verificação da percepção do paciente/familiar acerca dos procedimentos e intervenções utilizados;
b) Facilitar as adaptações frente às mudanças e limitações impostas pela doença, pela hospitalização e pelo tratamento;
c) Avaliar a possibilidade de um surto psicótico (agitação psicomotora; desorientação alopsíquica – quem é, onde está, o que faz; alteração do senso percepção – ideias deliróides, alucinação, ente outros);
d) Favorecer o relacionamento de confiança entre o paciente, o familiar e a equipe;
e) Encaminhamento de pacientes e/ou familiares para unidades de referência do Estado/Município.

- Psicopedagógico: ajuda a esclarecer, junto com outros profissionais, detalhes e explicações sobre a doença/tratamento.

<u>O Papel do Psicólogo nas Unidades de Internação: Clínicas Médica e Cirúrgica</u>

Nesta unidade assistencial, o psicólogo deverá atuar exercendo as seguintes funções:

Realizar Visita Psicológica: Os pacientes das enfermarias do Hospital serão atendidos pelo Serviço de Psicologia, como interconsulta, quando solicitado pela equipe ou visitados no leito com o objetivo de avaliar/triar transtornos mentais de ajustamento ou de comportamento. Nessa etapa, paciente e acompanhante serão avaliados e receberão atenção psicológica observando os seguintes critérios:

- Primeira internação;
- Duração da internação hospitalar;
- Histórico de regresso para internações;
- Gravidade da patologia;
- Queixa do paciente/ família frente às rotinas procedimentos hospitalares e internação;
- Adaptação à doença;
- Recursos de enfrentamento.

Realização de Avaliação Psicológica: Essa é uma fase de ampliação da visita psicológica com os pacientes que apresentaram distúrbios durante a triagem, e é quando o psicólogo deve observar as seguintes questões:

- Possíveis alterações cognitivo/comportamentais frente à doença, principalmente relacionadas à falta de compreensão do diagnóstico, prognóstico, entre outros;
- Avaliar incompatibilidade entre sintomatologia e quadro clínico;
- Identificar e intervir em caso de ansiedade, depressão e avaliação do estado de saúde geral do paciente;
- A autonomia e a participação efetiva do paciente/responsável nas decisões sobre seu tratamento e sua própria vida, englobando relações afetivas, familiares, sociais e de trabalho.
- Atuação junto à equipe de saúde:
- Orientar nas condutas mais adequadas relativas aos aspectos psicológicos dos pacientes e seus familiares;
- Estimular e ajudar a comunicação entre paciente/família/ equipe;
- Auxiliar na identificação de sentimentos e comportamentos dos pacientes/responsáveis, visando despertar na equipe a atenção aos conteúdos emocionais que os afetam e a sua família, através de informações compartilhadas

após os atendimentos;

- Estimular a constante reflexão sobre o cuidado humanizado.

Acompanhamento Cirúrgico:

- Controle informacional: intervenções concentradas nos procedimentos e/ou nas sensações físicas particulares que acompanham o tratamento médico;
- Controle cognitivo: intervenções que direcionem a atenção do paciente para os aspectos positivos do procedimento ao invés de se voltar para os sentimentos de desconforto;
- Controle comportamental: intervenções que ensinam técnicas para controlar a dor e acelerar a recuperação durante e após o procedimento médico.

O atendimento psicológico respeitará sempre a individualidade de cada doente/responsáveis e seus recursos para lidar com a situação de crise. Assim, resgatando o humano e integrando a humanização do atendimento à técnica científica, o psicólogo hospitalar redimensionará o conceito de cura ampliando-o para todos os níveis do ser humano.

O Serviço de Psicologia dará apoio aos pacientes e familiares em todos os momentos de sua permanência no hospital, inclusive acompanhando pacientes terminais, buscando acolher e apoiar as famílias em casos de óbitos.

Rotinas

a) O Serviço de Psicologia atenderá a todos os usuários que recorram a este serviço, dando os encaminhamentos peculiares a cada caso e/ou situação;
b) O Serviço de Psicologia procederá à entrevista inicial com pacientes e/ou familiares, responsável ou colateral, estabelecendo seu plano para intervenção;
c) O Serviço de Psicologia manterá contato com os pacientes sempre que se fizer necessário;
d) O Serviço de Psicologia participará do processo de alta a pedido, juntamente com o médico e enfermeiro, através da reflexão com o paciente/responsável acerca das consequências desta solicitação, ressaltando a necessidade de assinatura do mesmo em termo específico;
e) O Serviço de Psicologia participará do planejamento de programas na formulação e reformulação de normas e rotinas gerais do hospital;
f) O Serviço de Psicologia deverá promover pesquisas e participar dentro sua

especialidade de outras pesquisas na de área em saúde, em consonância com normas estabelecidas pelo Hospital;

g) O Serviço de Psicologia deverá manter-se informado a atualizado acerca dos recursos disponíveis na comunidade; O Serviço de Psicologia deverá manter registro sistemático de suas atividades em Folha de Evolução do Serviço de Psicologia, devendo constar de:
h) Avaliação e investigação junto aos pacientes e ou familiares para intervenção das questões emocionais;
i) Investigação da compreensão e entendimento por parte dos pacientes e familiares das informações passadas pela equipe medica e de enfermagem;
j) Dados psicológicos referentes aos pacientes que sejam pertinentes a equipe de saúde e que possam contribuir com o tratamento.

6.4.2.3. Fonoaudiologia

A fonoaudiologia hospitalar é a área da fonoaudiologia que atua com o paciente ainda no leito, de forma precoce, preventiva, intensiva, pré e pós-cirúrgica, centro de reabilitação hospitalar, dando respaldo técnico e prático à equipe interdisciplinar em que atua, esclarecendo que o objetivo maior é impedir ou diminuir as sequelas nas formas de comunicação que a patologia-base possa deixar.

A intervenção fonoaudiológica inicia-se tão logo os sinais vitais do paciente estejam restabelecidos pela equipe médica que o assiste, sendo realizada sem horário estipulado e com maior a maior frequência possível.

Tão necessária quanto a atuação dos diversos profissionais é a vontade de melhora vinda por parte dos pacientes, a qual deve ser reafirmada a cada instante, para êxito por parte de quem trata e de quem é tratado (Luz, 1999).

O trabalho do fonoaudiólogo dentro do hospital fará parte de uma atuação preventiva e terapêutica, a fim de interceptar os processos patológicos. Para que o fonoaudiólogo atue nesta área será necessário possuir conhecimentos em audiologia, linguagem, M.O e voz dentro do ambiente hospitalar adquirindo conhecimento sobre atuação de outros profissionais.

Abrangência, Equipe e Horário

O Serviço de Fonoaudiologia do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos**

Dr. Geraldo Landó de caráter assistencial de funcionamento de segunda a sexta-feira no período diurno,

composto por 2 profissionais Fonoaudiólogos que atenderão as demandas do Alojamento Conjunto; Ambulatório, Unidade de Clínica Médica e Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Horários de atendimento: 7:00 às 13:00 e 13: às 19:00.

Atribuições e Normas

I. Coordenar periodicamente o setor e realizar estatísticas dos atendimentos;
II. Coordenar qualidade dos atendimentos, eficácia e tempo médio de atendimento;
III. Supervisionar as triagens auditivas e teste do trêmulo lingual dos RNs;
IV. Avaliar qualificações e habilidades dos profissionais que prestam serviços de Fonoaudiologia;
V. Participações de reuniões e discussões de casos;
VI. Aderir e participar dos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
VII. Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
VIII. Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
IX. Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
X. Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
XI. Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
XII. Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado, envolver os familiares dos pacientes no processo decisório da assistência;
XIII. Supervisionar e orientar os profissionais de sua equipe quanto a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), necessários para a prática de suas atividades;
XIV. Ter conhecimento do diagnóstico base e do quadro clínico e evolutivo do paciente e ciência da conduta multidisciplinar que venha a causar risco ao assistido;
XV. Conhecer como proceder no uso da sonda e seus equipamentos na aspiração traqueal e de vias aéreas. Esta prática deve ocorrer vinculada ao atendimento fonoaudiólogo e não como função isolada;
XVI. Estudar e analisar detalhadamente os prontuários e os exames complementares,

respaldando a tomada de condutas fonoaudiológicas ao paciente assistido no leito;

XVII. Realizar avaliação das funções estomatognáticas (sucção, deglutição, respiração, mastigação e fonoarticulação);

XVIII. Avaliar quadros de afasia, diferenciando as alterações da linguagem de outras alterações cognitivas como apraxia e agnosia.

XIX. Fornecer diagnóstico diferencial das alterações da fala e da linguagem.

XX. Indicar a consistência adequada para uma ingesta segura para o paciente;

XXI. Reavaliar diariamente o paciente, visando possíveis alterações de condutas terapêuticas, adequando-as às condições clínicas e alta fonoaudiológica;

XXII. Fornecer orientação fonoaudiológica aos pacientes e familiares durante todo o processo terapêutico e na alta hospitalar, considerando fatores sociais, culturais e ambientais;

XXIII. Favorecer técnicas de promoção de saúde e prevenção de agravos fonoaudiológicos (incentivo ao aleitamento materno, teste da orelhinha, entre outros);

XXIV. Implantar o programa de triagem auditiva neonatal, com profissional habilitado e equipamentos adequados, executando o exame, se possível, nas primeiras 48 (quarenta e oito) horas de vida do recém-nascido;

XXV. Realizar laudo funcional da deglutição nos exames complementares, em conjunto com o profissional médico (Otorrinolaringologista, Cirurgião de Cabeça e Pescoço, entre outros);

XXVI. Promover ao paciente os recursos terapêuticos disponíveis e necessários ao tratamento e restabelecimento de sua qualidade de vida;

XXVII. Informar ao paciente/responsável quanto ao diagnóstico e prognóstico fonoaudiológicos, procedimentos adotados e tempo provável de duração do tratamento;

XXVIII. Colaborar, junto à equipe multidisciplinar, no desmame e retirada da cânula de traqueostomia, sendo o responsável em definir as características da deglutição e manejo da saliva;

XXIX. Colaborar, junto à equipe multidisciplinar, na indicação da via alternativa de alimentação, sendo o responsável em fornecer o parecer sobre os riscos de disfagia;

XXX. Instituir e utilizar os protocolos específicos para o setor (UCI, enfermaria, entre outros);

XXXI. Realizar obrigatoriamente o registro, no prontuário e no livro de ocorrência, das atividades desenvolvidas e procedimentos realizados para garantir continuidade da assistência fonoterápica;

XXXII. Estabelecer relação interdisciplinar com outros fonoaudiólogos e profissionais de

áreas afins pautada nos princípios éticos;

XXXIII. Participar de visitas multidisciplinares aos pacientes, nas quais são discutidos os casos clínicos e definições de condutas;

XXXIV. Participar das reuniões clínicas do setor que está inserido.

XXXV. Promover o Programa de Educação Continuada para os Profissionais da Área de Saúde, objetivando maior esclarecimento e adesão acerca dos riscos e medidas preventivas a serem adotadas com o paciente;

XXXVI. Obedecer às normas de biossegurança vigentes e da instituição para controle de infecção hospitalar.

XXXVII. Contribuir, discutindo junto com a equipe multidisciplinar, sobre as condutas nos Cuidados Paliativos.

XXXVIII. Cumprir a legislação específica do Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia, quando na condição de fonoaudiólogo responsável técnico (RT).

Rotinas

a) Orientar e treinar a equipe para identificação e encaminhamento para avaliação dos pacientes com possíveis alterações fonoaudiológicas;
b) Realizar avaliação clínica das funções de sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e audição;
c) Realizar intervenção nas alterações fonoaudiológicas encontradas em avaliação clínica – habilitação, reabilitação, compensação, adaptação e gerenciamento dos distúrbios apresentados;
d) Realizar avaliação, acompanhamento e evolução dos lactentes em relação ao treino da amamentação e às condições sensório-motoras-orais; bem como realizar orientações ao binômio (mãe-bebê) sobre o manejo clínico da lactação;
e) Realizar assistência à alimentação adequando a consistência alimentar, o volume, o ritmo da oferta, os utensílios, as manobras e as posturas necessárias para administração da dieta por via oral de forma eficiente e segura;
f) Colaborar na indicação de colocação e retirada de via alternativa de alimentação, além de realizar pareceres e estabelecer condutas nos casos atendidos;
g) Realizar avaliação, acompanhamento e evolução dos aspectos relacionados com a fonação, a articulação e a linguagem oral;
h) Realizar triagem auditiva neonatal universal (TANU) nos pacientes nascidos neste nosocômio, bem como o acompanhamento dos casos alterados. Indicar

encaminhamentos para avaliações e intervenções complementares quando houver critérios de risco;

i) Estabelecer terapias, estimulações específicas a cada caso e acompanhamentos necessários para as alterações encontradas nos pacientes atendidos;
j) Discutir os casos com a Equipe Multiprofissional;
k) Orientar, junto com os demais profissionais de saúde, o paciente, a família ou o responsável legal, quanto aos cuidados relacionados às funções de sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e audição;
b) Garantir os registros do acompanhamento e das condutas fonoaudiológicas, preenchendo e mantendo atualizados os prontuários clínicos;
c) Participar e promover atividades de educação continuada, garantindo a atualização da equipe sobre aspectos relacionados à Fonoaudiologia.

6.4.2.4. Terapia Ocupacional

O Serviço de Terapia Ocupacional atuará na promoção da qualidade de vida, habilitando ou reabilitando o indivíduo para desempenhar, de forma satisfatória, suas atividades de vida diária: autocuidado corporal, atividades rotineiras da vida pessoal (direção veicular, uso de aparelhos de comunicação, finanças pessoais etc.), trabalho, estudo, lazer e participação social. Para atingir este objetivo, o terapeuta utiliza atividades terapêuticas e recursos de tecnologia assistida (adaptações, cadeiras de rodas, órteses, recursos de informática, entre outros). A ideia é adaptar o ambiente e/ou os acessórios utilizados no dia a dia do paciente, para torná-lo mais autônomo e seguro em sua rotina ocupacional e no desempenho das tarefas cotidianas.

O Serviço de Terapia Ocupacional do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** irá atender pacientes clínicos ou cirúrgicos, internados ou ambulatoriais, cuja capacidade para desempenhar atividades cotidianas estejam ameaçadas ou interrompidas por incapacidades temporárias ou permanentes.

Abrangência, Equipe e Horário

A equipe oferecerá atendimento diferenciado e individualizado a pacientes clínicos, cirúrgicos, em cuidados paliativos, em cuidados intensivos, adultos, pediátricos e geriátricos.

Nas Clínicas Médica e Cirúrgica, a Terapia Ocupacional buscará enriquecer o tratamento oferecido na instituição, por meio de intervenções específicas nos déficits de

componentes do desempenho como a sensibilidade, amplitude de movimento, tônus muscular, força muscular, reflexos, coordenação motora, destreza, cognição, percepção, interação social e orientando nas áreas de desempenho ocupacional: atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária.

Na Unidade de Terapia Intensiva a atuação dos profissionais estará voltada para prevenção e/ou redução da deterioração das habilidades e componentes necessários ao desempenho ocupacional do paciente, auxiliando na recuperação e na diminuição do tempo de internação, por meio de atividades expressivas/construtivas e lúdicas, de estimulação percepto cognitiva e sensório-motora controlada e humanização do ambiente.

O trabalho será realizado em sintonia com as equipes médicas e multiprofissional, realizando discussões, compartilhando o conhecimento e unificando o tratamento, o que permitirá maior eficiência ao serviço prestado.

O serviço será composto por 1 profissional que realizam atendimento aos usuários (pacientes, familiares e acompanhantes) nos seguintes serviços: Unidades de Internação, Ambulatório e Unidade de Terapia Intensiva.

Os pacientes internados nas diversas multi especialidades serão atendidos pela equipe a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente. Assim, esse fluxo permitirá atendimento e acompanhamento aos pacientes de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção terapêutica e possibilitará adequação da equipe.

Horários de atendimento: 7:00h às 13:00h.

Atribuições e Normas

I. Assumir responsabilidade técnica por serviço de Terapia Ocupacional, em caráter de urgência, quando designado ou quando for o único profissional do setor, atendendo à Resolução específica;
II. Exercer sua atividade com zelo, probidade e decoro e obedecer aos preceitos da ética profissional, da moral, do civismo e das leis em vigor, preservando a honra, o prestígio e as tradições de sua profissão;
III. Utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los contínua e permanentemente, para promover a saúde e o bem-estar, favorecer a

participação e inclusão social, resguardar os valores culturais e prevenir condições sócios-ambientais que impliquem em perda da qualidade de vida do cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade;

IV. Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional e exigir o mesmo comportamento do pessoal sob sua direção, salvo em situações previstas em lei;

V. Colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, sem pleitear vantagem pessoal incompatível com o princípio de bioética de justiça;

VI. Oferecer ou divulgar seus serviços profissionais de forma compatível com a dignidade da profissão e a leal concorrência;

VII. Assumir seu papel na determinação de padrões desejáveis do ensino e do exercício da Terapia Ocupacional;

VIII. Contribuir para promover a universalização dos direitos sociais, o respeito e a promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, oportunizando no âmbito de sua atividade profissional, o acesso e o exercício dos mesmos;

IX. Contribuir, com seu trabalho, para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, preenchendo e encaminhando formulários oficiais de notificação compulsória ou quaisquer dessas ocorrências às autoridades competentes ou outros quando constatadas;

X. Cumprir os Parâmetros Assistenciais e o Referencial Nacional de Procedimentos Terapêuticos Ocupacionais normatizados pelo COFFITO;

XI. Cumprir e fazer cumprir os preceitos contidos neste Código, independente da função ou cargo que ocupar, e levar ao conhecimento do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional o ato atentatório a qualquer de seus dispositivos, salvo as situações previstas em legislação específica.

Rotinas

a) Eleger métodos, técnicas e recursos pertinentes e adequados aos contextos hospitalares para avaliar e realizar diagnóstico terapêutico ocupacional dos pacientes;

b) Avaliar o paciente através da coleta de informações sobre o motivo da internação, história da doença, história de vida, dos seus valores, de interesses, do modo de viver, de sua relação sociofamiliar, do trabalho, do lazer e suas expectativas diante do futuro;

c) Intervir e tratar o mais precoce possível utilizando os devidos procedimentos de terapia ocupacional;
d) Favorecer a continuidade do desenvolvimento global do paciente, oportunizando experiências positivas de aprendizado e desenvolvimento de habilidades, e de inserção social, por conseguinte a prevenção da saúde mental, por meio do processo terapeuta-paciente-atividade;
e) Oportunizar aos pacientes e familiares condições para expressão de seus temores e percepções sobre a doença, mediante acolhimento e escuta terapêutica;
f) Desenvolver, durante a internação, atividades adequadas ao perfil do paciente, individualmente ou em grupo, favorecendo os interesses normais, a criatividade, o brincar e o lazer;
g) Facilitar o processo de adaptação ao cotidiano hospitalar de modo que ocorra a minimização dos aspectos negativos da internação pela ruptura da rotina e afastamento de seus objetivos de vida, dos objetos e redes sociais;
h) Instituir com o paciente, a família, o acompanhante, e a equipe um plano de tratamento que ajude a prevenir o agravamento do quadro biopsicossocial, e promova a recuperação das potencialidades, habilidades funcionais e ocupacionais de forma que alcance independência e autonomia ideal considerando as particularidades de cada indivíduo;
i) Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis;
j) Proceder à anotação do atendimento no sistema de Prontuário Eletrônico, ou em formulário próprio em papel quando o sistema não estiver disponível, logo após a conclusão, imprimir, carimbar, assinar e arquivar no prontuário do paciente;
k) Informar sobre as Normas e Rotinas estabelecidas pela instituição aos usuários (pacientes, familiares e acompanhantes);
l) Elaborar pareceres relacionados à sua área de atuação;
m) Desenvolver e organizar programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida;
n) Participar e promover ações com base nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH;
o) Participar de reuniões e visitas clínicas do seu setor de trabalho;
p) Integrar a equipe multidisciplinar local para viabilizar o atendimento da demanda apresentada;
q) Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas

a sua função, determinadas pela Instituição;

r) Elaborar e revisar protocolos e procedimentos operacional padrão relacionados a sua área de atuação;
s) Participar das atividades de ensino, pesquisa e extensão;
t) Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações pertinentes à área de atuação;
u) Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

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

A Administração Geral trata do planejamento, da organização (estruturação), da direção e do controle de todas as atividades diferenciadas pela divisão de trabalho que estão presentes dentro de uma organização. Por esse motivo, a Administração é imprescindível para a sobrevivência e sucesso das organizações.

A estrutura administrativa do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será estruturada conforme suas características e realidade e estará diretamente relacionada com os recursos humanos e materiais disponíveis, e que bem gerenciados resultarão na otimização da qualidade dos serviços prestados e satisfação pessoal dos envolvidos na Instituição.

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, segunda à sexta-feira das 08h às18h, à exceção das atividades cruciais que requeiram atendimentos em horários diferenciados (lavanderia, limpeza, farmácia, segurança, dentre outros).

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.

A seguir, apresentamos a estrutura técnico-operacional do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, suas respectivas suas atribuições e horários de funcionamento.

As Unidades Administrativas encontram-se subordinadas diretamente à Diretoria Administrativo/Financeira da Unidade, e suas competências estão descritas no Regimento Interno da Instituição:

Setor de Pessoal - responsável por todo tratamento documental e de atendimento relacionado aos profissionais da unidade;

Tecnologia da Informação – responsável pelas ações de tecnologia da informação da unidade, direcionadas aos sistemas de informação e informática em saúde.

SAME – responsável pela guarda e conservação dos prontuários médicos dos pacientes.

Compras – responsável por efetuar todas as aquisições de insumos, medicamentos e materiais.

Financeiro – responsável pela administração e gerenciamento e controle do patrimônio físico e financeiro da Instituição, executado por intermédio de balancetes, análises e demonstrativos contábeis.

Faturamento – responsável pelo acompanhamento da produção e faturamento dos atendimentos realizados na unidade;

Recepção e Portaria – responsável pelo processo de recepção de pacientes e visitantes.

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;

Transporte – responsável pelo controle da frota de veículos e transporte de pacientes.

Lavanderia e Higienização – responsável pelo acompanhamento dos serviços de lavanderia, rouparia, dedetização e controle de pragas, ajardinamento, limpeza e desinfecção hospitalar.

Atribuições Gerais

Cabe à cada Unidade Administrativa:

I. Desenvolver o planejamento das atividades administrativas;
II. Coordenar e supervisionar a execução das atividades das unidades integrantes;
III. Analisar sob o ponto de vista administrativo todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
IV. Zelar pela observância do Manual de Organização e Responsabilidades dos funcionários da Instituição;
V. Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades da Instituição;
VI. Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços administrativos;
VII. Intermediar todas as atividades de compra com a Direção Geral da Unidade;
VIII. 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;
IX. Elaborar relatórios gerenciais para a Diretoria Administrativo/Financeira.

Destacamos que, para as atividades administrativas, serão adotados fluxos, Procedimentos Operacionais Padrão e demais ferramentas aplicáveis a higienização e desinfecção das unidade, manutenção preventiva e corretiva da estrutura predial, máquinas, móveis e equipamentos, dedetização e desratização, normativas para gestão dos recursos humanos e serviço de medicina do trabalho conforme consta na legislação vigente, bem como adotados os regulamentos e normas para contratação de serviços, compras de itens para suprimento e ressuprimento do Hospital, conforme normas e detalhamentos explanados ao longo desta Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços do Hospital.

No âmbito de segurança, a Direção Administrativa deverá organizar e planejar as ações em conformidade com as normativas de procedimentos administrativos integrados em conjunto com as demais áreas técnicas de atendimento direto aos pacientes, considerando e respeitando as rotinas executadas pelas equipes multidisciplinares. Abaixo segue um modelo de controle de acesso ao Hospital, onde serão implementadas normas que disciplinam a circulação de pessoas no interior do Hospital, cujos moldes inicialmente propostos seguem abaixo, porém, que poderão ser adequados para melhor se enquadrarem a necessidade da unidade.

- **Vigilância e Segurança Patrimonial**

O objetivo da Vigilância Patrimonial é atuar na prevenção contra qualquer incidente que possa atentar contra a integridade das instalações, patrimônio e colaboradores do hospital.

Os serviços são planejados integrando a vigilância humana, equipamentos de ponta e procedimentos, de forma a oferecer uma solução integrada que atenda as caraterísticas da instituição.

O trabalho inicia-se pelo levantamento das caraterísticas do local e identificação de vulnerabilidades de forma a propor uma estrutura adequada de segurança, elaborando-se Procedimentos e Instruções de Trabalho.

O levantamento preliminar permite elaborar o perfil dos funcionários prévio à seleção dos mesmos e o plano de capacitação inicial e contínuo na instituição hospitalar.

A gestão é um diferencial para oferecer retaguarda para nossos funcionários, acompanhar a execução dos serviços e aprimorar constantemente os procedimentos operacionais.

Deverá atuar de forma sistemática (planejamento, avaliação e monitoramento), preventiva e permanente por meio de rapidez, tecnologia e ética profissional para proteger a integridade física de pacientes, acompanhantes, visitantes, colaboradores, bens patrimoniais e estruturas físicas da instituição.

Objetivo:

- Assegurar o controle e o fluxo de pessoas na unidade (visitantes, acompanhantes, colaboradores, terceiros);
- Garantir o registro de entrada de fornecedores;
- Monitorar através de câmeras a movimentação interna, acionando a liderança imediata, no caso de movimentação suspeita;
- Garantir que todos os usuários (colaboradores, pacientes, acompanhantes) sintam-se protegidos, enquanto frequentam a unidade;
- Realizar rondas periódicas internas e externas com registro em sistema especifico;
- Responsabilizar-se pelo fluxo de recebimento e liberação de membros e óbitos,

através de registro em livro especifico;

- Controle de claviculário.

Os principais fatores que justificam o serviço de vigilância e segurança patrimonial:

Estoque de mercadorias

Se uma instituição de saúde que possui um estoque com um grande número de mercadorias, é evidente que precisará ser armazenado com cautela, pois o desaparecimento de unidades poderá causar prejuízos para a empresa, deixando no lugar muita dor de cabeça, principalmente se a mercadoria for de alto valor financeiro. Neste caso, o vigilante atuará fazendo a segurança do estoque, protegendo-o contra furtos e roubos.

Controle de acessos

Há estabelecimentos de saúde que possuem um grande fluxo de pessoas, como hospitais, tornando difícil a identificação de pessoa a pessoa. Dessa forma, é de extrema importância possuir um bom sistema de controle de acessos, até mesmo nos estacionamentos.

Áreas de risco

Um dos principais fatores que influenciam a adoção do serviço de Segurança Patrimonial é a localização. Alguns lugares possuem um alto índice de violência e merecem cuidados especiais, como por exemplo regiões industriais, comerciais e bairros considerados como de classe média alta.

Regras Gerais

Não serão permitidos:

- Fumar em qualquer local;
- Sentar em calçada/ balcão (colaboradores e usuários);
- Andar sem camisa (usuários);
- Circular com roupa privativa nas áreas comuns e externas da instituição;
- Sair do hospital com enxoval da instituição (lençol/ camisola/ cobertor, etc);
- Movimentação de recém nascidos sem acompanhamento de vigilante;
- Circular sem crachá funcional;

- Acessar a instituição pelas recepções central e do pronto socorro (Colaboradores).
- Acessar a instituição com mochilas, malas e capacetes (colaboradores, exceto profissionais médicos);

Composição de equipe mínima e horário de trabalho

O serviço de segurança da Hospital poderá ser terceirizado com a seguinte composição:

Controladores de acesso/portarias: 44 horas semanais/7 horas dia/escala 6X1
Vigilantes Plantonistas: 36 horas semanais/12 horas dia/escala 12X36

Postos de atuação/ Principais atividades:

Vigilante Plantonista:

- Acompanhará movimentação de recém-nascidos;
- Irá Conter em caso de evasão ou agressão;
- Realizará rondas noturnas nas áreas internas e externas da instituição;
- Realizará passagem de plantão ao término de cada período, com preenchimento de quantidade de exames, altas e outros realizados durante o plantão no Livro de passagem de Plantão.
- Realizará rondas periódicas em todo perímetro interno e externo da instituição;
- Irá receber e liberar óbitos e membros;
- Realizará acompanhamentos das atividades dos controladores de acesso (portarias/vigilantes) do contrato terceirizado;
- Realizará cobertura de postos em horários de descanso dos controladores terceirizados;
- Realizará apoio e contenção em caso de evasão ou agressão;
- Irá acionar polícia militar ou GCM em caso de necessidade;
- Cadastrará entrada de FAF, FAV, FCC e outros;
- Realizará passagem de plantão diária e periódica notificando adversidades do

plantão.

Recepção Central:

- Irá realizar vigilância na recepção central;
- Irá controlar acesso e circulação de pacientes, acompanhantes, visitantes, terceiros e colaboradores na recepção central;
- Irá controlar altas hospitalares;
- Irá Registrar entrada e saída de visitantes e acompanhantes de vítimas de FAF, FAB, FCC e outros;
- Irá controlar registro de acesso de colaboradores e terceiros pela recepção central;
- Irá realizar passagem de plantão ao término de cada período, com preenchimento do Livro de passagem de Plantão Rec. Central/ Pronto socorro;
- Irá realizar a contenção em caso de evasão ou agressão.
- Recepção Pronto Socorro:
- Vigiará 24 horas na recepção do pronto socorro;
- Irá controlar acesso e circulação de pacientes, acompanhantes, visitantes e colaboradores na recepção do pronto atendimento;
- Realizará contenção em caso de evasão ou agressão;
- Realizará controle e registro de entrada e saída de veículos na emergência do pronto socorro;
- Realizará registro de entrada de vítimas de FAF, FAB, FCC e outros;
- Realizará passagem de plantão em conjunto com a recepção central ao término de cada período, com preenchimento do Livro de passagem de Plantão Rec. Central/ Pronto socorro;
- Monitoramento de Câmeras:
- Realizará monitoramento do sistema;
- Realizará notificação caso observe problemas nas câmeras;
- Realizará notificação caso observe qualquer adversidade nas áreas da instituição;
- Controlará entrada na sala Câmeras.
- Vigilante Plantonista/ Líder de segurança patrimonial:

Rondas

Serão realizadas rondas diárias pelos vigilantes plantonistas terceiros, para averiguar situações que possam acarretar qualquer tipo de adversidades nas áreas internas e externas da instituição, conforme descrito em documento no sistema.

Turnos	Horários	Locais
Diurno	8h00	Unidades de Internação Áreas administrativas Área externa
	14h00	
	17h00	
Noturno	19h00	
	21h00	
	00h00	
	02h00	
	04h00	

Claviculário

Claviculário institucional ficará sob guarda da segurança patrimonial, com objetivo de garantir backups de chaves das áreas da instituição para que em ocasiões de necessidade não prejudique o atendimento.

Normas e rotinas para segurança, acesso e circulação de pessoas

O Serviço de Recepção e Vigilância deverá ser informado previamente pelo setor competente quando da entrada de pessoas para participação em eventos, reuniões, grupos educativos, imprensa e outros na Unidade;

O profissional que receber visitas, ou solicitar qualquer prestação de serviço externo afeto ao Hospital, ficará responsável pela permanência destes na instituição, devendo encaminhá-los à recepção na sua saída;

O acesso de profissionais e servidores ao hospital deverá se dar exclusivamente pela Portaria destinada a tal, mediante apresentação e porte de crachá, em local visível; independentemente do sistema de biometria, quando disponível;

As ambulâncias que vierem transportando pacientes de outras unidades para internação deverão estacionar em área específica. Somente serão liberadas as ambulâncias mediante a autorização da equipe;

As visitas aos pacientes internados, bem como de visitantes e fornecedores, somente poderão adentrar ao Hospital, após cadastro e autorizações específicas, conforme o caso;

O acesso dos pacientes externos para consulta no Ambulatório, assim como o de seus acompanhantes, e os pacientes para realização de exames, dar-se-á exclusivamente pela portaria e horários específicos;

Durante todo o decorrer do expediente e, principalmente ao final das atividades diárias, as Coordenações/Supervisões ficarão incumbidas de verificar o devido fechamento dos portões internos que interligam as alas do Hospital.

Na área destinada à cargas ou descargas na unidade, todas as entradas e saídas de veículos, materiais, equipamentos, deverão ser registradas em formulário específico, contendo pelo menos o horário de entrada e saída, dados da placa do veículo, nome da empresa e identificação do condutor, sendo vedada a pernoite no pátio por veículos de prestadores de serviços (limpeza, segurança, manutenções, etc).

Corredores, rampas, escadas e áreas comuns

O trânsito e permanência de pessoas sem identificação nos Corredores, Rampas, Escadas e Áreas Comuns do Hospital deverá ser imediatamente comunicada à Diretoria Administrativa e à Seção de Segurança, que tomará as medidas cabíveis;

Todos os profissionais e servidores somente poderão ter acesso e locomoção no Hospital se estiverem em escala regular de trabalho e utilizando-se do uniforme, crachá e identificação apropriada;

Autoridades e visitantes, somente poderão transitar no Hospital devidamente identificados e acompanhados de profissional responsável.

- **Manutenção Predial**

A Manutenção tem como objetivo principal a produção de serviços técnicos de manutenção e conservação, garantindo perfeito estado e condições de funcionamento do Hospital, por meio dos seguintes componentes: Subestação, Geradores, Abastecimento e Higienização dos reservatórios de Água, Tratamento de Esgoto, Refrigeração e

Climatização, Eletricidade Predial, CME, Obras e Reformas Civis, Revitalização e Pintura, entre outros serviços de elétrica, hidráulica, etc.

Compete ao Serviço de Manutenção Predial:

- Manutenção preventiva, predial e equipamentos estruturais;
- Manutenção corretiva, predial e equipamentos estruturais;
- Diagnostico técnico das instalações e equipamentos críticos;
- Executar pequenas reformas;
- Gerenciar e fiscalizar os serviços de terceiros (manutenção estrutural);
- Gerenciar custos dos serviços fixos e eventuais de manutenção.

Procedimento Operacional Padrão

Estrutura do Programa de Manutenção:

Para se estruturar um programa de manutenção é necessário o levantamento e avaliação de dados e elementos, resumidamente:

- Cadastro do patrimônio: edifícios, instalações, benfeitorias, externos, outros.
- Cadastro do equipamento (estrutural): nome, função, características, localização, instruções e recomendações, estoque mínimo, aquisições, vida útil, peças vitais, etiquetagem de equipamentos, medidas de segurança, outros.

Organização do programa de manutenção:

- Definir o sistema de organização pretendido.
- Detalhar programa de manutenção, conservação, substituição e reparos.
- Cadastrar pessoal.
- Subscrever áreas de trabalho específicas de cada funcionário.
- Definir responsabilidades por defeitos, quebras, etc.
- Definir necessidades e tipos de conservação.
- Definir frequência de inspeção.
- Fornecer instruções referentes ao uso, funcionamento, etc.
- Registrar e controlar solicitações de serviço.
- Levantar dados.

- Avaliar dispêndios.
- Elaborar normas, rotinas e treinamento da equipe.
- Prover oficinas, em número adequado, dimensões e especializações adequadas.

Manutenção de Equipamentos

Limpeza dos Reservatórios de Água:

- A limpeza dos reservatórios deverá ser feita a cada 4(quatro) meses e deverá ser programada dando preferência aos finais de semana;
- Paramentar-se com EPIs. Iniciar a limpeza amarrando a boia para que não entre água durante a limpeza e tampar a saída de água para que a sujeira não desça pela tubulação;
- Esfregar uma esponja/ escova nas paredes e no fundo. Recolher a sujeira depositada no fundo e os resíduos da limpeza, armazenando no balde;
- Desamarrar a boia e deixar a caixa encher até 30 cm de altura, adicionar 250 ml de hipoclorito de sódio (água sanitária) para cada 100 litros de água;
- Aguardar 30 minutos e umedecer as paredes da caixa com esta mistura utilizando uma esponja e esperar mais 30 minutos;
- Em ambos os métodos, após o tempo de espera, deixar a água sair pelos canos (até esvaziá-la), desamarrar a boia e tapar bem a caixa;
- Elaborar registro de execução dos procedimentos e materiais utilizados nesta atividade.

Procedimentos de inspeção diária da central de gases medicinais:

- Observar a integridade física dos equipamentos;
- Verificar as pressões dos tanques/torpedos de oxigênio;
- Verificar o funcionamento dos compressores de ar medicinal;
- Verificar a pressão dos manômetros nos manifolds de ar medicinal, oxigênio e óxido nitroso;
- Verificar o painel de alarmes instalado na central de gases medicinais;
- No caso de qualquer anomalia, contatar imediatamente o fornecedor.

Procedimentos de inspeção diária da central de vácuo clínico:

- Verificar a integridade física dos equipamentos;
- Verificar os cabos de alimentação, painel de comando e alimentação de água;
- Realizar os testes funcionais de pressão negativa no próprio equipamento;

- Verificar o pulmão de vácuo, para detectar possíveis pontos de entrada de ar;
- Verificar o nível de ruído apresentado;
- Verificar a integridade e complacência das mangueiras do sistema pneumático.

Procedimentos de inspeção diária no gerador auxiliar:

- Verificar a integridade física do equipamento;
- Verificar os cabos de alimentação, painel de comando e nível de água do sistema de arrefecimento;
- Observar ruído do motor, programação da USCA (modo automático) e registro de alarmes;
- Checar e preencher todos os itens previstos no check-list-diário.

Procedimentos de manutenção preventiva no sistema de abastecimento de água:

- Verificar a integridade física das bombas d'água, caixas d'água e tubulações;
- Verificar os cabos de alimentação, quadro de disjuntores e acessórios das bombas;
- Realizar a desinfecção quadrimestral das caixas d'água e cisternas;
- Verificar anualmente o sistema de combate a incêndios (bomba central e ramais de distribuição);
- Verificar os hidrômetros, para detecção de vazamentos.

Procedimentos para anotação da temperatura e umidade relativa nos ambientes:

- Conforme horários estabelecidos no mapa de controle de temperatura/umidade, o colaborador deve marcar no mapa o ponto referente à leitura da temperatura/umidade mostradas pelos termômetros / termo higrômetros no momento da medição;
- Não utilizar as leituras "máxima e mínima";
- Assinar o campo "Responsável";
- A faixa ideal de temperatura/umidade estará indicada no próprio mapa de controle. Caso o colaborador verifique que a temperatura/umidade está acima ou abaixo desta faixa, deverá seguir as orientações descritas no rodapé do mapa;
- Quando for necessário solicitar serviços à Engenharia, abrir Ordem de Serviço;
- Ao final do mês, os mapas de controle deverão ser validados pelo Coordenador do setor e repassados para o serviço de Engenharia.

Procedimentos de manutenção preventiva nos refrigeradores de ar:

- Verificar a integridade física da carcaça do equipamento;

- Verificar o cabo de alimentação, termostato e chave seletora;
- Efetuar a limpeza dos filtros, escovação das serpentinas e do painel frontal;
- Verificar a pressão do fluido refrigerante;
- Efetuar a desinfecção, conforme o PMOC;
- Após conclusão é obrigatório o registro da intervenção no formulário do equipamento localizado no arquivo de documentos dos equipamentos.

Procedimentos de manutenção preventiva nos painéis elétricos da edificação:

- Check – list - Anotar na planilha os itens verificados durante a inspeção;
- Temperatura - Verificar a temperatura dos painéis utilizando o termômetro;
- Amperagem - Medir a Corrente dos cabos usando um Amperímetro;
- Disjuntores - Reapertar os disjuntores com chaves isoladas;
- Painéis - Verificar: Existência de objetos dentro dos painéis; funcionamento da trava da porta e a identificação dos quadros;
- Planilhas - No último dia do mês deverá ser entregue a planilha e solicitado uma nova à Supervisão de Manutenção.

Procedimentos de controle de potabilidade da água para consumo humano:

- Realizar análise diária dos pontos com o auxílio do KIT;
- Abrir a torneira de 3 a 4 minutos antes da coleta. Agua deve estar com teor de cloro residual livre entre 0,2 - 2,0 mg/L e pH entre 6,0 - 9,5;
- Coletar a água no comparador conforme nível indicado pelo traço. Adicionar 5 gotas de Orto-Tolidina no tubo correspondente ao cloro e tampar. Adicionar 5 gotas de vermelho de fenol no tubo correspondente ao pH e tampar. Tampar e agitar com movimentos uniformes;
- Comparar coloração com as cores da escala. Caso haja alteração no pH ou teor de cloro comunicar a SCIH;
- A planilha deve ser entregue no último dia do mês a Supervisão, deve ser solicitado uma nova planilha para o mês seguinte. Ao final do mês enviar cópia para o SCIH.

Controle e Planejamento da Manutenção Predial do Hospital

A metodologia para planejamento e controle da gestão predial será composta por sistema com adaptação às necessidades de cada unidade, caso necessário.

Horário de funcionamento e equipe mínima

O Núcleo de Manutenção atuará 24h/dia com empresa contratada que deverá prover os profissionais em quantitativo adequado que irá trabalhar com escala programada.

Modelo a ser implantado do Plano de Manutenção, Operação e Controle dos Serviços de Manutenção Predial

Não somente manter as condições originais das máquinas e equipamentos, mas as atividades de manutenção atualmente possuem um escopo mais abrangente. Elas também introduzem melhorias que permeiam a efetivação de condições que contribuem para o aumento da produtividade e qualidade dos serviços, assim, sendo divididas em atividades de Manutenção e Melhoria.

As atividades de manutenção têm o objetivo de manter ou reestabelecer as condições de operação e desempenho corrigindo eventuais deteriorações. Enquanto as atividades de melhoria focam-se na identificação de metodologias, ferramentas e processos que contribuam para o aprimoramento e maximização dos recursos possibilitando a antecipação e mitigação de falhas ou interrupções indesejadas.

O planejamento efetivo do setor de manutenção predial deve-se pautar em seu cronograma de atendimento, realizando e identificando as atividades de melhoria e manutenção, as quais se desmembram, conforme já citamos em:

Manutenção Preditiva: baseia-se em planejamentos exímios e elaborados onde os componentes de uma máquina possam ser são substituídos em períodos pré programados, baseados em estudos e históricos de cada componente, aproveitando ao máximo sua vida útil, e trocando-os antes de entrarem em colapso.

Manutenção Preventiva: São atividades planejadas que prezam a conservação dos equipamentos e suas características produtivas ou de trabalho antecipando a ocorrência de falhas/quebras.

Manutenção Corretiva: Possuem caráter emergencial e sem planejamento. Consiste em substituir peças ou componentes que se desgastaram ou falharam e que levaram a máquina/equipamento a uma interrupção.

Com o intuito de adotar boas práticas de trabalho o setor de manutenção predial irá elaborar um conjunto de procedimentos direcionados, visando padronizar e racionalizar as atividades a serem desenvolvidas no decorrer do ano pelo setor e através deste planejamento torna-las de conhecimento e possibilitando sua efetividade no Hospital sendo as mesmas acompanhadas através de sistema e com monitoração de indicadores.

Manutenção Civil

ITEM	REFERÊNCIA	PERIODICIDADE						
		DIÁRIA	SEMANAL	QUINZENAL	MENSAL	TRIMESTRAL	SEMESTRAL	ANUAL
1	**REVESTIMENTO DE PAREDES**							
1.1	Verificação da pintura / textura / fulget das fachadas e áreas comuns							•
2	**PISO**							
2.1	Verificar a existência de placas soltas desniveladas ou com o acabamento danificado, bem como o estado dos apoios. Quando necessário realizar a reposição						•	
3	**ESQUADRIAS (FERRO E ALUMINIO)**							
3.1	Inspecionar esquadrias: sistemas de abertura e fechamento, fixação dos vidros e puxadores						•	
4	**FORROS (FIBRA MINERAL, GESSO, PVC E OUTROS)**							
4.1	Verificar a existência de umidade, trincas ou demais defeitos						•	
5	**COBERTURA E IMPERMEABILIZAÇÃO**							
5.1	Realizar o estado de impermeabilização e proteção, acabamento em cantos, tubos emergentes, canaletas soleiras, ralos e rufos. Quando necessário realizar reparos.					•		
5.2	Verificar funcionamento de ralos na cobertura, limpeza das calhas e coletores. Em épocas de chuva, intensificar a periodicidade (passara para quinzenal). Quando necessário, realizar limpeza ou desentupimento.						•	
5.3	Verificar presença de telhas partidas ou trincadas e a estanqueidade e integridade do sistema de fixação, bem como deslizamento ou demais deslocamentos. Quando necessário, efetuar a substituição (devem ser utilizadas telhas da mesma especificação) ou reforço da fixação.						•	
6	**ELEMENTOS DE CONCRETO DA FACHADA**							
6.1	Verificar a existência de oxidação da armadura ou desplacamento. Quando necessário, realizar recuperação da armadura e do revestimento.						•	

Manutenção Hidráulica

ITEM	REFERÊNCIA	PERIODICIDADE						
		DIÁRIA	SEMANAL	QUINZENAL	MENSAL	TRIMESTRAL	SEMESTRAL	ANUAL
1	INSTALAÇÕES HIDROSSANITARIAS							
1.1	Verificar, registrar e analisar a leitura do medidor de água. Analisar consumo de água e efetuar teste de verificação de vazamentos, quando identificados na leitura do medidor aumento injustificado do consumo		•					
1.2	Limpar ralos, sifões, calhas, grelhas e buzinotes				•			
1.3	Verificar a regulagem do mecanismo das descargas. Quando necessário, realizar regulagem ou substituição de reparos.					•		
1.4	Limpar caixas de gordura. Identificar a necessidade de acordo com o local especificado.						•	
1.5	Inspecionar os sistemas e tubulações de redes coletores de resíduos líquidos						•	
1.6	Verificar posicionamento dos drenos existentes quanto a direcionamento para redes coletoras				•			
1.7	Inspecionar os registros de gaveta para evitar vazamento					•		
1.8	Inspecionar torneiras misturadores e registros					•		

Manutenção Mecânica

ITEM	REFERÊNCIA	PERIODICIDADE						
		DIÁRIA	SEMANAL	QUINZENAL	MENSAL	TRIMESTRAL	SEMESTRAL	ANUAL
1	MANUTENÇÕES DE AR-CONDICIONADO DE PEQUENO, MÉDIO E GRANDE PORTE							
1.1	Verificação da tensão de alimentação de energia elétrica nas 3 fases					•		
1.2	Controle de gotejamento de agua pela gaxeta de bombas de dreno					•		
1.3	Verificação da existência de ruídos anormais, elétricos ou mecânicos nos equipamentos					•		
1.4	Verificação da existência de vazamento de gás e / ou de agua					•		
1.5	Inspeção dos drenos e ralos de escoamento					•		
1.6	Inspeção das juntas elásticas das conexões hidráulicas de agua gelada e de condensação					•		
1.7	Verificação de aquecimento nos motores e compressores					•		
1.8	Limpeza da casa de maquinas e dos equipamentos tipo self					•		
1.9	Verificação do funcionamento elétrico e mecânico dos motores e compressores					•		
1.10	Verificação da existência de ruído anormal, elétrico ou mecânico nos motores e compressores					•		
1.11	Verificação dos condicionadores quanto a existência de ruídos anormais, elétricos ou mecânicos					•		
1.12	Inspeção no quadro elétrico dos condicionadores quanto a fusíveis dos motores dos condicionadores					•		
1.13	Verificação do aquecimento nas chaves de partida e bases fusíveis dos motores dos condicionadores					•		
1.14	Limpeza da sala de máquina central e do equipamento					•		

1.15		Verificação dos parafusos de fixação dos motores dos ventiladores das torres							•					
1.16		Inspeção do estado de conservação das bases e parafusos de regulagem e alinhamento							•					
1.17		Limpeza interna dos dutos									•			
1.18		Inspeção dos isolamentos da tubulação hidráulica de agua quanto a conservação verificação de fios e cabos e entrada e saída do quadro elétrico dos motores e compressores							•					
1.19		Verificação de fios e cabos e entrada e saída do quadro elétrico dos motores e compressores							•					
1.20		Aferição de amperagem dos motores e compressores							•					
1.21		Verificação das regulagens dos dampers de ar exterior							•					
1.22		Verificação dos fechos das tampas e parafusos dos painéis dos condicionadores							•					
1.23		Inspeção do estado dos fios na entrada dos quadros elétricos dos condicionadores							•					
1.24		Limpeza dos ralos de escoamento das salas dos condicionadores							•					
1.25		Lavagem dos filtros de tomada de ar exterior							•					
1.26		Verificação do estado dos mancais e correias de transmissão, substituindo quando necessário							•					
1.27		Reaperto da base de fixação dos motores, parafusos de fixação dos mancais e suporte							•					
1.28		Verificação do estado de limpeza das serpentinas							•					
1.29		Avaliação do rendimento dos ventiladores, efetuar limpeza							•					
1.30		Reaperto de polias de transmissão							•					
1.31		Verificação de pontos de superaquecimento nas conexões elétricas e quadros elétricos							•					
1.32		Lubrificação dos mancais dos ventiladores							•					
1.33		Verificação de todos os componentes dos condicionadores quanto ao indicie de corrosão							•					
1.34		Teste de vazamento nas conexões e tubulações de gás refrigerante							•					
1.35		Aferição das pressões de gás refrigerante							•					

1.36		Verificação das partes metálicas dos equipamentos quando ao indicie de corrosão.							•			
2		**CALDEIRAS / VASOS DE PRESSÃO**										
2.1		Avaliações e verificações do sistema de segurança	•									
2.2		Avaliações e verificações dos visores de nível	•									
2.3		Avaliações e verificações do sistema de descarga de fundo da garrafa de nível	•									
2.4		Avaliações e verificações do sistema de descarga de fundo	•									
2.5		Avaliações e verificações do sistema de alimentação de água	•									
2.6		Avaliações e verificações do sistema de alimentação de tratamento de água	•									
2.8		Visita Técnica			•							
2.9		Avaliações e verificações Manutenção do sistema de segurança			•							
2.10		Avaliações e verificações Manutenção dos visores de nível			•							
2.11		Avaliações e verificações Manutenção do sistema de descarga de fundo da garrafa de nível			•							
2.12		Avaliações e verificações Manutenção do sistema de descarga de fundo			•							
2.13		Avaliações e verificações Manutenção do sistema de alimentação de água			•							
2.14		Avaliações e verificações Manutenção do sistema de alimentação de tratamento da água			•							
2.15		Avaliações dos eletrodos ou trocas						•				
2.16		Avaliações e verificações Manutenção do queimador se necessário							•			
2.17		Abertura da boca de visita da caldeira								•		
2.18		Verificações internas dos tubos								•		
2.19		Avaliações e verificações Manutenção de toda tubulação interna de água								•		
2.20		Abertura da caldeira sistema de gases parte interna								•		
2.21		Verificações internas das passagens dos gases e queimas								•		

2.22		Verificações do sistema de isolamento da caldeira (Refratário)									•			
2.23		Inspeção de segurança NR 13												•
2.24		Calibração das válvulas de segurança												•
2.25		Calibração dos pressostato												•
2.26		Calibração dos manômetros												•
2.27		Calibração do termômetro												•
2.28		Troca do refratário se necessário												•
2.29		Avaliações e verificações Manutenção dos espelhos												•
2.30		Verificação do trapézio da tampa traseira e dianteira da caldeira (Refratário)												•

Manutenção Elétrica

ITEM		REFERÊNCIA	PERIODICIDADE											
			DIÁRIA		SEMANAL		QUINZENAL		MENSAL		TRIMESTRAL		SEMESTRAL		ANUAL
1		**QUADRO GERAL DE FORÇA E DE ENTRADA DA CONCESSIONÁRIA (CELG - ENEEL)**												
1.1		Ler os instrumentos de medição, inclusive entrada, e anotar	•											
1.2		Verificar o aquecimento e funcionamento dos disjuntores termomagnéticos e cabos de alimentação	•											
1.3		Verificar a existência de quaisquer anormalidades elétricas ou mecânicas (ruídos, odores) que possam caracterizar o mau funcionamento de algum componente	•											
1.4		Verificar as condições gerais de segurança no funcionamento do quadro geral	•											
1.5		Tomar nota das anormalidades verificadas durante os serviços e efetuar as correções necessárias	•											

1.6		Inspecionar as chaves seccionadoras dos disjuntores termomagnéticos para os andares e cuidar para que não superem as tabelas de amperagens máximas permitidas para cada pavimento	•											
1.7		Inspecionar os isoladores e conexões da saída dos disjuntores, evitando assim pontos de resistência elevada						•						
1.8		Verificar a pressão das molas dos disjuntores termomagnéticos						•						
1.9		Verificar os contatos de entrada e saída dos disjuntores						•						
1.10		Verificar a regulagem do disjuntor geral						•						
1.11		Inspecionar os cabos de alimentação para prevenir aquecimento (estado de isolamento)						•						
1.12		Verificar o equilíbrio das fases nos alimentadores (circuitos)						•						
1.13		Inspecionar as ligações da carcaça dos quadros à terra						•						
1.14		Lubrificar as dobradiças das portas						•						
1.15		Limpar externamente o quadro		•										
1.16		Efetuar testes de isolamento à corrente contínua		•										
1.17		Efetuar limpeza geral nas conexões e disjuntores		•										
1.18		Reapertar parafusos de fixação do barramento, conexões e ferragens		•										
2		**QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE LUZ E FORÇA**												
2.1		Verificar o aquecimento dos condutores de alimentação e distribuição		•										
2.2		Verificar o aquecimento dos disjuntores		•										
2.3		Verificar o aquecimento nos disjuntores "no-fuse" geral em todos os quadros de distribuição		•										
2.4		Verificar a existência de ruídos anormais, elétricos ou mecânicos, cheiros de queimados e outros		•										
2.5		Verificar as condições gerais de segurança do funcionamento dos quadros de distribuição de		•										

		luz												
2.6		Reapertar os parafusos de contato dos disjuntores			•									
2.7		Reapertar a fixação e estado dos barramentos			•									
2.8		Limpar externamente os quadros			•									
3		**QUADROS DE COMANDO**												
3.1		Verificar a existência de ruídos anormais, elétricos ou mecânicos	•											
3.2		Verificar a existência de fusíveis queimados	•											
3.3		Inspecionar a pressão de contato dos fusíveis	•											
3.4		Inspecionar o estado das bases de fusíveis quanto ao aquecimento	•											
3.5		Verificar o fechamento correto das tampas dos porta-fusíveis						•						
3.6		Inspecionar o estado das chaves magnéticas						•						
3.7		Verificar o contato dos porta-fusíveis para evitar fusões						•						
3.8		Verificar o ajuste dos relés de sobrecarga						•						
3.9		Verificar o estado de conservação das bases dos fusíveis						•						
3.10		Reapertar os bornes de ligação das chaves magnéticas						•						
3.11		Reapertar os parafusos de contato dos botões de comando										•		
4		**REDES ELÉTRICAS CONVENCIONAIS**												
4.1		Medir a amperagem da fiação e verificação da concordância com as tabelas de amperagem máxima permitida								•				
5		**ILUMINAÇÃO**												
5.1		Verificar as luminárias quanto à ocorrência de lâmpadas queimadas ou com operação insuficiente	•											
5.2		Verificar contatos internos, reapertar os parafusos de fixação e contatos externos dos soquetes, caso as lâmpadas ainda não fiquem iluminadas										•		
5.3		Verificar as condições gerais de segurança no funcionamento do sistema de iluminação	•											

5.4		Trocar os reatores quando se fizerem necessários							•					
5.5		Medir o nível de iluminação							•					
5.6		Efetuar limpeza das luminárias e lâmpadas												•
5.7		Testar a carga das baterias de emergência						•						
5.8		Testar o funcionamento das lâmpadas de emergência						•						
6		**BARRAMENTOS**												
6.1		Controlar a amperagem nas diversas secções do barramento, corrigindo sobrecargas e desbalanços de corrente						•						
6.2		Controlar as tensões, terminais, corrigindo eventuais quedas de tensão						•						
6.3		Limpar contatos							•					
6.4		Inspecionar cobres, sobreaquecimentos de contatos e vibrações												•
6.5		Medir nível de isolamento												•
6.6		Limpar a blindagem dos barramentos com sopro de ar comprimido												•
6.7		Verificar e corrigir aterramento												•
6.8		Combater corrosão e retocar pintura							•					
7		**TOMADAS**												
7.1		Reapertar carcaças e tomadas na tubulação do piso/divisórias/paredes												•
8		**SISTEMA DE ATERRAMENTO**												
8.1		Verificar a malha de aterramento e suas condições normais de uso, conexões, malha de cobre nu, etc.						•						
8.2		Verificar a resistência ôhmica que não poderá superar 10(dez) Ohms, adotando as medidas de correção, quando necessário						•						
8.3		Reapertar os bornes que ligam as hastes aos cabos							•					
9		**INSPEÇÃO TERMOGRÁFICA**												
9.1		Subestação												•
9.2		Quadro Geral de Força												•

9.3		Barramentos												•
9.4		Quadros de Distribuição de Luz e Força												•
9.5		Quadros de Comando (Geradores, Bombas, etc.)												•
9.6		Quadros dos circuitos de tomada e iluminação dos pavimentos												•
9.7		Quadros de circuitos de energia estabilizada e nobreak.												•
10		**SISTEMA DE PROTEÇÃO CONTRA DESCARGAS ATMOSTÉRICAS**												
10.1		Verificar estado geral do captor						•						
10.2		Verificar condutividade entre captor e haste						•						
10.3		Verificar isoladores castanha quanto a tricas ou rachaduras, substituindo se necessário						•						
10.4		Verificar conexão de aterramento						•						
10.5		Verificar oxidação de partas metálicas, estruturas e ligações						•						
10.6		Apertar fixações e verificar terminais										•		
10.7		Verificar ligação para terra										•		
10.8		Limpar cuidadosamente o conjunto										•		
11		**NO-BREAKS**												
11.1		Vistoria geral por unidade						•						
11.2		Vistoria nas conexões elétricas, barramentos, etc.						•						
11.3		Reaperto geral das conexões mecânicas da unidade						•						
11.4		Limpeza geral do equipamento						•						
11.5		Verificação do bom estado dos ventiladores, disjuntores e demais peças mecânicas etc. (ruídos e vibrações)						•						
11.6		Níveis referenciais de tensão						•						
11.7		Registar a corrente de flutuação (A)						•						
11.8		Atuação das proteções de alarmes						•						
11.9		Bom funcionamento de sinalização e painel						•						
11.10		Níveis de tensão do barramento C.C.						•						

11.11		Verificar se o UPS está em fase com a rede						•							
11.12		Recarga das baterias se detectada sua necessidade						•							
11.13		Ajuste das partes eletrônicas						•							
11.14		Ajuste de disparo dos tiristores						•							
11.15		Efetuar ajuste do NO-Break, com e sem carga						•							
11.16		Teste de supervisão de defeitos do retificador						•							
11.17		Relacionar os materiais para correção de falhas caso necessária						•							
11.18		Verificar chave estática										•			
11.19		Verificar disjuntores, contadores, fusíveis e componentes										•			
11.20		Efetuar limpeza dos componentes										•			
11.21		Verificar fixação dos componentes internos										•			
11.22		Reapertar todas as conexões e barramentos										•			
11.23		Efetuar simulação de falta de energia, sem carga										•			
11.24		Efetuar simulação de falta de energia, com carga										•			
11.25		Efetuar teste da chave by-pass, automático (Chave Estática)										•			
11.26		Efetuar teste da chave by-pass manual										•			
11.27		Testar transferências entre inversor e chave estática										•			
11.28		Verificar o sincronismo interno do inversor										•			
11.29		Verificar as condições do barramento do shunt										•			
11.30		No religamento da unidade, observar o procedimento indicado pelo fabricante										•			
11.31		Avaliar necessidade de atualização dos softwares										•			
11.32		Relacionar os materiais para correção de falhas caso necessária										•			
12		**BANCO DE BATERIAS DOS NO-BREAKS**													
12.1		Inspecionar conexões (aperto, graxa, etc), se necessário substituir						•							

12.2		Leitura da tensão total da bateria							•						
12.3		Efetuar nova leitura da tensão total das baterias							•						
12.4		Limpeza geral dos elementos							•						
12.5		Verificar recipiente							•						
12.6		Verificar conectores e buchas							•						
12.7		Verificar válvulas de segurança							•						
12.8		Verificar fixação de estantes							•						
12.9		Verificar polo							•						
12.10		Verificar torque das interligações							•						
12.11		Verificar condição física							•						
12.12		Realizar medições de tensão e densidade do ambiente							•						
12.13		Reaperto dos terminais da bateria							•						
12.14		Medir corrente de descarga das baterias a plena carga											•		
12.15		Medir tempo de descarga das baterias a plena carga											•		
12.16		Emissão de relatório.											•		
13		**SUBESTAÇÕES**													
13.1		Disjuntores Alta Tensão													•
13.2		Retirar disjuntor do cubículo													•
13.3		Limpar cubículo													•
13.4		Verificar dispositivo de extração													•
13.5		Verificar molas de abertura e fechadura													•
13.6		Limpar todo o conjunto													•
13.7		Lubrificar dispositivo mecânico													•
13.8		Na posição de teste, acionar fechamento e abertura													•
13.9		Reapertar conexões elétricas do plug dos contatos auxiliares													•
13.10		Fazer teste de isolação (entre fases e fase-terra)													•
13.11		Verificar nível de óleo de eliminação de arco													•

13.12		Testar disparo de emergência												•
13.13		Calibrar reles de proteção (curto-circuito e sobrecarga)												•
13.14		Testar simultaneidade dos contatos												•
13.15		Avaliar estado do óleo isolante do disjuntor												•
13.16		Medir resistência elétrica dos contatos												•
13.17		Conferir pressão dos contatos												•
13.18		Chave Seccionadora Alta Tensão												•
13.19		Verificar atuação de reles auxiliares				•								
13.20		Conferir estados dos chifres												•
13.21		Reapertar conexões elétricas do plug dos contatos auxiliares												•
13.22		Conferir estado dos abafadores de arco												•
13.23		Conferir estado das buchas de alta tensão												•
13.24		Lubrificar mecanismo de atuação												•
13.25		Limpar cubículo												•
13.26		Verificar fusíveis												•
13.27		Verificar atuação dos disparadores automáticos												•
13.28		Teste de isolação elétrica com megometro (entre fase e fase terra)												•
13.29		Limpar contatos elétricos												•
13.30		Conferir contatos auxiliares												•
13.31		Conferir simultaneidade dos contatos												•
13.32		Medir resistência do contato												•
13.33		Desmontar abafadores de arco para verificação e limpeza												•
13.34		Transformadores a seco												•
13.35		Conferir atuação da sinalização de sobretemperatura												•
13.36		Conferir atuação da proteção contra sobretemperatura												•
13.37		Verificar atuação dos reles auxiliares												•
13.38		Limpeza do cubículo												•

13.39		Limpeza do transformador												•
13.40		Reaperto do barramento de entrada e saída												•
13.41		Conferir ligações do elemento sensor de temperatura do enrolamento elétrico												•
13.42		Conferir ventilação forçada (caso exista)												•
13.43		Conferir reaperto dos cabos elétricos no barramento												•
13.44		Teste de isolação elétrica com megger (entre fase e fase terra)												•
13.45		Corrigir corrosão nos cubículos												•
13.46		Medir resistência homica do enrolamento elétrico												•

Manutenção de Equipamentos, Mobiliários e Veículos

Assim como utilizado na manutenção predial, para os equipamentos, computadores, móveis, veículos também poderá ser utilizado o sistema eletrônico de abertura e o acompanhamento das Ordens de Serviço. Os procedimentos de manutenção visam aumentar tempo de vida útil, diminuir custos e potencializar a eficiência dos serviços prestados para os pacientes, visitantes e profissionais, evitando a paralisação destes por falhas.

Para um efetivo funcionamento do sistema, o preenchimento das Ordens de Serviço deve ser cuidadosamente monitorado pelo responsável pelo grupo, evitando atrasos e ineficiência da gestão da manutenção dos equipamentos por falhas evitáveis.

O recebimento de novos móveis, equipamentos e veículos que chegarem à unidade envolverá sua avaliação; aceitação e instalação. A abertura da embalagem que acondiciona o equipamento, preferencialmente será feita na presença do fornecedor ou assistência ou técnico por ele designado, evitando problemas por eventuais danos durante o transporte ou por falta de componentes que deveriam estar incluídos na embalagem.

Quanto aos equipamentos e mobiliários já disponíveis na unidade deverá ser feito um detalhado inventário por uma comissão integrada com representantes da contratante e da

Instituição. Após, serão identificados os bens que serão necessários na execução da presente proposta e os que serão devolvidos a contratante.

Sobre o acompanhamento e manutenção dos equipamentos médico-hospitalares deverão ter sua gestão realizada pelo setor de Engenharia Clínica, conforme manuais técnicos, normas e orientações relativas a particularidade de cada equipamento.

- **Serviço de Conservação, Higienização e Desinfecção Hospitalar**

O Serviço de conservação higienização e desinfecção hospitalar do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** contemplará todas as atividades de limpeza, higienização e conforto na unidade, desde a chegada do paciente, até sua saída.

É aplicável a todos os setores, pois envolve direta e indiretamente o receber, cuidar, assistir e outras ações igualmente importantes. Este serviço irá gerenciar o processamento e administração da higienização e limpeza, lavanderia e rouparia, controle de vetores (dedetização), jardinagem, armazenamento e destinação dos resíduos, ainda que estes sejam serviços terceirizados, pois a segurança das pessoas também depende de tais atividades.

O serviço poderá ser realizado por empresa contratada e deverá ser executado 24h no Hospital e a sua gestão será realizada sob constante monitoramento da segurança dos profissionais, com especial atenção sobre os registros necessários ao serviço especializado em segurança e medicina do trabalho – SESMT (PPRA, CMSO, contratos de trabalho, carteiras de vacinação, treinamento e uso de EPIs, validade dos equipamentos de segurança, fichas técnicas dos produtos, ferramentas/utensílios apropriados, e outros).

A limpeza, higienização e a desinfecção são elementos que devem promover a sensação de bem-estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e visitantes, contribuindo também para o controle das pragas e vetores e infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismos, e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços.

Assim, os serviços de limpeza, higienização e desinfecção serão executados nas áreas internas e áreas externas, obedecendo às técnicas e equipamentos apropriados e dos produtos químicos a serem utilizados, bem como na definição dos Procedimentos Operacionais Padrão

- POPs.

Serão fornecidos todos os insumos e saneantes necessários para a limpeza e desinfecção

(material de limpeza em geral, papel higiênico, papel toalha, álcool gel e sabonete em sachê, sacos plásticos para lixo infectante, lixo comum, lixo químico, sacos com cores específicas para a coleta de resíduos que serão definidos conforme definição do PGRS).

Dentre os indicadores do serviço de higienização e limpeza deverão ser monitorados:

Tempo médio de execução das limpezas; Percentual de limpeza programada não realizada;

Índice de retrabalho de limpeza concorrente; Peso/volume de resíduos produzidos por ala/setor.

O controle de vetores/pragas e de micro-organismos deverá ser realizado por empresas terceirizadas e especializadas e deve seguir as normas estabelecidas pela ANVISA. Assim, o **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** contratará empresa especializada, licenciada pelos órgãos competentes, que apresente responsável técnico devidamente habilitado para o exercício das funções relativas às atividades pertinentes ao controle de vetores e pragas urbanas, devendo apresentar o registro deste profissional junto ao respectivo conselho.

O **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** irá monitorar o serviço buscando garantir o mínimo impacto ambiental, a saúde dos pacientes, profissionais e do aplicador dos produtos saneantes desinfetantes. Todas as intervenções serão registradas fotograficamente e a empresa contratada deverá apresentar laudo referente aos serviços executados. A gestão da unidade também deverá articular com vizinhos, comerciantes, poder público local e outros, ações que visem eliminar focos de pragas que impactem dentro e fora da unidade, pois todos sabem que tais vetores não se restringem aos limites das propriedades.

A responsabilidade pelo abrigo temporário e a destinação final de resíduos é dos seus geradores; portanto, o licenciamento ambiental da unidade estará sujeito ao cumprimento das normas vigentes. Desta forma, a gestão da unidade irá elaborar e seguir o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde – PGRSS (detalhamento constante nesta Proposta Técnica), através do qual os responsáveis deverão acompanhar todo o processo envolvendo os resíduos; garantindo-se a sua rastreabilidade.

Os abrigos serão mantidos de acordo com as normas sanitárias e a destinação final dos

resíduos deverá ser acompanhada (reciclagem, aterro, incineração) e, dentre os registros necessários, deverá ser monitorado: Peso/volume de resíduos produzidos de acordo com seu grupo; Peso/volume de resíduos encaminhados para outras coletas seletivas (pilhas, baterias, lâmpadas, papelão) e laudos de tratamento dos resíduos produzidos, conforme o caso.

Os serviços de jardinagem incluirão a poda, irrigação, combate a pragas e a ervas daninhas. Este serviço será executado de forma não interferir na arquitetura do edifício, oferecendo um ambiente de descompressão aos pacientes, a seus familiares e aos profissionais da Unidade.

- **Setor de Hotelaria**

Hotelaria Hospitalar é um diferencial no setor de saúde, destaca-se que é uma nova tendência que agrega tecnologia, ciência, conforto e segurança na hospitalidade, oferecendo qualidade, valor e satisfação para o cliente.

Este novo segmento tem a função de contribuir no aprimoramento do sistema hospitalar, que deve ser o resultado de matéria, trabalho e valores. É uma interface dos diferentes serviços de apoio, com o objetivo de garantir à qualidade, eficiência, eficácia e resolutividade do atendimento ao cliente.

Caberá à hotelaria a responsabilidade de administrar as equipes de rouparia, lavanderia, coleta das roupas contaminadas e acompanhamento da segregação de resíduos de serviços de saúde.

Serviço de Processamento de Roupas

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

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

• Controle das infecções;

• Recuperação, conforto e segurança do paciente;
• Facilidade, segurança e conforto da equipe de trabalho;

• Racionalização de tempo e material;

• Redução dos custos operacionais.

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

A lavanderia é de grande importância para o funcionamento das diversas unidades hospitalares e assim, qualquer que seja a sua dimensão e capacidade, deverão ser planejadas, instaladas, organizadas e controlada com o rigor dispensado às demais unidades do hospital.

Os objetivos da lavanderia hospitalar são:

• Processar as roupas hospitalares com qualidade, segurança e eficiência;

• Favorecer um ambiente de trabalho seguro aos profissionais que atuam no setor;

• Preservar a qualidade das roupas, em todas as fases de seu processamento;

• Utilizar as técnicas adequadas para o processamento da roupa.

Rotinas de Trabalho da Unidade de Processamento de Roupas:

1) Remoção da roupa suja da unidade geradora

O processamento da roupa inicia-se com a retirada da roupa suja das áreas onde foi utilizado, esse local também é chamado de unidade geradora. Deve haver os seguintes cuidados:

• Retirar as roupas sujas dos leitos e acondicionadas em sacos de hamper identificado;

• Mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão, independente da sua origem ou do paciente que a usou a fim de prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes. Não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes em isolamento ou de enfermarias comuns;

• A equipe de enfermagem da unidade geradora deve ser orientada a evitar que objetos perfurocortantes, instrumentos ou outros artigos que possam causar danos aos trabalhadores

e/ou aos equipamentos sejam deixados juntamente com a roupa suja;

• Fechar os sacos adequadamente de forma a impedir a sua abertura durante o transporte, não exceder ¾ da sua capacidade e armazená-los em local destinado para esse fim que (expurgo/sala de utilidades).

2) Coleta e Transporte da Roupa Suja

O trabalhador que realiza o transporte de roupa suja deve utilizar equipamento de proteção individual no momento do recolhimento da roupa.

O carro utilizado para o transporte de roupa suja dentro do serviço de saúde deve ser preferencialmente exclusivo para esse fim, leve, de fácil higienização, possuir dreno para eliminação de líquido e confeccionado de material que permita o uso de produtos químicos para sua limpeza e desinfecção.

Além disso, precisa estar nitidamente identificado a fim de evitar que seja confundido com o carro de transporte interno de resíduos de serviços de saúde.

O transporte da roupa limpa e suja deve ser efetuado em carros separados. O quantitativo de carros deve ser projetado conforme a rotina de coletas das roupas nas unidades geradoras e entrega das roupas limpas pela rouparia.

3) Processamento da roupa na sala de recebimento da roupa suja (Área ou Sala suja)

Essa área suja corresponde a 25 % da área total da unidade e além de conter uma área para recebimento, pesagem, classificação da roupa suja, deve dispor de um depósito de material de limpeza e banheiro.

O depósito de material de limpeza é exclusivo para área suja e deve ser provido de tanque e de um local para guarda de materiais e produtos utilizados no processo de lavagem das roupas e na higienização da área.

É indicado que os trabalhadores da área suja, ao término do trabalho, não saiam do local sem tomar banho e trocar de roupa.

Deve-se a grupar as roupas a serem lavadas de acordo com o grau de sujidade e as suas características. Acondicioná-las e caixas laváveis ou carrinhos até serem colocadas nos maquinários.

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

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

A descontaminação de qualquer tipo de roupa antes do processo de lavagem é desnecessária.

É necessário cautela no enxágue da roupa, principalmente as utilizadas por recém-nascidos, a fim de eliminar resíduos químicos que possam causar irritação da pele.

4) Classificação das sujeiras

É importante classificar as sujeiras para se adotar o método correto de eliminá-las. De forma geral as sujeiras se classificam em:

• **Sujeiras solúveis na água** (açúcares, sais, sucos de frutas, corantes etc.): sua eliminação se efetua basicamente por enxágues.

• **Sujeiras saponificáveis** (matérias gordurosas): a ação do calor, combinada com a dos álcalis e a agitação mecânica, amolece as gorduras, saponifica-as e remove-as.

• **Sujeiras emulsionáveis** (óleos minerais): a sua estrutura química só permite sua eliminação através da emulsificação, por ação dos tensoativos.

• **Sujeiras eliminadas por via física** (areia, fuligem, poeira etc.): sua eliminação ocorre pela ação mecânica combinada com o poder umectante de um produto tenso ativo.

• **Sujeiras eliminadas por descoloração** (chá, café, vinho, medicamentos etc.): não são removíveis, pois tingem a fibra. É necessário, então, destruir a cor através de agentes de branqueamento (hipoclorito de sódio, perborato de sódio e outros).

• Sujeiras ou matérias albuminóides (albumina, sangue, plasma etc.): coagulam e dissolvem-se através do calor e soluções alcalinas.

5) Métodos e técnicas de lavagem:

Os princípios de lavagem da roupa pouco têm se modificado, já que as máquinas de lavar passaram por uma grande evolução, acompanhando o avanço tecnológico. Os métodos e técnicas de lavagem da roupa, geralmente, associam alguns princípios para melhor alcançar seu objetivo.

Os princípios associados no processo de lavagem são de ordem física (mecânica, temperatura e tempo) e química (detergência, alvejamento, acidulação, amaciamento, desinfecção).

• **Ordem física**

Mecânica

Consiste em bater, esfregar e torcer a roupa para retirar a sujidade, sendo esta técnica a mais antiga.

Quando intensa ou demorada, ela prejudica os tecidos, daí a necessidade de uso simultâneo de sabões ou detergentes em solução na água para encurtar o tempo e melhorar a lavagem.

Na máquina, é a rotação do tambor que exerce a ação mecânica, torcendo a roupa e levantando-a com as pás para deixá-la cair dentro da solução.

Na queda, a solução é forçada a penetrar no tecido, retirando boa parte da sujeira. O correto nível da água no tambor interno é fator importante para a eficiência da ação mecânica.

A inobservância do nível correto prejudica seriamente todo o processo de lavagem.

Temperatura

Um dos importantes fatores na lavagem é a temperatura adequada para cada operação.

Para a correta proteção do tecido e a obtenção de resultados satisfatórios na remoção da sujidade, há operações que requerem água fria, água morna ou quente.

Em geral, cerca de 80 a 85% da quantidade de água utilizada na lavagem da roupa é fria e 15 a 25 % é morna ou quente.

A temperatura elevada durante a lavagem tem os seguintes efeitos:

• Diminui a tensão superficial da água, facilitando a sua penetração nas fibras do tecido;
• Enfraquece as forças de adesão que unem a sujeira ao tecido;

• Diminui a viscosidade de graxas e óleos, facilitando a sua remoção;

• Aumenta a ação dos produtos químicos;

• Destrói os microrganismos, com exceção dos esporos, em 15 minutos, em água quente à temperatura de 85 a 95º C.

Tempo

É um dos mais importantes fatores da lavagem e deve ser corretamente determinado conforme o grau de sujidade, o tipo de equipamento e de tecido, para maior economia e eficiência nas diversas operações.

Estudos demonstram que, no processo tradicional de lavagem, a quantidade de ensaboamentos e enxaguaduras é responsável pela eficiência do processo, e não o tempo prolongado dessas operações.

• **Ordem química**

Como a ação mecânica e a temperatura prejudicam os tecidos quando demoradas ou intensas, utiliza-se simultaneamente, a ação química de detergentes e outros produtos, o que reduz sensivelmente o tempo gasto, aumentando a eficiência do processo de lavagem.

Detergência

Esta é a ação química mais comum, e consiste em dissolver as gorduras e óleos, removendo a sujeira.

Os produtos que produzem esta ação detergente são o sabão e o detergente sintético; o primeiro é derivado de óleos ou gorduras animais ou vegetais (soda cáustica, mais ácidos graxos = saponificação) e o segundo é um subproduto da destilação do petróleo ou da hulha (soda cáustica mais ácido dodecilbenzenosulfato = sulfonação).

As funções do detergente sintético são:

- Quebrar ou baixar a tensão superficial da água, facilitando sua penetração no tecido;

- Emulsionar ou dissolver as sujeiras oleosas – graxas, óleos e gorduras;

- Produzir espuma.

Alvejamento

É o efeito da ação de branqueadores químicos (cloro e oxigênio), associados ao calor e ou à luz.

O alvejamento é uma operação complementar da lavagem, e nunca um substitutivo da mesma. É aplicado apenas em roupas brancas.

Acidulação

Consiste em adicionar um produto ácido, em geral à base de ácido acético, na última enxaguadura, para baixar o pH e neutralizar os resíduos alcalinos da roupa.

Amaciamento

É uma operação que consiste em adicionar, na última enxaguadura de determinados tecidos, um produto que contém glicerina em sua composição e produz o amolecimento ou elasticidade das fibras, tornando o tecido suave e macio.

Desinfecção

É um processo de destruição de todas as formas vegetativas existentes em superfícies inertes e meios líquidos, mediante a aplicação de agentes químicos e físicos.

A eficiência do ciclo de lavagem, não está apenas na eliminação da sujeira, mas também na destruição do grande número de microrganismos presentes na roupa.

Processamento da roupa na área limpa área limpa

Terminada a operação ou ciclo de lavagem, a roupa passa por um processo que consta centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas.

Secagem em Secadora

Roupas como colchas pesadas, tecido felpudo, roupa de vestir (adultos e crianças), cobertores, peças pequenas como máscaras, gorros, compressas e outras, são secadas na secadora.

Depois de secar, a roupa é retirada da secadora e colocada em carros-cestos apropriados, sendo selecionada, dobrada e encaminhada à rouparia para repouso. Na seleção, a roupa danificada vai para a costuraria para conserto ou baixa.

A secadora necessita de várias limpezas diárias para impedir o acúmulo de felpas.

Calandragem

É a operação que seca e passa ao mesmo tempo as peças de roupa lisa (lençóis, colchas leves e campos). Após aquecimento, a calandra deve ser operada continuamente, em determinado período, para evitar desperdício de energia.

Ao se retirar a roupa, faz-se uma seleção das peças danificadas, que deverão ser encaminhadas à costura para reparo ou baixa.

Rouparia

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, e centraliza o movimento de toda roupa do hospital. A centralização em um único local que permite um controle eficiente da roupa limpa, do estoque e sua distribuição adequada, em quantidade e qualidade, às diversas unidades do hospital. É na rouparia que se faz a estocagem (repouso) da roupa, distribuição e costura, incluindo conserto, baixa e reaproveitamento.

Estocagem

Mantém para reposição e emergência, tanto roupa em rotatividade como em estoque de reserva.

Distribuição de roupa limpa

Normalmente é aconselhável a distribuição para cada unidade receber 1 ½ (uma e meia) a 2 (duas) mudas para cada leito, por dia, dependendo do horário de atendimento da rouparia. Calculam-se três trocas de roupas para a unidade hospitalar.

Costura

As peças de roupa danificadas, aproveitáveis, são reparadas e recolocadas em uso. O

conserto precoce amplia a vida útil da roupa.

As peças danificadas não aproveitáveis recebem baixas no estoque, porém algumas podem ser transformadas em outras peças úteis, como por exemplo, uma toalha estragada pode ser transformada em luvas de banho, um lençol de adulto em lençol de criança, ou outras. Após o conserto, a roupa volta a ser lavada.

Condições Ambientais para a Prevenção e Controle das Infecções

A unidade de processamento deve possuir ralos para escoamento da água usada em todos os seus ambientes. Estes ralos devem ter fechos hídricos (sifões) e tampa com fechamento.

É necessário instalar canaletas com grelhas junto à saída das lavadoras. Essas canaletas devem ter inclinação para facilitar o escoamento da carga total das lavadoras e possuir gradil de fácil remoção. Além disso, devem ser de material que permita sua higienização e serem interligadas à rede de esgoto através de ralo sifonado.

Os sistemas de climatização devem proporcionar ambientes de trabalho confortáveis, agradáveis e seguros, garantindo o conforto dos trabalhadores e impedindo a disseminação de microrganismos entre as diversas áreas das unidades de processamento de roupas. Estes sistemas de climatização da área limpa e da área suja devem ser independentes.

É necessário lavatórios na área limpa e na área suja para higienização das mãos dos trabalhadores. De acordo com a RDC 50 este deve possuir torneira ou comando que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Próximo aos lavatórios deve existir dispensador de sabonete líquido, suporte com papel toalha e lixeiras com pedal.

O uso de preparação alcoólica pode substituir a higienização das mãos, sempre que não estiverem visivelmente sujas, podendo ser utilizado, por exemplo, na área limpa da unidade de processamento, antes de manipular a roupa limpa.

O piso, em todas as áreas deve ser liso, resistente à água e isento de desenhos e ranhuras que dificultem a limpeza.

A manutenção compreende os cuidados técnicos indispensáveis ao funcionamento regular e permanente de equipamentos e instalações, tanto com medidas preventivas como corretivas.

A balança é um instrumento utilizado para determinar o peso da roupa suja ou o peso dos insumos a serem utilizados. São diferenciadas pela sua capacidade, finalidade de uso (tipos de carga).

Os carros de transporte são diferenciados pela finalidade de uso e devem ser leves, confeccionado de material não oxidável e não poroso, de fácil limpeza e desinfecção:

Carro para roupa suja: utilizado na coleta, transporte e armazenamento temporário de roupa suja. Esse carro deve possuir tampa e dreno para facilitar a higienização e eliminação de líquidos.

Carro cesto: geralmente utilizado para o transporte da roupa que circula entre os equipamentos como lavadoras, centrífugas, calandras, secadoras ou prensas.

Carro barra sobre rodízios: utilizado para o preparo prévio da roupa que será processada pela calandra.

Carro para distribuição de roupa limpa: utilizado para o transporte da roupa dobrada dentro da unidade de processamento de roupas até a rouparia. Serve também de estante no armazenamento e distribuição de roupas limpas.

ETAPAS DO PROCESSAMENTO	EQUIPAMENTOS UTILIZADOS
COLETAS DE ROUPAS SUJAS SETORIAIS	CARRO CUBA
PESAGEM DO ENXOVAL SUJO	BALANÇA DIGITAL
HIGIENIZAÇÃO DOS ENXOVAIS	LAVADORA EXTRATORA 120 KILOS
PASSADORIA	CALANDRA MONORROL
DOBRAS	CALANDRA / DOBRADORA

DOBRAS	MESA PARA DOBRADURAS	
ROUPARIA	HAMPER COM ARO	
	CARRO INOX PARA ENTREGA DE ENXOVAL LIMPO	
	ESTANTE PARA GUARDA DE ENXOVAL	
	SELADORA PARA ENXOVAL	

Planejamento Técnico Operacional

Análise de quilo/leito para projeto de processamento de roupas/dia:

TIPO DE HOSPITAL	CARGA DE ROUPA
Hospital de longa permanência, para pacientes crônicos	2 kg/leito/dia
Hospital geral, estimando-se uma troca diária de lençóis	4 kg/leito/dia
Hospital geral de maior rotatividade, com unidades de pronto-socorro, obstetrícia, pediatria, e outras	6 kg/leito/dia
Hospital especializado, de alto padrão	8 kg/leito/dia
Hospital escola	8 a 15 kg/leito/dia

Fonte: Manual de Lavanderia de 1986

PLANEJAMENTO OPERACIONAL

Contratação Empresa Especializada em Lavanderia Hospitalar – 12 meses com Funcionamento da Lavanderia Interna: 24 horas de segunda à domingo - Processamento com estimativa de 4.000 a 5.000 kg/dia;
Com Fornecimento:

- Mão de obra especializada e uniformizada;
- Fornecimento de descartáveis (saco hamper 240 litros cores azul e verde), embalagens plásticas para acondicionamento dos enxovais na rouparia (tamanhos diversos);
- Conteiners para coleta interna de enxovais com capacidade de 420 litros;
- Conteiners fixos nas unidades geradoras para acondicionamento dos enxovais (tamanho a definir);
- Balança para pesagem dos enxovais por unidade geradora;
- Produto químico conforme validação da CCISS;
- Seladoras para rouparia;
- Diluidores químicos e automatização dos produtos nos maquinários;
- Fornecimento de máquinas de costura (reta e overlock) (utilizada para reparos e consertos de enxovais);
- Fornecimento de insumos para costura (reparos e consertos de enxovais);
- Disponibilizar um supervisor operacional

Planejamento Aquisição
Contratação Empresa Especializada em Fabricação de Enxoval Hospitalar; Entrega de enxoval em 03 etapas conforme funcionamento do hospital; A empresa contratada deverá encaminhar amostra de cada item para validação; Enxoval estimado conforme Manual da Anvisa/Lavanderia – Hospital Geral com Maior Rotatividade e Pronto Socorro – visando 4.000 a 5.000 kg/dia

- **Serviço de Higienização e Desinfecção Hospitalar**

A limpeza ambiental pode ser considerada como um dos primeiros itens na avaliação de qualidade que o paciente faz quando procura um serviço de saúde. Ela é considerada um "cartão de visitas" da Instituição e pode transmitir aos seus clientes a primeira impressão de segurança, conforto, bem-estar e profissionalismo existente no serviço de saúde.

O Serviço de Higiene é o responsável direto pela manutenção de um ambiente limpo, seguro e com um mínimo de riscos ambientais. O relacionamento deste serviço com o Setor de Controle de Infecção Hospitalar é extremamente importante visto que deverão atuar em conjunto na elaboração das rotinas operacionais e ações educacionais, que devem ser estabelecidas em consenso.

Ao limpar superfícies de serviços de saúde, pretende-se proporcionar aos usuários um ambiente com menor carga de contaminação possível, contribuindo na redução da possibilidade de transmissão de patógenos oriundos de fontes inanimadas, através de boas práticas em higiene e limpeza hospitalar.

O Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar precisa ser muito bem planejado e elaborado, por profissionais capacitados, sistema de tecnologia que apoie no dimensionamento de métodos, tempos e frequências, seja para implementação em serviço com modelo próprio ou terceirizado.

O sucesso de um planejamento operacional adequado, com índice de distorção aceitável, depende muito da qualificação das informações disponíveis.

Para dimensionamento do efetivo e recursos materiais como, por exemplo, equipamento, acessório e saneante, é necessário levantamento de variáveis, dados, informações atualizadas sobre estrutura e atendimento institucional.

O porte da instituição, complexidade de atendimento, volumetrias como: taxa de ocupação, tempo de permanência, nº de altas, nível de qualificação - Acreditação Hospitalar, nível de entregas requeridas são exemplos de informações obrigatórias para um adequado planejamento.

Além disto, deve-se levar em consideração, taxa média de absenteísmo, contingências, *turnover* projetado, tipo de escala, férias, entre outros, estabelecendo um padrão de desempenho baseado na produtividade (m^2/h) e nível de eficiência.

A limpeza em serviços de saúde segue quatro princípios básicos:

Remoção de sujidades

O Serviço de Higienização/Limpeza tem sua efetividade diretamente relacionada com a remoção total ou não das sujidades do piso e superfícies, pois estas podem favorecer algum tipo de contaminação de profissionais ou pacientes.

A remoção das sujidades deve ser realizada utilizando-se água e detergente. Os produtos químicos devem ser utilizados em áreas críticas e em superfícies com presença de matéria orgânica ou em caso de surtos, sob a orientação da CCISS da instituição.

Quando da utilização de produtos químicos, consultar a Portaria n.º 15 do Ministério da Saúde.

Sistematização

Sistematizar os processos de higienização do ambiente em unidades de saúde é um ponto muito importante. Algumas considerações devem ser seguidas na técnica de limpeza, como por exemplo: limpar um lugar mais limpo para depois limpar um lugar mais sujo. Esta técnica, que deve ser seguida em todos os casos, faz com que um agente microbiano não seja transportado de um local mais contaminado para um local menos contaminado. Outras considerações são:

Nunca realizar movimentos de vaivém (os movimentos manuais devem ser sempre retos, paralelos, unidirecionais, de cima para baixo, do fundo para a porta de entrada, de dentro para fora);

Iniciar a limpeza pelas paredes e por último, o piso;

Outro ponto a ser considerado, é a utilização de dois baldes de cores diferentes, quando a limpeza estiver sendo realizada com rodo e pano de chão. Um dos baldes deve destinar-se à solução e o outro, para a água limpa de enxágue;

Além disso, separar também os panos para as diferentes superfícies e áreas, por exemplo: flanela branca para móveis e flanela azul para pias, vaso sanitário etc.;

É importante que, ao se utilizar o Mop seco para limpeza de pisos, lembrar-se de não levantar o mesmo durante o procedimento de limpeza, com o objetivo de não provocar a dispersão das partículas de pó no ambiente.

Proteção do executor

O executor da limpeza deve sempre utilizar o uniforme básico incluindo: roupas, luvas de borracha, sapatos impermeáveis com meias e proteção de cabelo.

Este uniforme básico deve ser utilizado somente no horário de trabalho, devendo ser retirado no vestiário após o plantão, onde o profissional deve tomar um banho completo.

Além destes cuidados, ao limpar um isolamento ou área específica o executor deverá utilizar os equipamentos de proteção individual (EPI) adequado: máscaras comuns e especiais, óculos, aventais, vestimenta cirúrgica etc.

Proteção do ambiente

Além da execução da limpeza, o executor deverá atentar-se para não tocar em locais como maçanetas de portas, parapeitos e grades de segurança com a luva utilizada durante o procedimento de limpeza.

Outro cuidado com o ambiente é a recomendação de nunca utilizar a varrição seca nas áreas internas do ambiente hospitalar, relacionadas ao atendimento de pacientes, pois esta atitude favorece a dispersão de microrganismos que podem estar sendo veiculados junto com as partículas de pó. Portanto, somente a varrição úmida é permitida dentro dos hospitais.

A higienização nos hospitais é alcançada mediante os procedimentos de limpeza, desinfecção e/ou descontaminação.

• **LIMPEZA:** É a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (piso, paredes, teto, mobiliário e equipamentos). O processo deve ser realizado com água, detergente e ação mecânica manual. Deve ser realizada primeiramente antes dos processos de desinfecção.

• **DESINFECÇÃO:** É o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em artigos ou superfícies, mediante a aplicação de solução germicida em uma superfície previamente limpa.

• **DESCONTAMINAÇÃO:** É a remoção de materiais orgânicos de uma superfície, aplicando solução desinfetante diretamente sobre o agente contaminante.

PROCESSO DE LIMPEZA	DESCRIÇÃO
Tirar o pó	Passar flanela seca.
Limpar	Passar mop água e/ou pano umedecido em detergente e/ou desinfetante nos pisos. Passar flanela umedecida em desinfetante nas superfícies de móveis, paredes e portas.
Lavar	Aplicar solução detergente e/ou desengraxante através de escova, enceradeira, mop água, lavadora automática de pisos e/ou máquina de alta pressão, enxaguar e enxugar.
Lustrar	Lustrar o piso através de enceradeira. Lustrar móveis, revestimentos e metais com flanela seca e produtos adequados.
Encerar	Lavar com detergente, removendo a cera velha, aplicando em seguida nova camada de cera, apropriada ao tipo de piso.
Varrer	Varrer com os diferentes tipos de vassouras ou mop pó.
Aspirar Superficialmente	Aspirar superficialmente todas as áreas acarpetadas com aspirador de pó e/ou vassoura mágica.
Aspirar Profundamente	Aspirar todas as áreas acarpetadas com aspirador de pó, afastando móveis e objetos dos cantos para otimização do trabalho.
Recolher lixo	Recolher detritos com o auxílio de luvas em sacos plásticos e/ou carrinhos e transportá-los ao local apropriado.
Abastecer	Abastecer os sanitários com: papel higiênico, papel toalha, sabão líquido e sacos plásticos.
Conservar	Manter o local limpo e seco.

MÓVEIS, DIVISÓRIAS E OBJETOS EM GERAL.	
Madeira Natural e Encerada	Retirar o pó utilizando pano de limpeza em todos os lados. Colocar uma pequena quantidade de lustra-móveis em pano de limpeza e aplicá-lo no objeto a ser limpo. Dar polimento com flanela em todos os lados.
Madeira Envernizada	Retirar o pó utilizando pano de limpeza em todos os lados. Umedecer o pano de limpeza em água e passá-lo no objeto a ser limpo. Deixar secar por completo. Dar polimento com flanela por todos os lados.
Euraplac, Duraplac e Fórmica.	Retirar o pó utilizando pano de limpeza. Passar a fibra de limpeza branca com suporte limpa tudo, umedecida em detergente neutro no objeto a ser limpo. Passar no objeto pano de limpeza umedecido em água. Deixar secar por completo. Dar o polimento com flanela em todos os lados.
Metais não Revestidos	Retirar o pó utilizando pano de limpeza umedecido em detergente neutro em todos os lados. Enxaguar o excesso com pano umedecido em água. Limpar o excesso com pano. Dar polimento com flanela.
Metais Inox e Cromado	Retirar o pó utilizando pano de limpeza. Passar o pano de limpeza umedecido e/ou outro produto adequado por toda a superfície do objeto. Enxaguar o excesso com pano umedecido em água. Limpar o excesso com pano. Dar polimento com flanela.
Metais Esmaltados, Acrílicos, Plásticos e Fibra de Vidro.	Retirar o pó utilizando pano de limpeza. Umedecer a fibra de limpeza branca no Veja Multiuso, passar no objeto começando pela parte inferior e seguir até a parte mais alta. Enxaguar o excesso com pano umedecido em água. Dar polimento com flanela.
Vidros	Retirar o pó utilizando pano de limpeza. Passar a luva de limpeza com suporte limpa-vidro, umedecida em Vidrex na superfície a ser limpa. Dar polimento com flanela em todos os lados.
Carpete	Retirar o pó utilizando aspirador. Retirar manchas com utilização do removedor de manchas.

PAREDES, COLUNAS E FORRO.	
Remoção de Manchas	Passar pano de limpeza na área manchada para retirar o pó. Umedecer a fibra de limpeza branca no detergente neutro e passar sobre a superfície manchada. Passar pano umedecido em água onde foi aplicado o detergente. Secar com pano de limpeza seco.
Limpar/Lavar	Limpeza das grelhas de ar condicionado com panos umedecidos em Veja Multiuso. Enxaguar o excesso com pano umedecido em água. (Não permitir secagem da solução na parede.)

PISOS DUROS	
Lavação	Recolher os detritos maiores com vassouras de pelo e pá automática. Retirar pó com mop pó utilizando o movimento serpentina. Espalhar detergente removedor com mop água o suficiente para não secar durante o tempo de aplicação, agir por cinco minutos aproximadamente. Lavar os cantos e rodapés com suporte limpa-tudo e fibra de limpeza preta ou verde-escuro. Recolher o detergente do piso com mop água. Esperar o piso secar por completo.
Enceramento	Com o piso limpo passar o mop água levemente umedecida em água. Esperar o piso secar por completo. Espalhar a cera no piso com mop água. Deixar o piso secar por completo e, caso necessário, aplicar nova camada. Dar o polimento utilizando enceradeira com o disco branco. Dar o polimento nos cantos utilizando o suporte limpa-tudo e fibra de limpeza branca.

SANITÁRIOS E VESTIÁRIOS
✓ Vasculhar o teto com vassouras limpa teto. ✓ Remover sujeira visível nos ralos de pias e mictórios. ✓ Esfregar os azulejos com suporte limpa tudo e fibra verde, de baixo para cima e deixar o detergente agir. ✓ Esfregar os rejuntes dos azulejos com escova lava tanque. ✓ Enxaguar as paredes. ✓ Lavar interna e externamente as pias com fibra branca. ✓ Lavar as torneiras, registros, válvulas, saboneteiras e tubulações. ✓ Enxaguar as superfícies e outros aparelhos lavados. ✓ Lavar internamente os vasos sanitários com escova lavatina. ✓ Dar descarga até que toda a água seja trocada. ✓ Lavar externamente o vaso, assento, tampa e válvulas. ✓ Enxaguar e secar. ✓ Lavar os cestos de papéis com escova e detergente, enxaguar e secar. ✓ Limpar o piso utilizando mop-água e/ou enceradeira com disco verde ou preto. ✓ Lavar os ralos com escova lavatina e produto Multiuso. ✓ Espalhar desinfetante com mop-água, o bastante para não secar durante o tempo de aplicação. Deixar agir por cinco minutos. ✓ Lavar os cantos e rodapés com os suportes limpa tudo e fibra de limpeza verde. ✓ Lavar o piso com enceradeira e disco verde ou preto.

- ✓ Recolher o detergente do piso com mop-água conjunto duplo.
- ✓ Enxaguar os ralos.
- ✓ Enxaguar o piso com mop-água até a água ficar limpa.
- ✓ Secar o piso com mop-água.
- ✓ Borrifar odorizador pelo ambiente.
- ✓ Limpar os espelhos com pano umedecido em detergente.
- ✓ Secar com pano limpo.
- ✓ Secar as paredes, vasos, tampas e pias com pano limpo.
- ✓ Polir as torneiras e metais com flanela.
- ✓ Recolocar o papel toalha, papel higiênico e cesto de lixo nos seus devidos lugares.
- ✓ Abastecer dispensadores com material de toalete, caso necessário.
- ✓ Tirar manchas das portas dos dois lados com pano úmido.
- ✓ Limpar os batentes com pano úmido em todos os lados.
- ✓ Limpeza das divisórias dos vasos sanitários com produto Multiuso.

Especificações dos Processos de Limpeza

Procedimentos de higienização

Os procedimentos de Higiene a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente:

• Habilitar os profissionais de Higiene para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas crítica semicrítica e não crítica;

• Identificar e/ou sinalizar corredores e áreas de grande circulação, durante o processo de higienização, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;

• Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho;

• Não manusear lentes de contato durante o desempenho das atividades de trabalho;

• Não consumir alimentos e bebidas durante as atividades de trabalho;

• Não guardar alimentos em locais não destinados para esse fim;

• Não fazer uso de calçados abertos;

• Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive, quando realizados com a utilização de luvas;

• Realizar a desinfecção de matéria orgânica extravasada em qualquer área antes dos procedimentos de Higiene;

• Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo/contaminado para o mais sujo/contaminado, de cima para baixo em movimento único, do fundo para frente e de dentro para fora;

• Realizar a coleta de resíduos pelo menos, três vezes ao dia, ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total. Os resíduos deverão ser transportados em carro próprio, impermeável, com cantos arredondados, sem emendas na sua estrutura; fechado com tampa, lavável, com dreno para escoamento de líquidos após a lavagem e identificado com o símbolo específico para cada tipo de resíduo;

• Usar luvas, panos de limpeza, cabeleiras e baldes de cores padronizadas para cada procedimento;

• Lavar os utensílios utilizados na prestação de serviços (mops, esfregões, panos de limpeza, escovas, baldes etc.) nas salas de utilidades indicadas, segundo procedimento específico, ou no mínimo, diariamente.

Classificação das áreas de Atuação

Área crítica
São áreas que oferecem maiores riscos de transmissão de infecção, ou seja, áreas que realizam um grande número de procedimentos de risco, onde se encontram pacientes imunodeprimidos, ou aquelas áreas que por suas especificidades necessitam que seja minimizada a presença de micro-organismos patogênicos. Ex: CC, CCO, UTI, laboratórios, Agência Transfusional, Banco de Sangue.
Área semi crítica
São áreas onde o risco de transmissão de infecção é baixo, por não haver procedimentos invasivos. Ex: ambulatórios médicos, quartos e enfermarias.
Área não-crítica
São todas as demais áreas, que não são ocupadas por pacientes.

Frequência procedimento de limpeza terminal programada

CLASSIFICAÇÃO DA ÁREA	FREQUÊNCIA DE LIMPEZA TERMINAL – Conforme cronograma terminal anual
ÁREAS CRÍTICAS	Semanal
ÁREAS SEMI - CRÍTICAS	Quinzenal
ÁREAS NÃO - CRÍTICAS	Mensal
ÁREAS COMUNS	Conforme estabelecido no Cronograma anual

Frequência procedimento de limpeza concorrente

CLASSIFICAÇÃO DA ÁREA	FREQUENCIA MÍNIMA
ÁREAS CRÍTICAS	3x por dia, data e horários preestabelecidos e sempre que necessário.
ÁREAS SEMI - CRÍTICAS	2x por dia, data e horários preestabelecidos e sempre que necessário.
ÁREAS NÃO - CRÍTICAS	1x por dia, data e horários preestabelecidos e sempre que necessário.
ÁREAS COMUNS	1x por dia, data e horários preestabelecidos e sempre que necessário.
ÁREAS EXTERNAS	2x por dia, data e horários preestabelecidos e sempre que necessário.

Frequência procedimento de limpeza terminal programada

CLASSIFICAÇÃO DA ÁREA	FREQUÊNCIA DE LIMPEZA TERMINAL
ÁREAS CRÍTICAS	Semanal
ÁREAS SEMI - CRÍTICAS	Quinzenal
ÁREAS NÃO - CRÍTICAS	Mensal
ÁREAS COMUNS	Conforme estabelecido no Cronograma anual

PRODUTOS QUÍMICOS – HOSPITALARES

A definição e aquisição dos produtos químicos devem ser colegiadas, buscando trazer para a Instituição o CUSTO x BENEFÍCIO mais adequado e seguro.

PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES SOBRE SANEANTES HOSPITALARES

LEGISLAÇÃO	EMENTA
Resolução RDC ANVISA 34 de 16/8/2010	Dispõe sobre o Regulamento Técnico para produtos desinfetantes.
Resolução RDC ANVISA 35 de 16/8/2010	Dispõe sobre Regulamento Técnico para produtos com ação antimicrobiana usados em artigos críticos e semicríticos.
Resolução RDC ANVISA 59 de 17/12/2010	Dispõe sobre procedimentos e requisitos técnicos para a notificação e o registro de produtos saneantes e dá outras providências.
Resolução RDC ANVISA 30 de 04/7/2011	Substitui a lista de substâncias de ação conservante permitidas para produtos saneantes.

Resolução RDC nº 31, de 4 de julho de 2011	Dispõe sobre a indicação de uso dos produtos saneantes na categoria "Esterilizante", para aplicação sob a forma de imersão, a indicação de uso de produtos saneantes atualmente categorizados como "Desinfetante Hospitalar para Artigos Semicríticos" e dá outras providências.
Resolução RDC/Anvisa 55 de 14/11/2012	Dispõe sobre os detergentes enzimáticos de uso restrito em estabelecimentos de assistência à saúde com indicação para limpeza de dispositivos médicos e dá outras providências.
Resolução-RDC/Anvisa N° 109, de 6 de setembro de 2016	Dispõe sobre regulamento técnico para produtos saneantes categorizados como alvejantes à base de hipoclorito de sódio ou hipoclorito de cálcio e dá outras providências.

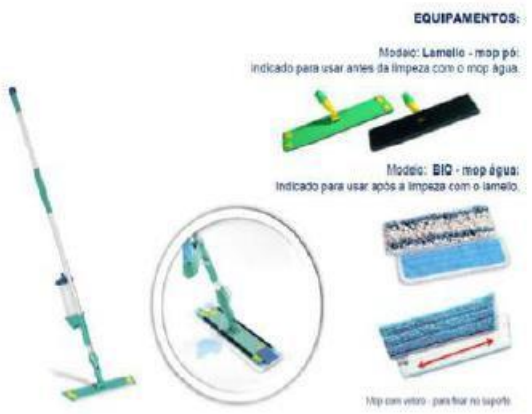
Fonte: ANVISA

De acordo com o programa do Ministério da Saúde (MS), os tipos de produtos químicos utilizados em limpeza de superfícies fixas ou inanimadas do ambiente hospitalar são:

- **Produtos detergentes**: São produtos que contem em sua formulação tenso ativos que tem a finalidade de limpar através da redução da tensão superficial (umectação), dispersão e suspensão da sujeira.
- **Produtos desinfetantes**: São formulações que tem na sua composição substâncias microbicidas e apresentam efeito letal para os microrganismos não esporulados; podem ser utilizados na presença de matéria orgânica visível em qualquer superfície inanimada ou fixa do ambiente hospitalar.

Produtos que limpam e desinfetam em uma única etapa, sem necessidade de enxágue, contribuem diretamente com a melhoria da produtividade, reduzindo o tempo do procedimento de limpeza em cada área.

EQUIPAMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO



Planejamento Operacional

Contratação Empresa Especializada em Higienização Hospitalar – 12 meses;
Fornecimento:

- Mão de obra especializada;
- Fornecimento de descartáveis (saco de lixo branco/infectante, preto/comum, vermelho/fluídos corpóreos);
- Insumos e dispensers: papel toalha, papel higiênico, sabonete, álcool gel);
- Conteiners para coleta interna de resíduos comum e infectante com capacidades de 340 litros;
- Maquinários para higienização de piso;
- Produto químico conforme validação da CCISS;
- Diluidores químicos.

Controle de Pragas

O controle de pragas em um ambiente hospitalar não é uma tarefa fácil, uma vez que se trata de um lugar que está em constante atividade, faz uso diversos recursos que não podem ser

contaminados ou danificados no processo de eliminação das infestações, além da presença dos pacientes, muitas vezes extremamente fragilizados e, portanto, mais propensos a contrair algum tipo de infecção.

As pragas que infestam hospitais são as mesmas que ocorrem em outros edifícios. São elas: baratas, ratos, formigas, moscas, pulgas e afins; sendo que o principal problema da presença desses animais em um espaço clínico reside no fato de que são agentes disseminadores mecânicos e/ou biológicos de doenças infectocontagiosas causadas por protozoários, vírus, bactérias e outros microrganismos, além de prejudicarem as condições de esterilização de equipamentos e ambientes.

A incidência de pragas depende não somente da higiene e limpeza do local, mas também da sua localização e manutenção. Um hospital localizado, por exemplo, às margens de um rio no qual é frequentemente despejado esgoto, ou ainda próximo a instalações industriais, pode ter uma higienização adequada em suas instalações, entretanto, se seus vizinhos não necessariamente seguirem os mesmos princípios, acabam por ocasionar a migração de ratos, baratas e semelhantes de uma instalação para a outra; ou seja, os bons cuidados dentro do hospital não impedem que as pragas de outros ambientes venham habitar o local.

Seja a infestação de origem interna ou externa ao ambiente hospitalar, para que o problema possa ser diagnosticado e devidamente controlado, a sugestão de Oliveira é que todo o estabelecimento seja monitorado periodicamente, sendo que as estratégias de controle devem ser aplicadas de acordo com o local e com o tipo de infestação observada. No entanto ainda que a origem da infestação seja principalmente externa, as medidas de higiene dentro das instalações clínicas ajudam a minimizar o problema.

Tendo em vista que determinadas áreas são mais propensas a desenvolverem uma infestação em relação a outras, há uma periodicidade recomendada para melhor eficiência na identificação e controle dos insetos.

É importante, contudo, lembrar que estas são sugestões. São elas:

• Mensalmente, áreas críticas como cozinhas, copas, despensas e redes de esgoto devem ser desinsetizadas;

• Áreas de cuidados com os pacientes como enfermarias, centros cirúrgicos, UTIs, Pronto Socorro e consultórios médicos devem ser inspecionados quinzenalmente,

• Setores administrativos devem passar por inspeção a cada dois meses.

• O controle citado acima é, na maioria das vezes, realizado com os materiais menos agressivos possíveis, como géis baraticidas e formicidas, ratoeiras, entre outros. Se por alguma eventualidade for necessário um controle químico mais eficiente no ambiente hospitalar, certas medidas devem ser tomadas visando garantir a segurança de todas as pessoas envolvidas ativa ou passivamente no processo, tais como:

• Ações de controle químico devem ser de conhecimento da Diretoria Administrativa, que, por sua vez, informará aos setores os horários e locais que serão desinsetizados ou desratizados;

• É indispensável a prescrição do produto em formulário próprio, com o devido detalhamento do processo de aplicação pelo referido responsável técnico.

Planejamento – Controle de Pragas	
Contratação Empresa Especializada em Controle Integrado de Pragas conforme RDC 18 e RDC 52	Visitas semanais para combate preventivo às pragas.

6.4.4. Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Unidade.

O Setor de Compras, subordinado à Coordenação Administrativa e à Diretoria Administrativa/financeira será responsável pelos processos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** e irá conter as normas de controle e gestão de bens móveis e materiais de consumo.

NORMAS E PROCEDIMENTOS PARA AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO E MATERIAIS

AQUISIÇÃO

Toda aquisição de materiais de consumo, de bens, obras e de serviços no **Hospital Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** obedecerá aos princípios básicos de impessoalidade, moralidade, economicidade, eficiência e qualidade, tendo em vista a sua adequação às finalidades dos bens e serviços necessários ao cumprimento da missão da Unidade.

O Setor de Compras estabelecerá as Normas e Procedimentos para a aquisição qualificada de bens e serviços visando assegurar a sua contínua provisão de forma a atender às necessidades do Hospital no desempenho de suas atividades, com a utilização de recursos oriundos do Contrato de Gestão e próprios, respeitando as diretrizes da administração pública. Estas normas primam pela agilidade na gerência destes recursos materiais, recurso fundamental para a melhor atenção ao usuário com necessidades urgentes e cruciais de manutenção da vida.

O modelo a ser adotado buscará a modernidade, a eficiência e a redução dos custos, conforme as necessidades programadas, obedecendo a critérios para a contratação de pessoal e aquisição de medicamentos e insumos de saúde que serão acompanhados pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás que irá regular fiscalizar e controlar a atividade assumida pelo Hospital.

DIRETRIZES DO PROCESSO DE COMPRAS

- As compras programadas são realizadas pelo setor de compras da Unidade;
- As solicitações de medicamentos não padronizados são efetuadas com a prévia autorização do Diretor Geral da Unidade;
- Todas as solicitações de compras para aquisição de produtos que não se enquadrem
- como estoque, são autorizadas pelos responsáveis do respectivo setor antes de serem encaminhadas ao setor de Compras;
- Toda e qualquer compra de Bem Patrimonial, independente do seu valor unitário, é autorizada pela Direção Geral da Unidade, em conformidade com a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

A qualificação dos fornecedores e a execução do procedimento de compras será de responsabilidade do setor de compras, subordinado à diretoria de administração e finanças da unidade e a coordenação administrativa.

Qualificação de fornecedores de produtos e insumos:

O Hospital somente realizará compras de produtos e insumos em geral de empresas previamente cadastradas no sistema informatizado de gestão de serviços de saúde integrado, salvo as exceções previstas neste regulamento. Para o cadastramento de empresas que se interessarem em fornecer produtos e insumos para a Unidade, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Contrato Social e última alteração, ou estatutos e ata de assembleia de eleição da diretoria da sociedade devidamente registrado na Junta Comercial;
- Cartão do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda CNPJ/MF;
- Registro na ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária para empresas fornecedoras de medicamentos e OPM;

- 3 (três) cartas de recomendação de outras empresas para as quais o interessado já tenha fornecido seus produtos;

- Comprovação de que não possui pendências quanto à entrega de produtos e insumos, por meio da apresentação de certidão "nada consta" expedida pelo almoxarifado e farmácia da Unidade.

- Após a apresentação dos documentos previstos no item acima, o fornecedor será cadastrado no sistema informatizado de gestão de Serviços de Saúde integrado e estará apto a participar dos processos de aquisição de produtos e insumos.

Qualificação de fornecedores serviços em geral e obras construção civil:

Para o cadastramento de empresas que se interessarem em fornecer serviços em geral e de obras de construção civil para a Unidade, deverão ser exigidos os seguintes documentos:

- Contrato Social e última alteração, ou estatutos e ata de assembleia de eleição da diretoria da sociedade devidamente registrado na Junta Comercial;

- Cartão do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda CNPJ/MF;

- Comprovante de qualificação do responsável técnico perante o respectivo órgão profissional competente, bem como o comprovante de quitação da anuidade em vigor;

- 3 (três) cartas de recomendação de outras empresas para as quais o interessado já tenha fornecido seus serviços.

Observação: O cadastramento de empresas como fornecedoras de serviços em geral e obras de construção civil poderá se dar previamente, ou durante o processo de seleção e contratação dos respectivos serviços.

PROCEDIMENTO DE AQUISIÇÃO DE PRODUTOS OU INSUMOS

Procedimento ordinário de aquisição:

- As compras de produtos ou insumos utilizados no Hospital serão realizadas, em regra, mensalmente para o atendimento de uma demanda estimada de 30 (trinta) dias. Poderá haver variações nesse prazo a depender da demanda dos serviços prestados e dos níveis de estoque de cada produto;

- Após a identificação da necessidade de aquisição de determinado(s) produto(s) pelo sistema informatizado de gestão de serviços de saúde integrado, ou pelo respectivo centro de custo, o setor de Compras preparará uma lista dos produtos e insumos que se pretende adquirir, contendo as suas especificações, as quantidades desejadas, bem como o respectivo código do produto.

- A lista de produtos referida acima, deverá ser enviada por meio físico, digital (e-mail) ou por fac-símile, para pelo menos 3 (três) fornecedores previamente cadastrados, com a indicação de data e hora para que as propostas de preço, prazo de pagamento e entrega, sejam apresentadas à Unidade.

- Até a data e hora previamente designadas, os fornecedores deverão entregar por meio físico, digital (e-mail) ou por fac-símile, suas propostas, contendo os preços, prazos de pagamento e entrega, devendo obrigatoriamente constar ao lado de cada produto o respectivo código previamente informado pela Unidade.

- Recebidas as propostas de preços de cada fornecedor, os preços, prazos de entrega e de pagamento serão lançados no Sistema Informatizado de Gestão de Serviços de Saúde, que automaticamente designará qual o fornecedor que apresentou o melhor preço por cada item.

- Em caso de empate de preços por item, o responsável pela análise das propostas utilizará os seguintes critérios de desempate:

    1. Prazo de pagamento mais longo;

    2. Prazo de entrega mais curto.

- Se o nível de estoque de cada produto estiver abaixo do desejável, o critério de desempate poderá ser invertido para dar prioridade ao prazo de entrega mais curto.

- O fornecedor que apresentou o melhor preço para determinado item só não será declarado vencedor da tomada de preços, caso o produto por ele apresentado não seja

considerado tecnicamente adequado para utilização pela Unidade, fato que deverá ser justificado por parecer técnico firmado pelo setor responsável pela sua utilização e aprovado pela Diretoria Administrativo/financeira.

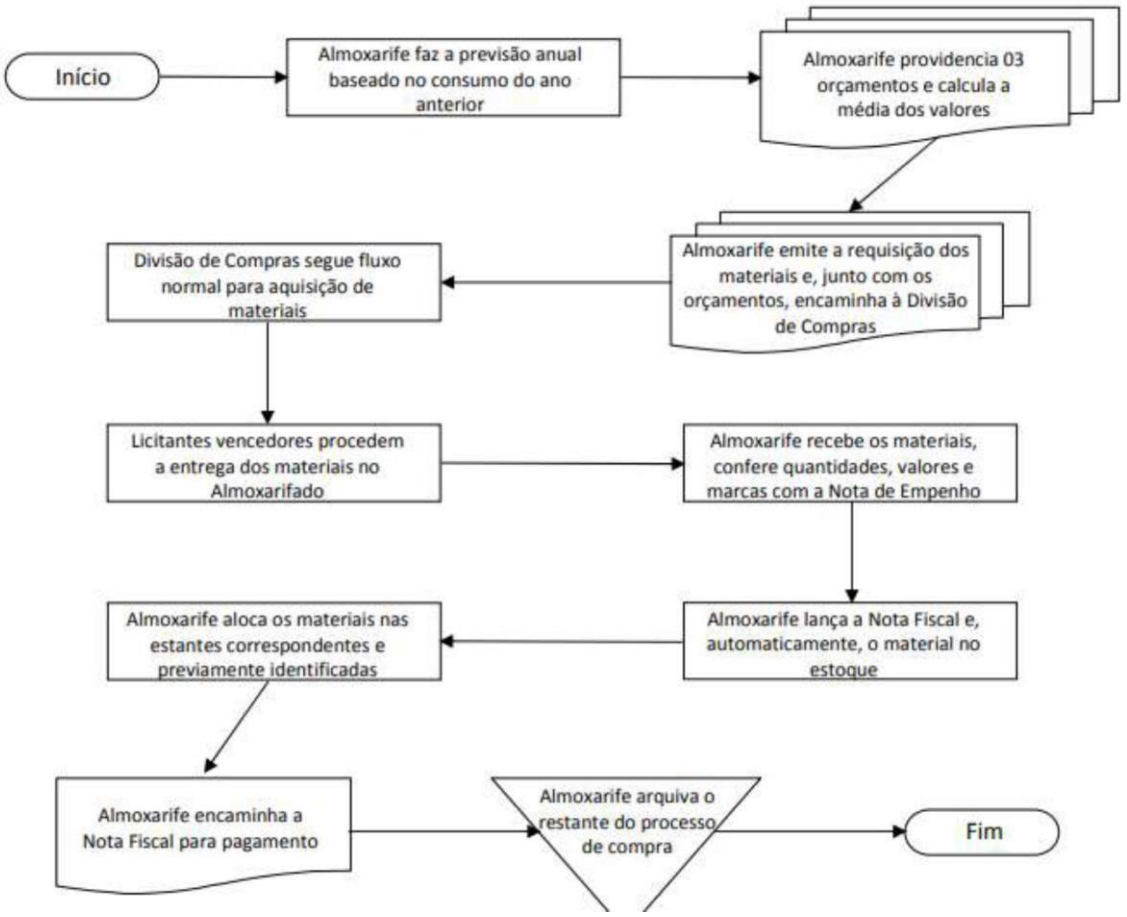
- Resolvidos os empates e demais questões que envolvam a análise de preços, o sistema informatizado de Gestão Hospitalar integrando, gera as respectivas "Ordens de Compras" para os fornecedores que tiverem apresentado a melhor proposta em cada item. Em seguida, uma via da Ordem de Compra é enviada ao fornecedor e outra via é enviada para o Almoxarifado ou Farmácia, conforme a natureza do produto adquirido. Estes setores deverão acompanhar a entrega dos produtos e gerar relatórios de atrasos e não atendimento, caso os respectivos fornecedores deixem de atender ao prazo de entrega previamente estabelecido nas propostas.

- Após o recebimento dos produtos pelo Almoxarifado e/ou Farmácia da Unidade e devidamente conferidas as suas características e atestada a sua conformidade com o pedido, as notas fiscais serão enviadas ao setor Financeiro para programar o pagamento.

Procedimento excepcional de aquisições:

- Excepcionalmente, em casos de justificada urgência, nas hipóteses em que tecnicamente não se justifique a competição, na hipótese de comprovadamente não haver mais de um interessado no fornecimento do produto ou serviço, ou para produtos de valor inferior a R$ 10.000,00 (dez mil reais), o setor de Compras poderá dispensar o procedimento ordinário previsto acima.
- Para a realização de compras em caráter de urgência, devidamente justificado, e para as compras com valor global inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais), o setor de Compras poderá adotar procedimento simples de aquisição direta de fornecedores já cadastrados na Unidade.
- Nas hipóteses de aquisição de produtos ou insumos que sejam fornecidos por um só fornecedor, ou cujas especificações técnicas indiquem a conveniência da aquisição direta de determinada empresa, o processo de compra deverá ser instruído com cópia de parecer técnico e autorização expressa do Diretor Administrativo/financeiro e do gestor da respectiva área que se pretende atender, e a aquisição poderá se dar por negociação direta com o respectivo fornecedor.

ROTINA PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAIS



RECEBIMENTO

Recebimento é a atividade intermediária entre as tarefas de compra e pagamento ao fornecedor, sendo de sua responsabilidade a conferência dos materiais destinados à empresa. As atribuições básicas do recebimento são:

- Coordenar e controlar as atividades de recebimento e devolução de materiais;
- Analisar a documentação recebida, verificando se a compra foi autorizada;
- Controlar os volumes declarados na Nota Fiscal e no Manifesto de Transporte com os volumes a serem efetivamente recebidos;
- Proceder a conferência visual, verificando as condições da embalagem quanto a possíveis avarias na carga transportada e, se for o caso, apontando as ressalvas nos respectivos documentos;

- Proceder a conferência quantitativa e qualitativa dos materiais recebidos;
- Decidir pela recusa, aceite ou devolução, conforme o caso;
- Providenciar a regularização da recusa, devolução ou da liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberar o material desembaraçado para estoque no Almoxarifado.

As atividades de recebimento no Hospital abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais compõe um sistema global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil. O recebimento compreenderá quatro fases:

- Entrada de materiais;
- Conferência quantitativa;
- Conferência qualitativa;
- Regularização.

Entrada de Materiais:

A recepção dos veículos transportadores representa o início do processo de recebimento que tem como objetivos:

- A recepção dos veículos transportadores;
- A triagem da documentação suporte para o recebimento;
- Constatação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, foi autorizada;
- Constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual;
- Constatação se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal;
- Cadastramento no sistema das informações referentes às compras autorizadas.

As compras não autorizadas ou em desacordo com a programação de entrega devem ser recusadas, transcrevendo-se os motivos no verso da Nota Fiscal. Outro documento que serve para as operações de análise de avarias e conferência de volumes é o "Conhecimento de Transporte Rodoviário de Carga", que é emitido quando do recebimento da mercadoria a ser transportada.

As divergências e irregularidades insanáveis constatadas em relação às condições de

contrato devem motivar a recusa do recebimento, anotando-se no verso da Nota Fiscal as circunstâncias que motivaram a recusa, bem como nos documentos do transportador. O exame para constatação das avarias é feito através da análise da disposição das cargas, da observação das embalagens, quanto a evidências de quebras, umidade, dentre outros danos. Os materiais que passaram por essa primeira etapa devem ser encaminhados ao Almoxarifado. Para efeito de descarga do material no Almoxarifado, a recepção é voltada para a conferência de volumes, confrontando-se a Nota Fiscal com os respectivos registros e controles de compra.

Conferência Quantitativa:

É a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

Conferência Qualitativa:

Esta atividade tem por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica visa garantir o recebimento adequado do material. São utilizados no processo de inspeção: a especificação de compra do material e alternativas aprovadas; desenhos e catálogos técnicos; dentre outros.

A depender da quantidade, a inspeção pode ser total ou por amostragem, utilizando-se de conceitos estatísticos. A análise visual tem por finalidade verificar o acabamento do material, possíveis defeitos, danos à pintura, etc. A análise dimensional tem por objetivo verificar as dimensões dos materiais, tais como largura, comprimento, altura, espessura, diâmetro. Os ensaios específicos para materiais mecânicos e elétricos comprovam a qualidade, a resistência mecânica, o balanceamento e o desempenho de materiais ou equipamentos.

Regularização:

Caracteriza-se pelo controle do processo de recebimento, pela confirmação da conferência qualitativa e quantitativa, respectivamente, por meio do laudo de inspeção técnica e pela confrontação das quantidades conferidas e faturadas. O processo de Regularização poderá dar origem a uma das seguintes situações:

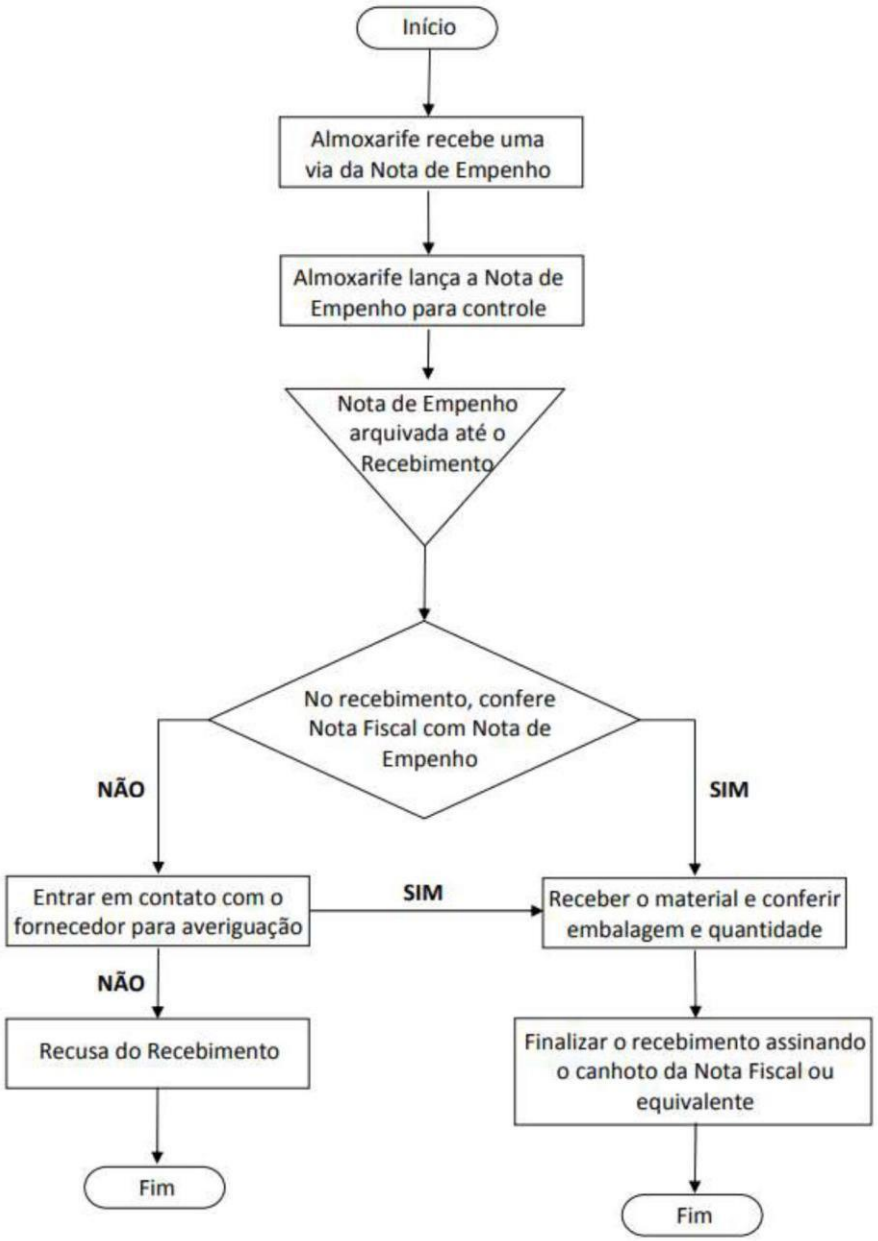
- Liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberação parcial de pagamento ao fornecedor;
- Devolução de material ao fornecedor;
- Reclamação de falta ao fornecedor;
- Entrada do material no estoque.

Os procedimentos de regularização, visando à confrontação dos dados, objetivando recontagem e aceite ou não de quantidades remetidas em excesso pelo fornecedor, envolvem os seguintes documentos:

- Nota Fiscal;
- Conhecimento de transporte rodoviário de carga;
- Documento de contagem efetuada;
- Relatório técnico da inspeção;
- Especificação de compra;
- Catálogos técnicos;
- Desenhos.

O material em excesso ou com defeito será devolvido ao fornecedor, dentro de um prazo de 10 dias a contar da data do recebimento, acompanhado da Nota Fiscal de Devolução, emitida pela empresa compradora.

ROTINA PARA RECEBIMENTO DE MATERIAIS



GUARDA / ARMAZENAGEM

A armazenagem dos materiais no Almoxarifado do Hospital obedecerá a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação. Compreende as fases da armazenagem dos materiais:

- Verificação das condições de recebimento do material;
- Identificação do material;
- Guarda na localização adotada;
- Informação da localização física de guarda;
- Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento;
- Separação para distribuição.

Alguns cuidados serão tomados durante o projeto do layout do Almoxarifado, de forma que se possam obter as seguintes condições:

- Máxima utilização do espaço;
- Efetiva utilização dos recursos disponíveis (mão de obra e equipamentos);
- Pronto acesso a todos os itens;
- Máxima proteção aos itens estocados;
- Boa organização;
- Satisfação das necessidades dos clientes.

No projeto do Almoxarifado serão verificados os seguintes aspectos:

- Itens a serem estocados (itens de grande circulação, peso e volume);
- Corredores (facilidades de acesso);
- Portas de acesso (altura, largura);
- Prateleiras e estruturas (altura e peso);
- Piso (resistência).

Dependendo das características do material, a armazenagem pode dar-se em função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma.

Os materiais sujeitos à armazenagem não obedecem a regras taxativas que regulem o modo como os materiais devem ser dispostos no Almoxarifado. Por essa razão, serão analisados, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais.

Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Utilizaremos uma simbologia (codificação) alfanumérica que deve indicar precisamente o posicionamento de cada material

estocado, facilitando as operações de movimentação e estocagem. O Almoxarife será o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do depósito com o arranjo físico dos espaços disponíveis por área de estocagem.

DISTRIBUIÇÃO:

A distribuição dos materiais estocados será realizada mediante programação ou necessidade dos demais departamentos do hospital, e será por meio de requisição específica FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE MATERIAIS.

6.4.5. Apresentação da Padronização de Medicamentos e Materiais Médicos Hospitalares

A padronização consiste na incorporação de um determinado produto à lista de artigos passíveis de serem comprados para estarem disponíveis para prescrição, dispensação e utilização.

OBJETIVOS:

- Diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos;
- Simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício;
- Permitir a compra em grandes lotes;
- Otimizar o trabalho do Setor de Compras;
- Diminuir os custos de estocagem;
- Reduzir a quantidade de itens estocados;
- Adquirir materiais / medicamentos com maior rapidez;
- Evitar a diversificação de materiais de mesma aplicabilidade;
- Obter maior qualidade e uniformidade.

Para organização dos medicamentos de uso hospitalar, foi utilizado como base o sistema de classificação Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), o qual é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), utilizando-se principalmente o Grupo Principal Anatômico (1º nível ATC), com algumas adequações. Nessa classificação, as substâncias ativas

são divididas em diferentes grupos de acordo com o órgão ou sistema em que atuam e suas características terapêuticas, farmacológicas e propriedades químicas.

Apresentamos, primeiramente, a padronização de medicamentos que será instituída pelo **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**, e em seguida a padronização de materiais médico-hospitalares.

A - MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO TRATO ALIMENTAR E METABOLISMO

Medicamentos para úlcera péptica e doenças de refluxo gastroesofágico:

- Omeprazol 20 mg, cápsula ou comprimido
- Omeprazol 40 mg, cápsula ou comprimido
- Omeprazol 40 mg, pó liofilizado em frasco-ampola + diluente
- Ranitidina 15 mg/ml, solução oral (sem açúcar) em frasco 120 ml
- Ranitidina 150 mg, comprimido revestido
- Ranitidina 50 mg/ml, solução injetável em ampola 2 ml

Medicamentos para transtornos gastrointestinais funcionais:

- Atropina 0,25 mg/ml, solução injetável em ampola 1 ml
- Bromoprida 4 mg/ml, solução oral em frasco gotejador 20 ml
- Bromoprida 10 mg, comprimido
- Domperidona 1 mg/ml, suspensão pediátrica em frasco 100 ml
- Domperidona 10 mg, comprimido Escopolamina 20 mg/ml, solução injetável em ampola 1 ml
- Escopolamina 10 mg + Dipirona 250 mg, comprimido
- Escopolamina 4 mg + Dipirona 500 mg/ml, solução injetável em ampola 5 ml
- Metoclopramida 4 mg/ml, solução oral em frasco gotejador 10 ml
- Metoclopramida 10 mg/ml, solução injetável em ampola 2 ml
- Papaverina 50 mg/ml, solução injetável em ampola 2 ml
- Simeticona 75 mg/ml, emulsão oral em frasco gotejador 10 ml

Antieméticos e antinauseantes:

- Dimenidrinato 30 mg + Piridoxina 50 mg + Dextrose 1000 mg + D-frutose (levulose) 1000 mg/10 ml, solução injetável em ampola 10 ml
- Ondansetronar 4 mg, comprimido sublingual
- Ondansetrona 8 mg, comprimido revestido
- Ondansetrona 2 mg/ml, solução injetável em ampola 4 ml

Medicamentos para constipação:

- Bisacodil 5 mg, drágea ou comprimido revestido
- Fosfato de Sódio monobásico 16 g + Fosfato de Sódio dibásico 6 g, enema em frasco aplicador 130 ml
- Glicerina 12%, enema em frasco-ampola 500 ml + sonda
- Lactuloser 667 mg/ml, xarope em frasco 120 ml
- Óleo Mineral 100%, em frasco 100 ml

Antidiarréicos, agentes anti-inflamatórios e anti-infecciosos intestinais:

- Loperamida 2 mg, comprimido
- Nistatina 100.000 UI/ml, suspensão oral em frasco 50 ml
- Neomicina, Sulfato 3,3%, solução oral em frasco 100 ml
- Sulfassalazina 500 mg, comprimido revestido
- Sais para reidratação oral (Cloreto de sódio 3,5 g + Cloreto de potássio 1,5 g + Citrato de sódio 2,9 g + Glicose 20 g), pó em envelope 27,9 g

Medicamentos utilizados em Diabetes:

- Glibenclamida 5 mg, comprimido
- Insulina Regular 100 UI/ml, solução injetável em frasco-ampola 10 ml
- Insulina NPH 100 UI/ml, suspensão injetável em frasco-ampola 10 ml
- Metformina 500 mg, comprimido
- Metformina 850 mg, comprimido

Vitaminas:

- Calcitriol (Vit D3) 0,25 mcg, cápsula gelatinosa mole
- Calcitriol (Vit D3) 1 mcg, solução injetável em ampola 1 ml
- Polivitamínicos para Adultos (Vit A 5000 UI + Vit B1 4 mg + Vit B2 2 mg+ nicotinamida (Vit PP) 10mg + Vit B6 1mg + Vit B5 10mg + Biotina (Vit H) 0,1mg + Vit C 50mg + Vit D 1000UI
- +Vit E 3mg/ml), solução injetável EV em ampola 10 ml
- Vitamina B1 (tiamina) 100 mg + Vit B6 (piridoxina) 100 mg + Vit B12 (cianocobalamina) 5000 mcg, solução injetável em ampola 3 ml Vitaminas do Complexo B, drágea ou comprimido revestido
- Vitaminas do Complexo B, solução injetável em ampola 2 ml
- Vitamina B1 (tiamina) 100 mg/ml, solução injetável em ampola 1 ml
- Vitamina B6 (piridoxina) 100 mg, comprimido
- Vitamina B12 (cianocobalamina) 1000 mcg, solução injetável em ampola 2 ml
- Vitamina B1 (tiamina) 100 mg + B6 (piridoxina) 100 mg + B12 (cianocobalamina) 5000 mcg, solução injetável IM em ampola 2 ml
- Vitamina C (ácido ascórbico) 500 mg, comprimido
- Vitamina C (ácido ascórbico) 1 g, solução injetável em ampola 5 ml Suplementos minerais:
- Oligoelementos para Pediatria (cobre 100 mcg + cromo 1 mcg + manganês 10 mcg + zinco 500 mcg/ml), solução injetável em ampola 4 ml
- Oligoelementos para Adultos (cobre 0,8 mg + cromo 10 mcg + manganês 0,4 mg + zinco 2,5 mg/ml), solução injetável em ampola 2 ml

B - MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SANGUE E ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS

Agentes antitrombóticos

- Ácido Acetilsalicílico 100 mg, comprimido
- Alteplaser, AV 50 mg, pó para solúvel injetável em frasco-ampola 50 ml + diluente
- Clopidogrel 75 mg, comprimido revestido
- Dipiridamol 10 mg, solução injetável em ampola de 2 ml
- Estreptoquinase R 1.500.000 UI, pó solúvel injetável em frasco-ampola
- Heparina AV 5.000 UI, solução injetável SC em ampola 0,25 ml
- Heparinaav 5.000 UI/ml, solução injetável EV em frasco-ampola 5 ml
- Rivaroxabana R, AV 15 mg, comprimido revestido
- Tirofibanar, AV 0,25 mg/ml, solução injetável em frasco-ampola 50 ml
- Varfarinaav 5 mg, comprimido

Anti-hemorrágicos:

- Ácido Épsilon Aminocapróico 4 g, solução injetável em frasco-ampola 20 ml
- Ácido Tranexâmico 250 mg, comprimido
- Fibrinogêneo 5,5 mg + Trombina 2 UI, esponja 9,5 x 4,8 cm em envelope
- Selante de Fibrina (Fibrinogênio 70 a 110 mg + Aprotina 3000 KUI + Trombina 500 UI / ml após reconstituição) + diluente + sistema de diluição e aplicação, Kit para 5 ml
- Vitamina K 1 (fitomenadiona) 10 mg, solução injetável EV em ampola 1ml
- Vitamina K 1 (fitomenadiona) 10 mg solução injetável, IM em ampola 1ml
- Vitamina K 1 (fitomenadiona) 2 mg, solução micelar injetável EV, VO, IM em ampola 0,2 ml

Antianêmicos:

- Ácido Fólico 5 mg, comprimido E
- Eritropoetina Humana 4000 UI, solução injetável em frasco-ampola ou seringa
- Eritropoetina Humana 10000 UI, solução injetável, em frasco-ampola ou seringa
- Sacarato de Hidróxido Férrico 100mg Fe III, solução injetável em ampola 5 ml

- Sulfato Ferroso 125 mg/ml (25 mg/ml de Fe++/ml), solução oral em frasco gotejador 30 ml
- Sulfato Ferroso 300 mg (40 mg de ferro elementar), drágea ou comprimido revestido
- Vitamina B12 (cianocobalamina) 1000 mcg, solução injetável em ampola 2 ml

Substitutos do sangue e soluções para perfusão:

- Água para injeção, solução injetável em bolsa 250 ml
- Água para injeção, solução injetável em bolsa 500 ml
- Água para injeção, ampola 10 ml
- Albumina Humana 20%, suspensão injetável em frasco-ampola 50 ml
- Aminoácidos + Taurina 10%, solução injetável para neonatos em frasco-ampola 250 ml
- Aminoácidos 10%, solução injetável em frasco-ampola 500 ml
- Aminoácidos 8% solução injetável para hepatopatas em frasco-ampola 500 ml
- Bicarbonato de Sódio 8,4%, solução injetável em ampola 10 ml
- Bicarbonato de Sódio 8,4%, solução injetável em frasco-ampola 250 ml
- Cloreto de Potássio 19,1%, solução injetável em ampola 10 ml
- Cloreto de Sódio 0,9% solução injetável em ampola 10 ml
- Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 100 ml
- Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 250 ml
- Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 500 ml
- Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 1000 ml
- Cloreto de Sódio 20%, solução injetável em ampola 10 ml
- Concentrado para Hemodiálise, fração ácida em bombona 5 litros

- Concentrado para hemodiálisex, fração básica em bombona 5 litros
- Fosfato de Potássio 2 meq/ml, solução injetável em ampola 10 ml
- Gelatina 3,5% + Cloreto de Sódio 0,85% + Cloreto de Potássio 0,038% + Cloreto de Cálcio 0,07%, solução injetável em bolsa 500 ml
- Glicose 5% + Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 500 ml
- Glicose 5%, solução injetável em bolsa 100 ml
- Glicose 5%, solução injetável em bolsa 250 ml
- Glicose 5%, solução injetável em bolsa 500 ml
- Glicose 50%, solução injetável em ampola 10 ml
- Glicose 50%, solução injetável em ampola 500 ml
- Glicose 10%, solução injetável em bolsa 500 ml
- Gluconato de Cálcio 10%, solução injetável em ampola 10 ml
- Hidroxietilamido 6%, solução injetável em bolsa 500 ml
- Lipídios 10%, emulsão injetável em frasco-ampola 500 ml
- Lipídios 20%, emulsão injetável em frasco-ampola 500 ml
- Manitol 20%, solução injetável em bolsa 250 ml
- NPT 3:1AV (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos + Zinco), solução injetável central em bolsa com aproximadamente 1300 ml
- NPT 3:1AV (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos + Zinco), solução injetável central em bolsa com aproximadamente 2000 ml
- NPT 3:1AV (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos), solução injetável periférico em bolsa com aproximadamente 1300 ml
- NPT 3:1AV (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos + Zinco), solução hiperprotéica injetável central em bolsa com aproximadamente 2000 ml

- NPT 2:1AV (Aminoácidos + Glicose + Eletrólitos), solução injetável em bolsa com aproximadamente 1000 ml
- Ringer com Lactato, solução injetável em bolsa 500 ml
- Solução de Collins, solução para perfusão e preservação de órgãos em frasco 1.000 ml
- + ampola de eletrólitos com 20ml
- Solução Custodio, solução para perfusão e preservação de órgãos, bolsa com 2000 ml
- Sorbitol 27 mg + Manitol 5,4 mg/ml, solução injetável em bolsa 1000 ml
- Sulfato de Magnésio 50%, solução injetável em ampola 10 ml

C - MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA CARDIOVASCULAR

Terapia cardíaca:

- Adenosina 3 mg/ml solução injetável em ampola 2 ml
- Alprostadil 20 mcg, pó solúvel injetável ev em frasco-ampola
- Amiodarona 200 mg, comprimido
- Amiodarona 50 mg/ml, solução injetável em ampola 3 ml
- Deslanosídeo 0,4 mg, solução injetável em ampola 2 ml
- Digoxina 0,05 mg/ml, elixir em frasco 60 ml
- Digoxina 0,25mg, comprimido
- Dobutamina 12,5 mg/ml, solução injetável em ampola 20 ml
- Dopamina 5 mg/ml, solução injetável em ampola 10 ml
- Efedrina 50 mg, solução injetável em ampola 1 ml
- Epinefrina 1 mg, solução injetável em ampola 1 ml
- Etilefrina 10 mg, solução injetável em ampola 1 ml
- Isossorbida 5 mg, comprimido sub lingual
- Isossorbida 10 mg, comprimido
- Levosimendana 50 mg/ml, solução injetável em ampola 5 ml
- Lidocaína 2%, solução injetável em ampola 5 ml
- Nitroglicerina 50 mg, solução injetável em ampola de 10 ml

- Norepinefrina 2 mg/ml, solução injetável em ampola 4 ml
- Sildenafila 5 mg/ml, solução oral em frasco gotejador 10 ml

Anti-hipertensivos:

- Clonidina 100 mcg, comprimido
- Clonidina 150 mcg, solução injetável em ampola 1 ml
- Hidralazina 25 mg, comprimido
- Hidralazina 50 mg, comprimido
- Hidralazina 20 mg, solução injetável em ampola 1 ml
- Metildopa 250 mg, comprimido
- Metildopa 500 mg, comprimido
- Nitroprussiato de sódio 50 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Diuréticos:

- Espironolactona 25 mg, comprimido
- Furosemida 10 mg/ml, solução oral em frasco 120 ml
- Furosemida 40 mg, comprimido
- Furosemida 10 mg/ml, solução injetável em ampola 2 ml
- Hidroclorotiazida 25 mg, comprimido

Vasodilatadores periféricos

- Pentoxifilina 400 mg, comprimido
- Pentoxifilina 20 mg/ml, solução injetável em ampola 5 ml

Vasoprotetores

- Oleato de etanolamina 50 mg/ml, solução injetável em ampola 2 ml

Agentes betabloqueadores

- Atenolol 25 mg, comprimido
- Atenolol 50 mg, comprimido
- Carvedilol 3,125 mg, comprimido
- Carveddilol 6,25 mg, comprimido
- Carveddilol 12,5 mg, comprimido
- Esmolol 10 mg/ml, solução injetável em ampola 10 ml
- Esmolol 250 mg/ml, solução injetável em frasco-ampola 10 ml
- Metoprolol 50 mg, comprimido
- Metoprolol 1 mg/ml, solução injetável em ampola 5 ml
- Propranolol 40 mg, comprimido

Bloqueadores de canais de cálcio

- Anlodipino 5 mg, comprimido
- Anlodipino 10 mg, comprimido
- ltiazem 60 mg, comprimido
- Nifedipina 20 mg, comprimido de ação retardada
- Verapamil 80 mg, comprimido revestido
- Verapamil 2,5 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL

Agentes que atuam sobre o sistema Renina-angiotensina

- Captopril 12,5 mg, comprimido
- Captopril 25 mg, comprimido
- Enalapril 5 mg, comprimido
- Enalapril 10 mg, comprimido
- Losartana 50 mg, comprimido

Agentes que reduzem os lipídios séricos

- Colestiramina 4 g, pó em envelope
- Pravastatina 40 mg, comprimido

- Sinvastatina 20 mg, comprimido
- Sinvastatina 40 mg, comprimido

D - MEDICAMENTOS DERMATOLÓGICOS

Antifúngicos para uso tópico

- Cetoconazol 20 mg/g, creme tópico em bisnaga 20 g
- Nistatina 100.000 UI + Óxido de Zinco 200mg/g, creme tópico em bisnaga 60 g

Emolientes e protetores

- Óleo Dermoprotetor (Ácidos Graxo + Vit A + Vit D), loção oleosa em frasco 200 ml
- Óxido de Zinco 150 mg + Vit A 5000 UI +Vit D 900 UI/g, pomada tópica em bisnaga 45g
- Vaselina pura em bisnaga 15 g

Preparações para o tratamento de feridas e úlceras

- Colagenase 0,6 UI/g, pomada tópica em bisnaga 30 g

Antipruriginosos incluindo anti-histamínicos e anestésicos

- Lidocaína 2%, gel tópico em bisnaga 30 g
- Lidocaína 10%, solução aerosol em frasco 50 ml

Antibióticos para uso tópico

- Neomicina 5 mg + Bacitracina 250 UI/g, pomada tópica em bisnaga 10g
- Sulfadiazina de prata 1%, creme tópico em pote 500g

Corticosteroide de uso tópico

- Dexametasona 0,1%, creme tópico em bisnaga 10 g

Antissépticos

- Água Boricada 2%, solução tópica em frasco 1000 mL
- Álcool Etílico 70% + Glicerina 2%, solução tópica em almotolia 100 mL
- Clorexidina 0,2%, solução aquosa tópica em almotolia 100 mL
- Clorexidina 0,5%, solução alcoólica tópica em almotolia 100 mL
- Clorexidina 2%, solução degermante em almotolia 100 mL
- Clorexidina 2%, solução degermante em sachê ou frasco dispensador 1000 mL
- Nitrato de Prata 5% em bastão
- PVPI 10% (1% iodo), solução aquosa tópica em frasco 100 mL

Outras preparações dermatológicas

- Ácido Tricloroacético 60%, solução tópica em frasco 10 mL
- Ácido Tricloroacético 80%, solução tópica em frasco 10 mL
- Ácido Tricloroacético 90%, solução tópica em frasco 10 mL

E - MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA GENITURINÁRIO E HORMÔNIOS SEXUAIS

Anti-infecciosos e antissépticos ginecológicos

- Metronidazol 250 mg, comprimido
- Nistatina 25.000 UI/g, creme vaginal em bisnaga 60 g + aplicador

F - HORMÔNIOS SISTÊMICOS, EXCETO HORMÔNIOS SEXUAIS E INSULINAS

Vasopressina e análogos

- Desmopressina 0,1 mg/ml, solução nasal em frasco 2,5 ml
- Desmopressina 4 mcg, solução injetável em ampola 1 ml
- Terlipressina 1 mg em frasco-ampola

- Vasopressina 20 UI, solução injetável em ampola 1 ml

Hormônios corticosteroides para uso sistêmico

- Dexametasona 4mg, comprimido
- Dexametasona 4 mg/ml, solução injetável em frasco-ampola 2,5 ml
- Hidrocortisona 100 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola + diluente
- Hidrocortisona 500 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola + diluente
- Metilprednisolona 125 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola + diluente
- Metilprednisolona 500 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola + diluente
- Prednisolona 3 mg/ml, solução oral em frasco 60 ml
- Prednisona 5 mg, comprimido
- Prednisona 20 mg, comprimido

Terapia Tireoidiana

- Levotiroxina 25 mcg, comprimido
- Levotiroxina 50 mcg, comprimido
- Levotiroxina 100 mcg, comprimido

Hormônio Pancreático

- Glucagon 1 mg, solução injetável em frasco-ampola

G - MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS

Antimicrobianos de Uso Sistêmico:

Glicilciclinas

- Tigeciclina 50 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Penicilinas com espectro ampliado

- Ampicilina 1 g, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Penicilinas sensíveis à Betalactamase

- Benzilpenicilina BENZATINA 1.200.000 UI, pó solúvel injetável em frasco-ampola
- Benzilpenicilina G CRISTALINA Potássica 1.000.000 UI, pó solúvel injetável em frasco- ampola
- Benzilpenicilina G CRISTALINA Potássica 5.000.000 UI, pó solúvel injetável em frasco- ampola

Penicilinas resistentes à Betalactamase

- Oxacilina 500 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Combinações de Penicilinas, incluindo inibidores da Betalactamase

- Ampicilina 2 g + Sulbactam 1 g, pó solúvel injetável em frasco-ampola
- Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg, comprimido revestido
- Amoxicilina 400 mg + Clavulanato de Potássio 57 mg/5 ml, pó suspensão oral, frasco 100 ml
- Amoxicilina 1 g + Clavulanato de Potássio 200 mg, pó para solução injetável em frasco-ampola

Cefalosporinas de 1ª geração

- Cefalexina 250 mg/5 ml, suspensão oral em frasco 60 ml
- Cefalexina 500 mg, cápsula
- Cefalotina 1 g, pó para solução injetável em frasco-ampola
- Cefazolina 1 g, pó para solução injetável em frasco-ampola

Cefalosporinas de 3ª geração

- Ceftriaxona 1 g, pó para solução injetável em frasco-ampola

Carbepenêmicos

- Ertapenem 1 g, pó para solução injetável em frasco-ampola
- Meropenem 1 g, pó para solução injetável em frasco-ampola

Sulfonamidas

- Sulfametoxazol 200 mg + Trimetoprima 40 mg/5 ml, suspensão oral em frasco 60 ml
- Sulfametoxazol 400 mg + Trimetoprima 80mg, comprimido
- Sulfametoxazol 400 mg + Trimetoprima 80 mg, solução injetável em ampola 5 ml

Macrolídeos

- Azitromicina 500 mg, comprimido revestido
- Azitromicina 500 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
- Azitromicina 200 mg/5 ml, pó para suspensão oral frasco + diluente
- Claritromicina 500 mg, comprimido
- Eritromicina 125 mg/5 ml, suspensão oral em frasco 60 ml

Lincosamidas

- Clindamicina 300 mg, cápsulas
- Clindamicina 600 mg, solução injetável em ampola 4 mL

Outros Aminoglicosídeos

- Amicacina 100 mg, solução injetável em ampola 2 ml
- Amicacina 500 mg, solução injetável em ampola 2 ml
- Gentamicina 10 mg, solução injetável em ampola 1 ml
- Gentamicina 80 mg, solução injetável em ampola 2 ml
- Neomicina Sulfato 3,3%, solução oral em frasco 100 ml
- Tobramicina 75 mg, solução injetável em ampola 1,5 ml

luoroquinolonas

- Ciprofloxacina 200 mg, solução injetável em bolsa 100 mL
- Ciprofloxacina 500 mg, comprimido
- Levofloxacina 250 mg, comprimido revestido
- Levofloxacina 500 mg, comprimido revestido
- Levofloxacina 500 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Glicopeptídeos

- Vancomicina 500 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Derivados Imidazólicos

- Metronidazol 250 mg, comprimido
- Metronidazol 500 mg, solução injetável em bolsa 100 mL
- Metronidazol 1,5 g, solução injetável em bolsa 300 mL

Oxazolidinonas

- Linezolida 600 mg, solução injetável em bolsa 300 mL
- Linezolida 600 mg, comprimido revestido

Antimicóticos de uso sistêmico

- Anfotericina B 50mg, pó liofilizado em frasco-ampola
- Anfotericina B Lipossomal 50mg, lipossomas liofilizados em frasco-ampola
- Anidulafungina 100 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
- Caspofungina 50 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
- Caspofungina R 70 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
- Fluconazol 100 mg, cápsulas
- Fluconazol 200 mg, solução injetável em bolsa 100 mL
- Micafungina 100 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
- Nistatina 100.000 UI/mL, suspensão oral em frasco 50 mL

- Voriconazol 200 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
- Voriconazol 200 mg, comprimido

H - MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

Anti-inflamatórios e antirreumáticos

- Ácido Acetilsalicílico 100 mg, comprimido
- Ácido Acetilsalicilico 500 mg, comprimido
- Cetoprofeno 100 mg, comprimido
- Cetoprofeno 100 mg, solução injetável IM em ampola 2 ml
- Cetoprofeno 100 mg, pó solúvel injetável EV em frasco-ampola
- Diclofenaco de Sódio 75 mg/ml, solução injetável em ampola 3 ml
- Ibuprofeno 100 mg/ml, suspensão oral gotas em frasco 20 ml
- Indometacina 1 mg/ml, solução oral em frasco 10 ml
- Nimesulida 100 mg, comprimido
- Parecoxibe 40 mg, pó solúvel injetável EV em frasco-ampola
- Sulfassalazina 500 mg, comprimido revestido

Relaxantes Musculares

- Baclofeno 10 mg, comprimido
- Cisatracúrio 2 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 5 mL
- Cisatracúrio 2 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL
- Dantroleno 20 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola + diluente
- Rocurônio 50 mg, solução injetável em frasco-ampola 5 mL
- Suxametônio 100 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
- Suxametônio 500 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

I - MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO

Anestésicos locais

- Bupivacaína 0,5% + glicose 8%, solução injetável hiperbárica em ampola 4 ml
- Bupivacaína 0,5%, solução injetável isobárica em ampola 4 ml
- Bupivacaína 0,5%, solução injetável em frasco-ampola 20 ml
- Bupivacaína 0,5% + adrenalina, solução injetável em frasco-ampola 20 ml
- Bupivacaína 0,75% + adrenalina, solução injetável em frasco-ampola 20 ml
- Lidocaína 5% + glicose 7,5%, solução injetável hiperbárica em ampola 2 ml
- Lidocaína 10%, solução aerosol em frasco 50 ml
- Lidocaína 2%, gel tópico em bisnaga 30 g
- Lidocaína 2% + adrenalina, solução injetável em frasco-ampola 20 ml
- Lidocaína 2%, solução injetável em ampola 5 ml
- Lidocaína 2%, solução injetável em frasco-ampola 20 ml
- Prilocaína 30 mg/ml, solução injetável em carpule 1,8 ml

Anestésicos gerais

- Alfentanila 0,5 mg/ml, solução injetável em ampola 5 ml
- Dextrocetamina 50 mg/ml, solução injetável em frasco-ampola 2 ml
- Dextrocetamina 50 mg/ml, solução injetável em frasco-ampola 10 ml
- Droperidol 2,5 mg/ml solução injétavel em ampola 1 ml
- Etomidato 2 mg/ml solução injetável em ampola 10 ml
- Fentanila 0,05 mg/ml, solução injetável em frasco-ampola 10 ml
- Fentanila 0,05 mg/ml, solução injetável em ampola 2 ml
- Propofol 10 mg/ml, emulsão injetável em ampola 20 ml
- Propofol 10 mg/ml. Emulsão injetável em ampola 50 ml
- Propofol 10 mg/ml, emulsão injetável em seringa 50 ml
- Propofol 20 mg/ml, emulsão injetável em seringa 50 ml
- Remifentanila 2 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
- Sevoflurano 1 mg/ml, solução para inalação por vaporização em frasco 250 ml
- Sufentanila 50 mcg/ml, solução injetável EV e espinal em ampola 1 ml

- Sufentanila 5 mcg/ml, solução injetável espinal em ampola 2 ml
- Tiopental 1 g, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Analgésicos

- Codeína 30 mg + Paracetamol 500 mg, comprimido
- Dipirona 500 mg, comprimido
- Dipirona 500 mg/ml, solução injetável em ampola 2 ml
- Dipirona 500 mg/ml, solução oral em frasco 10 ml
- Morfina 1 mg/ml, solução injetável em ampola 1 ml
- Morfina 0,2 mg/ml, solução injetável em ampola 1 ml
- Morfina 10 mg/ml, solução injetável em ampola 1 ml
- Paracetamol 200 mg/ml solução oral em frasco 10 ml
- Paracetamol 750 mg, comprimido
- Tramadol 100 mg, cápsula
- Tramadol 50 mg/ml, solução injetável em ampola 2 ml

Anticonvulsivantes

- Ácido Valpróico 250 mg/5ml, xarope em frasco 100 ml
- Ácido Valpróico 500 mg, cápsula
- Ácido Valpróico 250 mg, cápsula
- Carbamazepina 200 mg, comprimido
- Carbamazepina 20 mg/ml, suspensão oral em frasco 100 ml
- Clonazepam 0,5 mg, comprimido
- Clonazepam 2,5 mg/ml, solução oral em frasco 20 ml
- Clonazepam 2 mg, comprimido
- Fenitoína 50 mg/ml, solução injetável em ampola 5 ml
- Fenitoína 100 mg, comprimido
- Fenobarbital 100 mg/ml, solução injetável IM/EV em ampola 2 ml
- Fenobarbital 40 mg/ml, solução oral em frasco 20 ml
- Fenobarbital 100 mg, comprimido
- Oxcarbazepina 300 mg, comprimido

Ansiolíticos

- Clobazam 10 mg, comprimido
- Diazepam 10 mg, comprimido
- Diazepam 5 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL
- Lorazepam 2 mg, comprimido

Hipnóticos e Sedativos

- Dexmedetomidina 100 mcg/mL, solução injetável em frasco-ampola 2 mL
- Fenobarbital 100 mg/mL, solução injetável IM/EV em ampola 2 mL
- Fenobarbital 40 mg/mL, solução oral em frasco 20 mL
- Fenobarbital 100 mg, comprimido
- Hidrato de cloral 20 %, solução oral em frasco 30 mL
- Midazolam 1 mg/mL, solução injetável em ampola 5 mL
- Midazolam 2 mg/mL, solução oral em frasco 10 ml
- Midazolam 5 mg/mL, solução Injetável em ampola 3 mL
- Midazolam 5 mg/mL, solução Injetável em ampola 10 mL
- Nitrazepam 5 mg, comprimido

J - MEDICAMENTOS ANTIPARASITÁRIOS

Antiprotozoários

- Hidroxicloroquina 400 mg, comprimido
- Metronidazol 200 mg/5 mL, suspensão oral em frasco 60 mL
- Metronidazol 250 mg, comprimido

Anti-helmínticos

- Albendazol 400 mg, comprimido
- Albendazol 40 mg/mL, suspensão oral em frasco 10 mL

K - MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA RESPIRATÓRIO

Agentes contra doenças obstrutivas das vias aéreas

- Aminofilina 24 mg/ml, solução injetável em ampola 10 ml
- Betamesona, acetato 3 mg + betametasona, fosfato dissódico 3 mg/ml, suspensão injetável em ampola 1 ml
- Budesonida 0,25 mg, suspensão para nebulização em ampola 2 ml
- Budesonida 0,5 mg, suspensão para nebulização em ampola 2 ml
- Budesonida 400 mcg + Formoterol 12 mcgr , cápsula com pó inalatório em frasco 60 cápsulas
- Beclometasona 250 mcg/dose, solução para inalação em frasco 200 doses
- Fenoterol 5 mg/ml, solução para inalação em frasco 20 ml
- Ipratrópio 0,25 mg/ml, solução para inalação em frasco 20 ml
- Salbutamol 100 mcg/dose, solução para inalação em frasco com 200 doses
- Salbutamol 0,5 mg, solução injetável em ampola 1 ml
- Tiotrópio 2,5 mcg/dose, solução para inalação em frasco com 60 doses

Anti-histamínicos para uso sistêmico

- Dexclorfeniramina 2 mg, comprimido
- Dexclorfeniramina 0,4 mg/mL, xarope em frasco 100 mL
- Hidroxizina 2 mg/mL, solução oral em frasco 100 mL
- Prometazina 25 mg/ml, solução injetável em ampola 2 mL

Outros produtos para o sistema respiratório

- Surfactante Pulmonar 80 mg/mL, suspensão estéril em frasco-ampola 1,5 Ml
- Surfactante Pulmonar 80 mg/mL, suspensão estéril em frasco-ampola 3 mL

L - MEDICAMENTOS QUE ATUAM NOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Oftalmológicos

- Atropina 1%, solução oftálmica em frasco 5 ml
- Azul de Trypan 0,1%, solução oftálmica injetável em frasco-ampola 1 ml
- Carbacol 0,01%, solução oftálmica injetável em 1,5 ml

- Ciclopentolato 1%, solução oftálmica em frasco 5 ml
- Ciprofloxacina 0,3%, solução oftálmica em frasco 5 ml
- Dexametasona 1 mg + Neomicina 5 mg + Polimixina B 600 UI + Hipromelose 5 mg/ml, solução oftálmica em frasco 5 ml
- Dextrana 70 1 mg + Hipromelose 3 mg/ml, solução oftálmica em frasco 15 ml
- Fenilefrina 10%, solução oftálmica em frasco 5 ml
- Fluoresceína 1%, solução oftálmica em frasco 3 ml
- Hialuronidase 2000 UTR, solução injetável em ampola 3 ml + diluente
- Metilcelulose 2%, solução oftálmica injetável em seringa 1,5 ml
- Metilcelulose 2%, solução oftálmica estéril em frasco-ampola 5 ml
- Proximetacaína 5%, solução oftálmica em frasco 5 ml
- Retinol 10.000 UI + Aminoácidos 2,5% + Metionina 0,5% + Cloranfenicol 0,5%, pomada oftálmica em bisnaga 3,5 g
- Solução Salina Balanceada, solução estéril em bolsa 500 ml
- Tetracaína 1% + fenilefrina 0,1%, solução oftálmica em frasco 10 ml
- Tobramicina 3 g + dexametasona 1 mg, pomada oftálmica em bisnaga 3,5 g
- Tobramicina 0,3%, solução oftálmica em frasco 5 ml
- Tropicamida 1%, solução oftálmica em frasco 5 ml
- Vitelinato de Prata 10%, solução oftálmica em frasco 5 ml

M - VÁRIOS

Outros agentes diagnósticos

- Azul de Metileno 2%, solução injetável em ampola 5 mL
- Azul de Metileno 2%, solução tópica em frasco 100 mL
- Azul Patente 25 mg/mL, solução injetável em ampola de 2 mL
- Bissulfito de Sódio 5%, solução aquosa tópica em frasco 300 mL
- Fenolftaleína 1%, solução indicadora sem álcool em frasco 500 mL
- Hidróxido de Potássio 10%, solução aquosa em frasco 100 mL
- Hidróxido de Sódio 1/9 N (0,1N), solução reagente em frasco 1000 mL
- Iodeto de potássio 7,5%, solução indicadora em frasco 30 mL
- Iodo 4%, solução indicadora aquosa em frasco 500 mL

- Solução de Monsel (sulfato férrico a 20%), solução hemostática em frasco 50 mL
- Verde Brilhante, pó em pote 25 g

Outros produtos não terapêuticos

- Ácido Peracético + Ácido Acético + Peróxido de Hidrogênio, solução desinfetante em bombona 5 Litros
- Ácido Peracético + Peróxido de HidrogênioALMOX, solução desinfetante em bombona 5 Litros
- Água estéril para lavagem ferimento em frasco 500 mL
- Álcool Etílico 70 %, solução para limpeza de superfície em frasco 1000 mL
- Cloreto de Sódio 0,9%, solução estéril para lavagem ferimento em frasco 500 mL
- Formaldeído 10%, solução aquosa em frasco 1000 mL
- Glucoprotamina 12,4% + Cloreto de Benzalcônio 15%, solução aquosa em bombona 6 litros
- Ortoftalaldeído 0,55%, solução aquosa em bombona 3,78 litros
- Peróxido de Hidrogênio 10 Volumes, solução aquosa em frasco 1000 mL

Meios de Contraste

- Loversol 320 mg iodo/mL, solução injetável em frasco-ampola 100 mL
- Loversol 350 mg iodo/mL, solução injetável em seringa 75 mL
- Sulfato de Bário 1 mg/mL, suspensão oral em copo 150 mL

Medicamentos de uso exclusivo das UTI´s

- Água Bicarbonatada 3%. Solução oral
- Alprostadil 500mcg/mL fam
- Beclometasona 400mcg/mL flaconetes
- Cefotaxima 1G fam
- Ceftazidima 1g fam
- Cetilpiridínio sol. Colutória
- Colagenase+Cloranfenicol tubo

- Domperidona 1mg/mL susp. oral
- Esmolol 10mg/mL amp
- Frutose 5% amp
- Cefepime 26 fam
- Meropenem 500mg fam
- Midazolam 50mg/mL amp
- Nimodipina 30mg comp
- Tramadol 50mg amp
- Vancomicina 500mg fam

MANUAL DE DILUIÇÃO

Nome Genérico	Nome Comercial	Diluente	Estabilidade pós diluição	Diluição	Administração	Incompatível
Anfotericina B 50mg	Fungizon	SG 5%, SG 10%.	1ª Diluição (5mg/mL) 24hs a temp. ambiente, 7 dias sob refrigeração, proteger da luz. 2ª Diluição (0,1mg/mL) usar imediatamente ou desprezar após 24hs.	1fam + 9mL ABD. Completar p/ 10mL (1mL=5mg). 2mL(10mg) + 98mL SG (1mL=0,1mg) ou à critério médico.	Infusão I.V. lenta ou em bomba. Ou retirar 0,2mL da 1ª diluição + 9,8mL SG. 1mL =0,1mg.	Solução Ringer Lactato, Sol. Fisiológica, Sulfato de magnésio, Gluconato de cálcio, Dopamina, Gentamicina, Verapamil, Penic. G, Ranitidina, Cloreto de Potássio.
Cefalotina 1g	Keflin neutro	SF, SG 5%, SRL.	12hs a temp. ambiente e 48hs sob refrigeração.	1fam (1g) +9mL ABD. Completar o volume p/ 10mL. 1mL = 100mg.	I.V. lenta em 5 minutos.	Gluconato de Cálcio, Fenobarbital, Cimetidina, Metoclopramida, Aminoglicosídeos, Cloreto de Cálcio.
Cefotaxima 1g	Clarofan	SF, SG 5%, SG 10%	24hs a temp. ambiente e 5 dias sob refrigeração. Proteger da luz.	1 fam (1g) + 9mL ABD. Completar o volume p/ 10mL. 1mL = 100mg.	I.V. lenta por 30 min ou I.M.	Bicarbonato, Vancomicina, Aminofilina, Aminoglicosídeos.
Ceftazidima	Fortaz, Kefadim	SF, SG 5%, SG 10%	24hs a temp. ambiente e 7 dias sob refrigeração.	1 fam (1g) + 9mL ABD. Completar volume p/ 10mL. 1mL = 100mg.	I.M. profunda com Lidocaína 1%. I.V. lenta p/ 30min., sem adrenalina	Bicarbonato de sódio, Midazolan, Vancomicina, Fluconazol.
Ceftriaxona 1g	Rocefin	SF, SG 5%, SG 10%	6hs a temp. ambiente e 24hs sob refrigeração.	1fam (500mg) + 4,5mL ABD. Completar p/ 5mL. 1fam (1g) + 9mL ABD. Completar volume p/10mL. 1mL = 100mg.	I.V. lenta p/ 30 min., sem adrenalina. E I.M. com Lidocaína 1%.	Clindamicina, Aminofilina, Teofilina, Vancomicina.
Gentamicina	Garamicina	Não diluir	-	-	-	Dopamina, Propofol, Heparina, Furosemida, Varfarina.
Imipenen 500mg	Tienam	SF, SG 5%	SF: 10hs temp. ambiente e 24hs sob refrigeração. SG: 5% 4hs temp. ambiente e 48hs sob refrigeração.	1 frasco + 100mL SF. 1mL = 5mg.	Somente I.V. lenta 30 a 60 minutos em bomba de infusão.	Solução com lactato, Bicarbonato de Sódio, Midazolam, Haloperidol.

Nome Genérico	Nome Comercial	Diluente	Estabilidade pós diluição	Diluição	Administração	Incompatível
Metronidazol 500mg	Flagyl	Não diluir	-	Não diluir	I.V. lenta , 5mL/h.	Dopamina, Meropenem.
Oxacilina 500mg	Staficilin – N	SF, SG 5%, SG 10%	24 hs sob refrigeração.	1 frasco + 4,5mL ABD. Completar volume p/ 5mL. 1mL = 100mg.	I.V. lenta de 3 a 5 minutos.	Aminoglicosídeos, Tetraciclina, Vit. C e B, Gentamicina, Fenitoína, Fenobartbital.
Pen. G Cristalina (5.000.000UI)	Penicilina G potássica, Bezilpenicilina	SF, SG 5%, SG 10%, Frutose.	24hs temp. ambiente e 7 dias sob refrigeração.	1 fam 5000.000UI + 5mL ABD∧1mL=1.000.000UI. 1mL (1.000.000UI) + 9mL ABD∧1mL=100.000UI. 2mL (2.000.000UI) + 8mL ABD∧1mL=200.000UI.	Administrar em 30 a 60 minutos.	Amicacina, Anfotericina B, Aminofilina, Cefalotina, Gentamicina, Metoclopranida, Dopamina, Bicarbonato de Sódio, Tetraciclina, Heparina, Vit. C e B, Fenitoína.
Vancomicina 500mg	Vancocina	SF, SG5%, SG 10%, SRL.	96hs a temp. ambiente e 14 dias sob refrigeração.	1ª Diluição 1 frasco + 4,5mL ABD. Completar p/ 5mL. 1mL = 100mg. 2ª Diluição 1mL (100mg) + 9mL ABD. 1mL = 10mg.	I.V. lenta, administrar em 60 minutos.	Aminofilina, Cloranfenicol, Dexametasona, Varfarina, Heparina, Fenobarbital, Bicarbonato de Sódio, Ceftazidina, Vit. C e B.
Meropenen 500mg	Meronen	SF, SG 5%	8hs a temp. ambiente e 48hs sob refrigeração. Proteger da luz.	1ª Diluição 1 frasco + 9mL ABD. Completar p/ 10mL. 1mL = 50mg. 2ª Diluição 1mL (50mg) + 9mL ABD. 1mL = 5mg.	-	Gluconato de Cálcio, Antofericinas, Metronidazol, Aciclovir, Doxiciclina, Andonsentrona.
Heparina Sódica 5.000UI/mL	Liquemine	ABD, SG 5%, SG 10%, SF.	24hs a temp. ambiente e 48hs sob refrigeração.	1mL (5.000UI) + 9mL ABD. 1mL = 500UI.	I.V. em infusão lenta.	Amicacina, Gentamicina, Tobramicina, Eritromicina, Fentanil, Cefalotina, Ampicilina, Dobutamina, Morfina, Polimixina B, Haloperidol, Vancomicina, Hidrocortisona.

Nome Genérico	Nome Comercial	Diluente	Estabilidade pós diluição	Diluição	Administração	Incompatível
Adrenalina 1:1000	Epinefrina	ABD, SG5%, SG10%.	24 temp. ambiente, proteger da luz.	1 amp. + 9 ABD 1mL = 1mg.	IV rápida e administrar seringa de 1ml de 0,1 a 0,3 cc. A infiltração causa isquemia, necrose local	Fenobarbital, Aminofilina, Ampicilina, Bicarbonato de sódio Hidrocortisona, Tiopental.
Atropina 1mL = 0,25mg.	Sulfato de Atropina	Não diluir	-	0,25 mg/mL.	IV durante 2 minutos, utilizar seringa de 1ml.	Norfloxacina, Bicarbonato de Sódio, Tiopental
Bicarbonato de Sódio 10%	Bicarbonato de Sódio	ABD	-	1 amp. + 9mL ABD.	I.V. direta no mínimo em 2 minutos.	Dobutamina, Dopamina, Sulfato de Magnésio, Morfina, Penicilina G, Tiopental , Midazolam, Nalbufina, Imipenem.
Dopamina 50mg	Revivan	ABD, SG 5%, SF.	24hs a temp. ambiente ou sob refrigeração. Proteger da luz.	1mL = 5mg.	Em infusão contínua com Bomba de infusão. Rediluir a dose em solvente compatível.	Bicarbonato de sódio, Ampicilina, Gentamicina, Anfotericina B, Furosemida, Tiopental.
Dobutamina 250mg	Dobutrex	ABD, SG 5%, SF.	24hs a temp. ambiente. Proteger da luz.	Não diluir. 1mL = 12,5mg.	Obs.: A mudança de coloração não indica perca de potência da droga. Administração I.V. lenta em BI.	Diazepan, Gluconato de cálcio, Digoxina, Sulfato de magnésio, Fenitoína, Bicarbonato de sódio, Furosemida, Aminofilina, Cloreto de Sódio e Potássio, Midazolam.
Aminofilina	Aminofilina	ABD, SG 5%, SF.	24hs a temp. ambiente ou 4 dias sob refrigeração. Proteger da luz.	-	-	Cefotaxima, Dobutamina, Penicilina G, Ceftriaxona, Adrenalina, Hidralazina, Clindamicina.
Diazepan 10mg	Valium	Não se recomenda diluição devido a baixa solubilidade da droga	Não diluir.	1 mL = 5mg.	-	SG 5%, SG10%, SF, SRL, Dobutamina, Furosemida, Heparina, Raritidina, Flurouracil

Nome Genérico	Nome Comercial	Diluente	Estabilidade pós diluição	Diluição	Administração	Incompatível
Cloridrato de Fentanila	Fentanil	ABD, SF, SG 5%, SG 10%.	24h sob refrigeração (livre de preservativos). Proteger da luz.	Diluição de acordo com a prescrição. (fam 10mL 1mL – 0,05mg).	I.V. lenta ou I.M.	Tiopental, Fluoruracil, Heparina, Fenobarbital.
Lidocaína 1% sem vasoconstritor	Xylocaína	ABD, SF, SG 5%	24hs a temp. ambiente	De acordo c/ a prescrição do médico	Se necessário usar AD ou SF.	Anfotericina B, Ceftazidina, Ceftriaxona, Bicarbonato de Sódio, Fenitoína
Midazolan 15mg	Dormonid	ABD	24hs sob refrigeração	De acordo com a prescrição. (1mL = 5mg)	I.V. lenta ou I.M.	Bicarbonato de sódio, Hidrocortisona, Dexametasona, Furosemida, Ranitidina, Ampicilina, Ceftazidima, Albumina, SRL, Dobutamina, Metotrexate
Dexametasona 10mg	Decadron	SF, SG 5%, SG 10%	24hs a temp. ambiente	De acordo com a prescrição. (1mL=4mg)	I.V. bem lenta ou I.M.	Vancomicina, Amicacina, Midazolam
Metoclopramida 10mg	Plasil	ABD, SF, SG 5%	24hs a temp. ambente. Proteger da luz. 24hs sob refrigeração	1 amp. 2mL+8mL ABD. 1mL=1mg.	I.V. lenta.	Gluconato de Cálcio, Bicarbonato de sódio, Furosemida, Penicilina G Potássio, Cefalotina, Ampicilina, Dexametasona
Hidrocortisona 100mg	Flebocortid, Solucortef.	ABD, SF, SG 5%, SRL.	24hs a temp. ambiente. 3 dias sob refrigeração	1 fam + 9mL (completar volume p/10ml). 1mL =10mg	I.V. lenta. I.V. em infusão contínua.	Cefalotina, Aminofilina.
Amicacina 500mg	Novamin	SF, SG 5%, SG 10%, SRL.	24hs a temp. ambiente.	2mL + 8mL de ABD. 1mL = 50mg.	I.V. lenta em 30 a 60 min., não misturar com outros medicamentos na mesma solução.	Cloranfenicol, Emulsões lipídicas, Cefazolina, Heparina, Anfotericina B, Oxacilina, Cefalotina, Tetraciclina, Ampicilina Imipenen, Dexametasona, Vancomicina, Fenitoína, Tiopental.
Ampicilina 1g	Binotal	SF, SG 5%, SG 10%.	8hs a temp. ambiente. Proteger da luz	1 frasco 1g + 9mL ABD. Completar o volume p/ 10mL.	I.V. lenta	Dopamina, Bicarbonato de sódio, Midazolan, NPT, Aminoglicosídeos, Polmixina B, Tetraciclina, Metoclopramida, Gluconato de Cálcio, Hidrocortisona, Heparina, Midazolan, Fenobarbital.

Obs.: Alguns medicamentos que possuem validade muito curta ou inferior à 24h possuem em sua constituição (excipientes) apenas água estéril e NaCl, não contendo conservantes.

Nome Genérico	Nome Comercial	Diluente	Estabilidade pós diluição	Diluição	Administração	Incompatível
Fenitoina 250mg	Hidantal	H_2O destilada, baixa solubilidade. Não se recomenda uso I.M., cristaliza-se no músculo. Alta instabilidade.	-	1mL = 50mg.	I.V. lenta. Lavar a via com SF antes e depois de administrar a dose. Não aplicar I.M. A droga cristaliza-se no músculo.	Cloranfenicol, Corticóide, Barbitúricos, Amicacina, Dobutamina, Morfina, Heparina, Salicilatos, Sulfentanil, Cloreto de Potássio.
Deslanósido 0,4 mg	Cedilanide	H_2O destilada.	Preparar na hora do uso	1mL = 0,2 mg.	-	-
Fenobarbital 200mg	Gardenal	Não diluir	-	-	Para uso I.V. não diluir.Não administrar I.M. (precipita no músculo)	-
Fenobarbital Sódico 200mg.	Fenocris	H_2O destilada	30 minutos. Uso imediato.	1 mL = 100mg.	I.V. lenta. Causa isquemia e necrose.	Morfina, Ranitidina, Hidorcortisona, Vancomicina, Insulina Regular, Hidralazina, Prometazina, Cefalotina, Efedrina.
Ranitidina 50mg	Ranitin, Antak.	H_2O destilada, SF, SG 5%.	48hs à temp. ambiente.	-	-	Anfotericina B, Cefazolina, Diazepan, Cefalotina, Ceftazidina, Clindamicina, Midazolam.
Vitamina K 10mg	Kanakion	H_2O destilada	Fotossensível, uso imediato, 24hs sob refrigeração	-	-	Ranitidina, Fenitoína, Dobutamina.
Furosemida 20mg	Lasix	H_2O destilada, SG 5%, SG10%, SF.	24hs sob refrig. , proteger da luz, se a solução mudar de incolor p/ amarela não deve ser usada.	-	-	Gentamicina, Hidrocortisona, Petidina, Tiopental, Hidralazina, Diazepan, Dobutamina, Metoclopramida.

PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES

OBJETIVOS:

- Diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos;
- Simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício;
- Permitir a compra em grandes lotes;
- Otimizar o trabalho do Setor de Compras;
- Diminuir os custos de estocagem;
- Reduzir a quantidade de itens estocados;
- Adquirir materiais com maior rapidez;
- Evitar a diversificação de materiais de mesma aplicação;
- Obter maior qualidade e uniformidade.

Na tabela a seguir, consta os materiais médico-hospitalares que serão padronizados para uso no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

Fita adesiva hospitalar	ROLO
Fita cirúrgica microporosa	ROLO
Fita teste para autoclave	ROLO
Agulha 13x4,5	UNID
Agulha 25x7	UNID
Agulha 30x7	UNID
Agulha 30x8	UNID
Agulha 40x12	UNID
Agulha Carpule curta	UNID
Agulha Raque 20x3	UNID
Agulha Raque 27x3	UNID
Agulha Peridural TUOHY 18	UNID
Algodão 500g	UNID
Atadura crepon 8x3	UNID
Atadura crepon 30x3	UNID
Bandagem adesiva	UNID
Campo Operatório	UNID
Cânula de Guedel 1	UNID
Cânula de Guedel 2	UNID
Cânula de Guedel 3	UNID
Cânula de Guedel 5	UNID

Cânula p CPAP 0	UNID
Cânula p CPAP 1	UNID
Cânula p CPAP 2	UNID
Cânula p CPAP 3	UNID
Cat Gut CROM3	UNID
Cat Gut CROM4	UNID
CATETER DULP P DIALISE	UNID
CATETER EPIDURAL 20	UNID
CATETER INTRAVENOSO 14	UNID
CATETER INTRAVENOSO 16	UNID
CATETER INTRAVENOSO 18	UNID
CATETER INTRAVENOSO 20	UNID
CATETER INTRAVENOSO 24	UNID
CATETER NASAL P O2 8	UNID
CATETER NASAL P O2 10	UNID
CATETER NASAL P O2 OCULOS	UNID
CATETER VENOSO CENTRAL 14	UNID
COLETOR DE URINA INFANTIL	UNID
COLETOR DE URINA FECHADO	UNID
CURATIVO BIOCLUSIVO 5,1X7,6	UNID
CURATIVO HIDROCOLOIDE	UNID

CURATIVO IV 3000 5X4	UNID

CURATIVO DE ALGINATO	UNID
DRENO PARA SUCÇÃO 4,8	UNID
DRENO PENROSE 2	UNID
DRENO PENRROSE 3	UNID
ELETRODO ADULTO	UNID
ELETRODO INFANTIL	UNID
EQUIPO PARA SANGUE	UNID
EQUIPO MICRO	UNID
EQUIPO P BOMBA	UNID
EQUIPO P SORO	UNID
EQUIPO PVC	UNID
ESPARADRAPO 2,5 cm	UNID
ESPARADRAPO 5,0 cm	UNID
ESPATULA DE AYRES	UNID
EXTENSOR 120	UNID
EXTENSOR 20	UNID
PROLENE 3	UNID
SEDA 3	UNID
GAZE 7,5X7,5 10PAC	UNID
GAZE 7,5X7,5 5PAC	UNID

GAZE ROLO	UNID
GAZE DOBRADA PACOTE	UNID
HASTES FLEXIVEIS	UNID
INDICADOR BIOLOGICO	UNID
INTEGRADOR QUIMICO	UNID
KIT DUPLO P DIALISE	UNID
LAMINA P BABEAR 3UND	UNID
LAMINA P BISTURI 11	UNID
LAMINA P BISTURI 15	UNID
LAMINA P BISTURI 21	UNID
LUVA CIRURGICA 7	UNID
LUVA CIRURGICA 7,5	UNID
LUVA CIRURGICA 8	UNID
LUVA DESC P PROTETOR DE BRAÇO	UNID
LUVA DESC CAMERA DE VIDEO	UNID
LUVA DE PROCEDIMENTO G	UNID
LUVA DE PROCEDIMENTO M	UNID
LUVA DE PROCEDIMENTO P	UNID
MANTA 50X50	UNID
MANTA 75X75	UNID
MANTA 90X90	UNID

MASCARA CIRUSGUCA COM ELASTICO	UNID

MONONYLON 6	UNID
MONONYLON 4	UNID
VICRYL 2-0	UNID
VICRYL 3-0	UNID
VICRYL 4-0	UNID
VICRYL 5-0	UNID
VICRYL 0	UNID
POLYCOT 2-0	UNID
PRESERVATIVOS	UNID
PROLENE 0	UNID
PROLENE 2-0	UNID
PROTETOR P SCALP	UNID
SCALP 19	UNID
SCALP 21	UNID
SCALP 23	UNID
SCALP 25	UNID
SCALP 27	UNID
SERINGA 1ML	UNID
SERINGA 3ML	UNID
SERINGA 5ML	UNID

SERINGA 10ML	UNID
SERINGA 20ML	UNID
SERINGA GASOMETRIA 1ML	UNID
SERINGA PERFUSORA 20ML	UNID
SERINGA PERFUSORA 50ML	UNID
SIST FEC P ASP TRAQUEAL	UNID
SONDA FOLLEY 8	UNID
SONDA FOLLEY 12	UNID
SONDA FOLLEY 14	UNID
SONDA FOLLEY 18 3VIAS	UNID
SONDA FOLLEY 18 2VIAS	UNID
SONDA ENDOTRAQUEAL 4,5	UNID
SONDA ENDOTRAQUEAL 5	UNID
SONDA ENDOTRAQUEAL 7,5	UNID
SONDA ENDOTRAQUEAL 6	UNID
SONDA ENDOTRAQUEAL 6,5	UNID
SONDA ENDOTRAQUEAL 7	UNID
SONDA ENDOTRAQUEAL 8	UNID
SONDA ENDOTRAQUEAL 2	UNID
SONDA ENDOTRAQUEAL 2,5	UNID
SONDA ENDOTRAQUEAL 3	UNID

SONDA ENDOTRAQUEAL 3,5	UNID

SONDA ENDOTRAQUEAL 4,5	UNID
SONDA ESTOMACAL 4	UNID
SONDA ESTOMACAL 6	UNID
SONDA ESTOMACAL 8	UNID
SONDA ESTOMACAL CURTA 14	UNID
SONDA ESTOMACAL LONGA 10	UNID
SONDA ESTOMACAL LONGA 12	UNID
SONDA ESTOMACAL LONGA 14	UNID
SONDA ESTOMACAL LONGA 16	UNID
SONDA P ASP TRAQUEAL 10	UNID
SONDA P ASP TRAQUEAL 12	UNID
SONDA P ASP TRAQUEAL 14	UNID
SONDA URETRAL 10	UNID
SONDA URETRAL 6	UNID
SONDA URETRAL 8	UNID
TESTE PARA AUTOCLAVE BOWE DICK	UNID
TIRA TESTE HVI	UNID
TIRA TESTE GRAVIDEZ	UNID
TIRA TESTE GLICEMIA	UNID
TORNEIRA CIRURGICA 3 VIAS	UNID

6.4.6. Apresentação de critérios para a Contratação de Terceiros para os Serviços de Limpeza, Vigilância e Manutenção Predial

Para a contratação de serviços de terceiros, será adotado o Regulamento Próprio de compras e contratações, o qual será devidamente aprovado pelo Estado de Goiás após a assinatura do Contrato de Gestão para o gerenciamento do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó.**

REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS

Art. 1º - O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas, rotinas e critérios para compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, obras e alienações, quando na gestão de recursos publicitados, do INSTITUTO PATRIS, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social.

Art. 2º - As compras e contratações realizadas pelo INSTITUTO PATRIS deverão ser processadas e julgadas em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da boa-fé, da isonomia, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo, eficiência e economicidade e dos que lhe são correlatos, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo.

Art. 3º - As compras e contratações não serão sigilosas, sendo acessíveis ao público os atos de seu procedimento, salvo quanto ao conteúdo das propostas até a data de sua respectiva abertura, sendo garantida a ampla divulgação e a participação do maior número possível de interessados.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 4º - Para os fins deste Regulamento, considera-se:

I. **Compras –** 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 com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades;

II. **Contratações –** contratação de todo e qualquer serviço, para execuções de forma imediata ou parceladamente, não compreendidas em obras e serviço de engenharia;

III. **Reformas, Serviços Comuns de Engenharia e Arquitetura e Obras –** toda construção, reforma, recuperação, ampliação e demais atividades que envolvam as atribuições privativas dos profissionais e empresas das áreas de engenharia, arquitetura e outras afins;

IV. **Alienação –** todo e qualquer procedimento de doação, cessão, venda, transferência da posse ou propriedade de bens patrimoniais;

CAPÍTULO III

DAS MODALIDADES, LIMITES E PROCEDIMENTOS

Art. 5º - São modalidades de compras e contratações em geral:

I. **Compras Diretas ou Contratações Diretas –** terão início com o recebimento da solicitação de compra ou contratação, elaborado em formulário próprio ou via Sistema, devendo ser assinado pelo responsável do setor requisitante, contendo a descrição pormenorizada do material, ou seja, do bem a ser adquirido ou serviço a ser contratado, especificação técnica, qualidade desejada, prazo de validade e/ou de vigência do produto e/ou serviço, prazo e local de entrega ou execução, bem como, demais condições que forem necessário para atender a demanda;

a. Os procedimentos de compras ou contratações deverão ser definidos em sendo de **ROTINA** ou **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**, cada qual elaborado em seu respectivo formulário próprio de solicitação;

b. Considera-se de **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA** as aquisições de bens ou serviços de usos esporádicos ou excepcionais, com imediata necessidade de utilização, ou seja, aquelas que sejam imperiosas às atividades desenvolvidas, impondo a demora nas aquisições em dano às pessoas / usuários ou ao patrimônio, não podendo caracterizar falta de planejamento, bem como ser precedida de pesquisa mercadológica com orçamentos que demonstrem a compatibilidade com preço de mercado;

c. O setor solicitante deverá justificar a necessidade de se contratar serviços e adquirir materiais ou bens em regime de **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**;

d. O Setor de Compras, após consultas técnicas, poderá dar aos procedimentos de compras ou contratações o regime de **ROTINA**, caso conclua não estar caracterizada a situação de **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**, devendo informar o requisitante dessa decisão;

II. **Pedido de Cotação Presencial -** é a modalidade de compras e contratações entre quaisquer interessados que comprovem possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para execução de seu objeto, podendo disputar lances com demais concorrentes. Os

Pedidos de Cotação Presencial terão seus avisos de Edital publicados no Site do INSTITUTO PATRIS, em jornais de grande circulação nos casos de aquisições/contratações com valores estimados acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e, quando julgado necessário, também no Placard e/ou Diário Oficial.

a. A modalidade de Pedido de Cotação Presencial poderá ser utilizada para qualquer valor estimado, e será realizada por Comissão Especial, composta de pelo menos 3 (três) integrantes formalmente designados, com a função, dentre outras, de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos às compras e/ou contratações.

b. A publicação de que trata o inciso II se dará com antecedência mínima de 03 dias úteis para a apresentação das propostas, sendo que na contagem do prazo considerar-se-á como dia inicial o da publicação.

c. Após realizada a compra/contratação por meio de pedido de cotação presencial, deverá ser, ainda, publicado no site do INSTITUTO PATRIS o resultado contendo o objeto, o fornecedor, as quantidades, vigência e o valor unitário contratado.

III. **Alienações –** procedimento de doação, cessão, venda, transferência da posse ou propriedade de bens móveis, cujos recursos advindos serão obrigatoriamente investidos no desenvolvimento de atividades do Contrato de Gestão, que serão definidos de acordo com o artigo 32 deste regulamento, na forma abaixo:

a. Solicitação de alienação devidamente justificada pelo setor requisitante;

b. Aprovação, por 2/3 (dois terços) dos membros do Conselho de Administração, acerca do pedido de alienação;

c. Avaliação de mercado do bem móvel a ser alienado, com 3 (três) diferentes cotações;

d. Anuência do Poder Público Estadual;

e. Elaboração de Edital de Alienação;

f. Publicação do Aviso do Edital de Alienação com, no mínimo, 3 (três) dias de antecedência da abertura do certame, no sitio eletrônico do INSTITUTO PATRIS, em jornais de grande circulação nos casos de valores estimados acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e, quando julgado necessário, também no Placard e/ou Diário Oficial;

g. Recebimento de Propostas;

h. Ata de realização do procedimento e escolha da melhor proposta;

i. Publicação do resultado;

j. Homologação do certame;

k. Assinatura do contrato.

§ 1º – Todas as modalidades de compras, contratações e alienações terão os seus respectivos avisos contendo os resumos dos instrumentos convocatórios e indicação do local onde os interessados poderão ler e obter os textos integrais, atendendo ao princípio da publicidade e demais correlatos neste regulamento, ficando a critério da Fundação estender este prazo quando a complexidade do objeto assim o exigir, devendo estes serem publicados, no

sitio eletrônico do INSTITUTO PATRIS, em jornais de grande circulação nos casos de valores estimados acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e, quando julgado necessário, também no Placard e/ou Diário Oficial, da seguinte forma:

a. As compras ou contratações previstas no Art. 6º, Inciso I deste regulamento, terão seus avisos publicados no sitio eletrônico e, quando julgado necessário também no Placard do INSTITUTO PATRIS, com antecedência mínima de 03 dias úteis, do recebimento das propostas;

b. As compras ou contratações previstas no Art. 6º, Inciso II deste regulamento, além de terem seus avisos publicados no sitio eletrônico, em jornais de grande circulação e, quando julgado necessário, também no Placard e/ou no Diário Oficial;

c. Caso haja necessidade de uma maior divulgação com vistas a buscar um número maior de fornecedores, independentemente do valor, os Avisos poderão ser publicados em jornais de grande circulação regionais e/ou nacionais.

§ 2º - Será publicada, no sitio eletrônico do INSTITUTO PATRIS, a relação de todas as compras ou contratações realizadas, contendo os fornecedores contratados, respectivos objetos, vigência e valores unitários, devendo ser mantida permanentemente no site e atualizada mensalmente.

Art. 6º - Os procedimentos de compras ou contratações, na forma estabelecida neste regulamento, obedecerão às seguintes condições e limites:

I. Compras ou Contratações Diretas com valor estimado de até R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), deverão ser precedidas de justificativa do setor solicitante, e processadas com pesquisa de mercado, com no mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, que poderão ser obtidas preferencialmente por meio de plataforma eletrônica ou propostas protocoladas no setor de compras, encaminhadas via fax ou e-mail, onde em qualquer das hipóteses deverão ser registradas em mapa de cotação, desde que respeitadas as regras de publicidade prévia, com divulgação no site e, quando julgado necessário também no Placard do INSTITUTO PATRIS;

II. Compras ou Contratações, deverão ser precedidas de valor estimado devidamente apresentado pelo setor solicitante;

III. Compras e contratações com valores acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) deverão ser precedidas de publicação no site, além de jornais de grande circulação e, quando julgado necessário, também, no Placard e/ou Diário Oficial;

IV. Em casos de urgência/emergência, quando não for possível realizar no mínimo 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, a autoridade superior poderá autorizar as compras ou contratações com o número de cotações que houver, mediante justificativa escrita devidamente fundamentada por técnico responsável e/ou chefe do Setor e com o aval da Diretoria Administrativa/Financeira, conforme o caso.

Parágrafo Único - Entende-se como casos de urgência/emergência: quando a entrega do produto ou serviço não puder aguardar ou repetir o procedimento sem causar prejuízo ao paciente ou ao Contrato de Gestão ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, exceto simples falta de material no estoque e/ou falta de planejamento, desde que haja a efetiva comprovação de que o preço proposto é o praticado no mercado a partir de notas fiscais, publicações ou por valores estabelecidos nas diversas câmaras de regulação oficiais.

Em caso do uso do dispositivo anterior para burlar as normas e rotinas deste regulamento, bem como para facilitar os procedimentos de compra ou contratação com vistas a favorecer algum fornecedor, ensejará na abertura imediata de procedimento de sindicância para apuração dos fatos e atribuição de responsabilidades, podendo, após comprovada a infração e obedecido o princípio do contraditório e da ampla defesa, ensejar a demissão por justa causa do funcionário celetista. Se o envolvido se tratar de servidor público, será obedecida as disposições contidas na legislação vigente.

V. Compras ou Contratações de pequeno vulto, por meio de concessão de adiantamento a ser concedido pela autoridade superior por Portaria ou ato próprio, assim consideradas aquelas cujo valor total não ultrapasse R$ 4.000,00 (quatro mil reais), sendo vedada a aplicação dessa hipótese para fracionamento de aquisições ou contratações, nas condições abaixo:

a. Será concedido prazo de execução para utilização do mesmo, podendo ser prorrogado – o seu prazo e valor residual – por igual período, contudo, a apresentação da prestação de contas dos gastos deverão ser feitas à Diretoria Administrativa/Financeira até o 5º dia do mês subsequente à sua utilização;

b. As despesas deverão ser comprovadas por meio de Nota Fiscal, ou documento fiscal equivalente, em nome e/ou CNPJ/MF do INSTITUTO PATRIS, devidamente atestado, inclusive, pelo solicitante do produto / serviço, devendo, ainda, apresentar no campo "informações adicionais" o número do Contrato de Gestão a que se refere, juntamente com a justificativa da compra / contratação, além de outros meios de comprovação. A utilização e prestação de contas dos adiantamentos deverão seguir o estudo realizado através dos Autos próprios;

c. As aquisições / contratações deverão ser precedidas de consulta ao mercado, com a indicação de 3 (três) orçamentos de preço, apresentadas na prestação de contas por meio de relatório/planilha;

d. Fica vedada a aquisição de qualquer bem de caráter permanente por meio de processo de concessão de adiantamento;

e. Eventuais saldos remanescentes e não utilizados deverão ser devolvidos ao final do período de concessão;

f. Fica vedada a concessão de 2 (dois) adiantamentos de uma mesma fonte de recursos, para um mesmo profissional simultaneamente, ou caso persistam pendências em prestações de contas anteriores.

g. Deverá ser realizada, no sítio eletrônico do INSTITUTO PATRIS, a publicação posterior das compras e/ou contratações deste inciso, contendo no mínimo o nome do fornecedor contratado, valor, vigência (se for o caso) e objeto.

Art. 7º - Os procedimentos de compras e contratações, de urgência/emergência ou de rotina, compreendem o cumprimento das seguintes etapas:

I. Pedidos de compras e/ou contratações de serviços elaborados em formulário e/ou via Sistema próprio,

II. Autorização dos procedimentos de compras ou contratações pela autoridade superior ou a quem for delegado.

a. Não sendo autorizado, será noticiado o fato ao setor solicitante via respectiva Diretoria, podendo, posteriormente, os processos serem arquivados ou reabertos em data

oportuna, conforme realidade financeira do Contrato de Gestão e/ou demanda do projeto em execução;

b. Sendo autorizados os procedimentos de compras e/ou contratações, serão emitidas pelo Setor de Compras as respectivas autorizações, ordem de compra ou instrumentos contratuais, conforme o caso;

c. As autorizações de fornecimento deverão ser assinadas pelo setor de compras em conjunto com a Diretoria Administrativa/Financeira e pela autoridade superior, porém, os instrumentos contratuais que regularão a entrega de produtos ou serviços, de forma parcelada ou de objeto específico, deverão ser assinados pela autoridade superior, em conjunto com a Assessoria Jurídica;

III. Solicitações de orçamentos elaboradas pelo setor de compras, conforme especificações e condições contidas no termo de referência que, para os casos de rotina, deverão ser publicadas previamente nos termos deste regulamento, podendo, ainda, ser disponibilizados em plataforma eletrônica de compras, garantindo a divulgação prévia a todos os interessados e a obtenção de orçamentos de empresas com observância de critérios impessoais definidos neste regulamento, cuja abertura de prazo será de, no mínimo, 3 (três) dias úteis de antecedência para aquisições e/ou contratações de rotina;

IV. Apuração da proposta mais vantajosa, verificando o atendimento às condições explicitadas no termo de referência e documentações solicitadas, contendo, no mínimo: CNPJ, nome comercial, endereço, especificação técnica, valor expresso, prazo de entrega, condições de pagamento, prazo de validade ou de garantia, bem como comprovação de regularidade fiscal (CND junto ao INSS, FGTS, fazendas públicas Federal e do Estado de Goiás) e trabalhista (Justiça do Trabalho), etc;

V. Apresentação pelo setor de compras, do mapa ou relatório eletrônico de cotação contendo as razões da escolha do(s) fornecedor(es), demonstrando os participantes do procedimento adotado e os valores ofertados, bem como a declaração do vencedor que apresentar a proposta mais vantajosa, levando-se em consideração, além dos valores, os fatores / critérios estabelecidos neste regulamento;

VI. . Publicação do resultado no site, contendo: os fornecedores contratados, respectivos objetos, vigência (se for o caso) e valores unitários contratados.

Art. 8º - O Setor de Compras deverá selecionar criteriosamente as propostas apresentadas pelos fornecedores participantes da seleção, considerando a idoneidade, qualidade e menor custo, além da garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso.

§1º - Para fins do disposto no "*caput*" deste artigo, considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além dos termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos:

I. Qualidade do produto / serviço;

II. Durabilidade do produto / serviço;

III. Custos para operação do produto / serviço, eficiência e compatibilidade;

IV. . Credibilidade mercadológica da empresa proponente;

V. Custo de transporte e seguro até o local da entrega;

VI. . Prazo de entrega;

VII. Forma de pagamento;

VIII. de produtos / serviços;

IX. . Eventual necessidade de treinamento de pessoas;

X. Assistência técnica;

XI. . Garantia dos produtos / serviço;

XII. análise Técnica.

§2º – Fornecedores com histórico de má prestação de serviços e/ou fornecimento de produtos em desacordo com o solicitado poderão perder o direito de contratar com o INSTITUTO PATRIS, mediante fundamentações e respectivo registro no Formulário de Avaliação de Fornecedores;

Art. 9º – As autorizações de fornecimento ou ordens de compra, correspondem aos contratos formais efetuados com os fornecedores, que após executarem / entregarem o objeto,

quitação e contabilização das despesas, encerrarão os procedimentos de compras ou contratações, devendo representar fielmente todas as condições em que foram realizadas.

Art. 10 – Para fins de controle e gestão de bens móveis e materiais de consumo no âmbito do INSTITUTO PATRIS, os recebimentos dos bens e materiais serão realizados na forma de regulamentação própria, ressaltando que para os bens móveis adquiridos com recursos provenientes do contrato de gestão com o Poder Público, além dos mesmos destinar-se exclusivamente à execução do respectivo ajuste, a organização social oficiará sua aquisição ao órgão supervisor com o fito de atender o disposto no artigo 9º da Lei Estadual nº 15.503/2005.

Art. 11 – No caso de aquisições e contratações cujos produtos ou serviços tenham caráter exclusivo, ficam dispensados os procedimentos previstos no Art. 6º do presente regulamento.

§1º – O Setor de Compras deverá realizar as consultas necessárias para comprovar a exclusividade do fornecedor, mediante apresentação de documentação comprobatória, tais como pesquisas, cartas, declarações e atestados emitidos pelo órgão de registro do comércio do local em que se realizaria a contratação / aquisição, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes que deverá apresentar documento original ou cópia autenticada, ou autenticação do Setor de Compras mediante o original, do órgão próprio, devendo, ainda, demonstrar que o preço pago é o praticado no mercado através da apresentação de Notas Fiscais de contratações com outros clientes, com objeto idêntico, considerando, ainda, a qualidade e quantidade, sendo vedada, para a declaração de exclusividade do fornecedor, a indicação de preferência de marca do produto.

§2º – Nos casos em que não for possível demonstrar fielmente o mesmo tipo de contratação / aquisição, deverá se comprovar a impossibilidade, podendo-se fundamentar o preço com contratações similares, considerando a qualidade e quantidade, em cumprimento aos princípios da boa fé, da probidade e da economicidade.

Art. 12 – Para efeitos do presente regulamento, considera-se inviabilidade de competição, devidamente comprovada, nos seguintes casos:

I. nas contratações de serviços com empresa 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;

II. na contratação de profissional de qualquer setor artístico;

III. para participação do INSTITUTO PATRIS em feiras, exposições, congressos, seminários e eventos em geral, relacionados com o Contrato de Gestão;

IV. Na aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros diretamente de produtor ou fornecedor exclusivo.

Parágrafo Único – Para os casos acima, ficarão também dispensados os procedimentos previstos Art. 6º do presente regulamento, sendo necessária comprovação de compatibilidade dos preços com os praticados no mercado, por meio de notas fiscais ou equivalentes de outras contratações, bem como publicação posterior do resultado no sítio eletrônico do INSTITUTO PATRIS, contendo: fornecedor, objeto, vigência (se for o caso), quantidades e valores unitários contratados.

CAPÍTULO IV

DOS SERVIÇOS TÉCNICO PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS

Art. 13 – Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

I. estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;

II. pareceres, perícias e avaliações em geral;

III. assessorias ou consultorias técnicas e auditorias financeiras ou tributárias;

IV. . fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;

V. patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;

VI. . treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;

VII. restauração de obras de arte e bens de valor histórico.

Art. 14 – O Setor de compras deverá selecionar criteriosamente o(s) prestador(es) de

serviços técnico-profissionais especializados, que poderá ser pessoa física ou jurídica, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

Parágrafo Único – Para as contratações previstas neste capítulo, poderá a autoridade superior nomear comissões para a realização de análise da documentação apresentada em que fique comprovada a inviabilidade de competição, bem como a justificativa de preço de acordo com o previsto no parágrafo 1º, do artigo 11, deste regulamento.

CAPÍTULO V

DA DOCUMENTAÇÃO DE REGULARIDADE

Art. 15 – Para comprovação de habilitação nos procedimentos de compras ou contratações deverá ser exigida dos interessados, no que couber, através da emissão das certidões negativas de débitos, atualizadas e válidas dentro do período, os seguintes documentos:

I. Pessoa Física:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
a) Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);	Sim
b) Prova de regularidade com a Fazenda Estadual, mediante apresentação de **Certidão Negativa de Débito da Fazenda Pública do Estado de Goiás**;	Sim
c) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante apresentação de **Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e Dívida Ativa da União**;	Sim
d) Prova de regularidade, referente a Dívidas Trabalhistas, mediante a apresentação de **Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT**.	Sim

II. Pessoa Jurídica:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
a) Prova de inscrição no **Cadastro de Pessoas Jurídicas (Cartão CNPJ/MF)**	Sim
b) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante apresentação de **Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e Dívida Ativa da União**;	Sim
c) Prova de regularidade para com o Estado de Goiás, mediante apresentação de **Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Estaduais**	Sim
d) Prova de regularidade mediante apresentação da Certidão Negativa de Débitos relativos ao **FGTS**	Sim
e) Prova de regularidade mediante apresentação da **Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Previdenciários**, emitida pelo **INSS**	Sim
f) Prova de regularidade, referente a Dívidas Trabalhistas, mediante a apresentação de **Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT**	Sim
g) Contrato Social ou Estatuto com suas respectivas alterações	Sim (quando aplicável)
h) Licença de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária	Sim (quando aplicável)
i) Certificado de Boas Práticas de Produção, Armazenamento ou Transporte, conforme o caso	Sim (quando aplicável)
Atestado(s) de Capacidade Técnica	Sim (quando aplicável)
Registro Profissional na Entidade Competente da Empresa e/ou de seu Responsável Técnico de acordo com a especificidade do objeto	Sim (quando aplicável)
Visita Técnica na Sede ou Posto(s) de Trabalho da Empresa Participante	Sim (quando aplicável)
Documento que comprove o atendimento de cumprimento de normas (RDCs, dentre outras) e legislações, de acordo com a especificidade do objeto licitado	Sim (quando aplicável)

III. Ainda para contratações de prestadores de serviços, além da documentação acima indicada, deverão ser apresentados:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
a) Prova de inscrição no **Cadastro de Contribuintes Municipais**	Sim (quando aplicável)
b) Prova de regularidade mediante apresentação da **Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Municipais**	Sim

§2º – A indisponibilidade de qualquer um dos documentos citados com obrigatoriedade poderá ser considerado critério para desclassificação do fornecedor ou da proposta;

CAPÍTULO VI

DOS CONTRATOS

Art. 16 – Os instrumentos contratuais são obrigatórios, salvo quando se tratar de bens ou serviços para entrega ou execução imediata, caso em que poderão ser substituídos pelas autorizações de fornecimento ou outros documentos equivalentes;

Art. 17 – Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão necessariamente o seu objeto, com a especificação das compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, preço ajustado, fonte de recursos no qual se suportará a despesa, prazo de execução, prazo de validade e/ou de vigência do produto e/ou serviço, garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas nos instrumentos convocatórios;

§ 1º - Os contratos terão prazo determinado, podendo ser prorrogados mediante justificativa prévia, até o limite de 60 (sessenta meses), desde que comprovada a vantajosidade na manutenção da avença;

§ 2º - Os contratos poderão sofrer eventuais alterações, previamente justificadas, alterações estas que ocorrerão na forma de termos aditivos, não podendo, todavia, haver descaracterização do objeto e do valor inicialmente contratado, devendo ser observado o

indicador oficial de correção monetária para aplicação, se for o caso, considerando-se a periodicidade mínima de 12 meses para reajuste;

§ 3º – Nas compras por meio eletrônico, incluindo OPME, deverão ser utilizados o contrato padrão da plataforma, devendo fazer opção pelos documentos estabelecidos por esta Instituição.

Art. 18 – A critério da autoridade superior, em cada caso e desde que previsto no instrumento convocatório, poderá ser exigida a prestação de garantia nas compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, cabendo ao contratado optar por uma das seguintes modalidades de garantia:

I. Caução em dinheiro;
II. Fiança bancária;
III. Seguro-garantia.

§ 1º - A garantia a que se refere o *caput* deste artigo não excederá a 5% (cinco) por cento do valor do contrato e terá seu valor atualizado nas mesmas condições daquele;

§ 2º - A garantia prestada pelo contratado será liberada ou restituída após a execução do contrato e, quando em dinheiro, atualizada monetariamente, conforme índices praticados em poupança bancária;

§ 3º - Nos casos de reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, o instrumento convocatório poderá fixar a modalidade de garantia dentre os elencados anteriormente.

Art. 19 – O contratado poderá subcontratar partes do objeto contratual, se admitido no instrumento convocatório (que estipulará os limites, bem como vedação à possibilidade de subcontratação total do objeto), no respectivo contrato e mediante prévia autorização do INSTITUTO PATRIS, observando-se que, quando concedida autorização para subcontratação a terceiros, o subcontratado deverá ter inteira obediência aos termos do contrato original e sob a inteira e exclusiva responsabilidade da contratada, sendo vedada a subcontratação com fornecedor que tenha participado do mesmo procedimento de compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras;

Art. 20 – As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação, constarão de termos aditivos e/ou apostilamento, na forma da legislação vigente;

Art. 21 – A recusa injustificada em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, ou mesmo recusar-se a executar o que já havia sido contratado / autorizado, dentro do prazo fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar ao fornecedor as seguintes penalidades:

I. perda do direito à contratação;
II. perda da caução em dinheiro ou execução das demais garantias de propostas oferecidas, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório;
III. suspensão do direito de fornecer / contratar com o INSTITUTO PATRIS, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

Art. 22 – O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas, ou oferecimento de vantagens pessoais a qualquer profissional Do INSTITUTO PATRIS, ou corrupção de qualquer natureza, dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório da compra / contratação, inclusive a de aplicar pena de suspensão do direito de contratar com o INSTITUTO PATRIS, por prazo de até 02 (dois) anos, sem prejuízo da adoção de demais instâncias judiciais.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23 – Para as contratações de Soluções de Tecnologia da Informação e aquisição de objetos e equipamentos de informática, no âmbito dos contratos de gestão, também deverão seguir as normas e procedimentos previstos neste regulamento.

Art. 24 – O INSTITUTO PATRIS poderá realizar, bem como aderir às Atas de Registro de Preços realizadas pela administração pública e pelas entidades públicas ou privadas do

terceiro setor, com vistas a buscar propostas mais vantajosas, desde que precedidas de valor estimado devidamente apresentado pelo setor solicitante, processados com pesquisa de mercado e, deverá ser autorizada pela autoridade superior;

Art. 25 – As compras e contratações previstas nos Incisos I e II, do Art. 6º, terão os avisos contendo os resumos dos instrumentos convocatórios publicados nos termos do §1º do art. 5º deste Regulamento, ficando a critério do setor de compras ou por determinação da autoridade superior estender este prazo quando a complexidade do objeto assim o exigir.

Parágrafo Único- As compras e contratações de urgência/emergência devidamente justificadas ficam dispensadas do cumprimento de prazo para publicação do Aviso contendo o resumo dos instrumentos convocatórios.

Art. 26 – Além das vedações previstas no art. 8º C da Lei Estadual nº 15.503/2005, o INSTITUTO PATRIS não manterá nenhum tipo de relacionamento comercial ou profissional com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório.

Parágrafo Único - Não será permitido o conflito de interesse ou recebimento de vantagens de qualquer natureza, por qualquer profissional da Instituição, em qualquer das fases do processo de compras e contratações;

Art. 27 – Os instrumentos convocatórios deverão assegurar o INSTITUTO PATRIS o direito de cancelar a compra ou contratação, antes de assinado o contrato ou instrumento equivalente, desde que justificado;

Art. 28 – Na contagem dos prazos estabelecidos no presente regulamento, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento, e considerar-se-ão os dias consecutivos, exceto quando for explicitamente disposto em contrário.

Parágrafo único - Só se iniciam e vencem os prazos referidos neste Regulamento em dia de funcionamento da Sede Administrativa do INSTITUTO PATRIS.

Art. 29 – As disposições deste Regulamento poderão ser modificadas pelo Conselho de Administração mediante proposta fundamentada.

Art. 30 – Para fins do presente regulamento considera-se autoridade superior a Diretoria do INSTITUTO PATRIS, ou a quem a mesma delegar oficialmente tais poderes.

Art. 31 – A destinação dos bens móveis e imóveis adquiridos pelo o INSTITUTO PATRIS com recursos públicos, será vinculada exclusivamente, a execução do(s) contrato(s) de gestão firmado(s).

a. São inalienáveis os bens imóveis adquiridos com recursos públicos;

b. Quanto à alienação dos bens móveis, ficam estas condicionadas à anuência do poder público estadual;

c. Quanto à aquisição dos bens imóveis, ficam estes condicionados à autorização do órgão ou da entidade estatal parceira, com a ratificação do Chefe do Poder Executivo;

d. Todos os recursos advindos das alienações deverão ser investidos no desenvolvimento das atividades do contrato de gestão;

Art. 32 – No caso de extinção ou desqualificação do INSTITUTO PATRIS, **a**s doações e legados que lhes forem destinados pelo Poder Público, através de Contratos de Gestão firmados com o mesmo, bem como os excedentes financeiros decorrentes das atividades destes e as doações realizadas por terceiros em decorrência dos mesmos, serão incorporados ao patrimônio público ou a outra organização social;

Art. 33 – Todos os documentos fiscais resultantes das contratações e aquisições realizadas pelo INSTITUTO PATRIS deverão ser identificados com as referências do Contrato de Gestão e da unidade hospitalar atendida, solicitando ao fornecedor incluí-las no campo "*informações adicionais*" da nota fiscal;

Art. 34 **–** Os casos omissos serão resolvidos pela autoridade superior, sob assistência da assessoria jurídica, com base nos princípios gerais da administração;

Art. 35 **–** Os valores estabelecidos no presente Regulamento, se necessário, serão revistos e atualizados pela autoridade superior mediante deliberação do Conselho de Administração;

Art. 36 – O presente Regulamento entrará em vigor na data de sua publicação na imprensa oficial, revogadas as disposições em contrário.

É obrigatório anexar:

- Textos que comprovem a sequência de estudos realizados desde quando se administrou a substância pela primeira vez, até quando foram obtidos dados sobre sua eficácia e segurança terapêutica;

- Literatura ou trabalhos científicos;

- Referências bibliográficas;

- Pesquisas farmacológicas.

6.4.7. Descrição de funcionamento da Unidade de Faturamento

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA O FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS

OBJETIVOS DO FATURAMENTO

O setor de Faturamento do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** estará subordinado à Coordenação Administrativa e à Diretoria Administrativa/ Financeira e tem por objetivo apurar os valores de todas as operações e prestações de serviços, materiais e medicamentos documentados na assistência ao paciente ambulatorial e internado, vinculado ao SUS, gerando a fatura hospitalar, e consequentemente indicadores, possibilitando à administração do Hospital e à SES/GO, conhecer a produção e a rentabilidade dos serviços e clínicas.

COMPOSIÇÃO E HORÁRIO DE TRABALHO

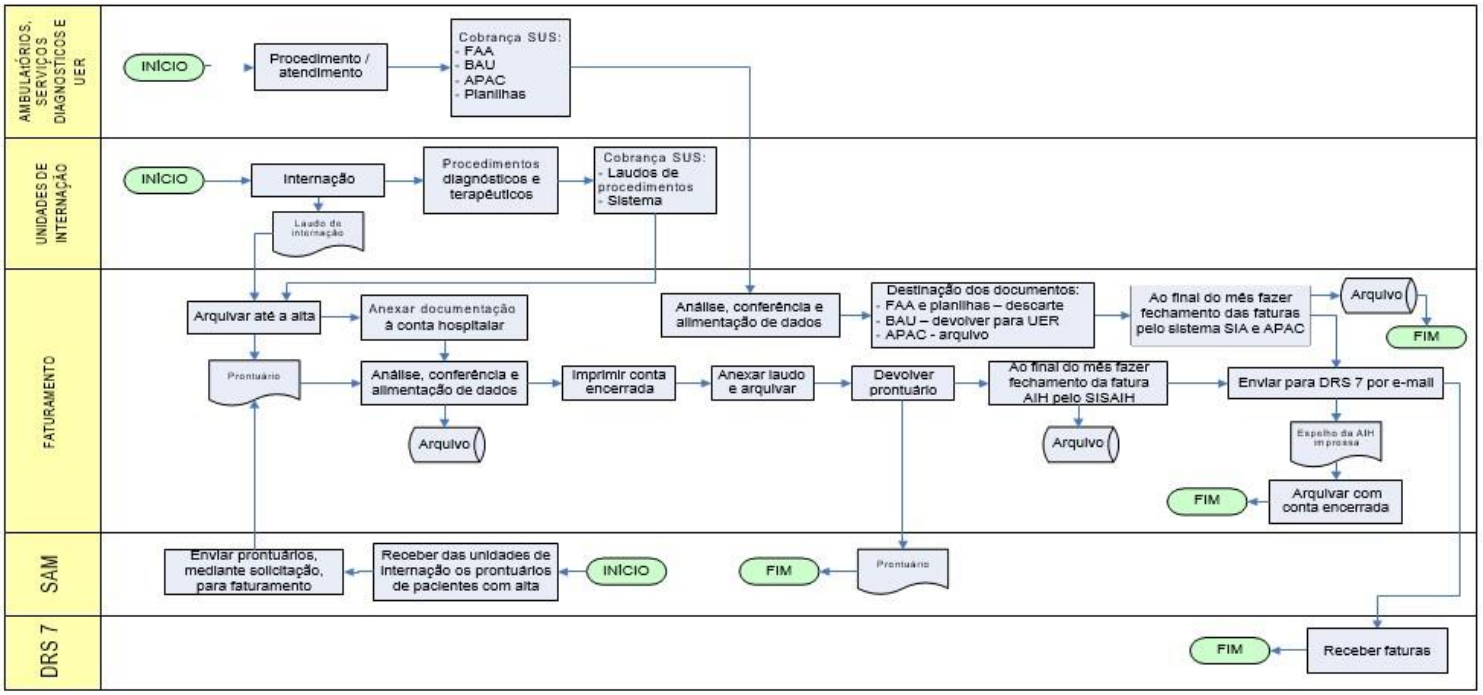
O Setor de Faturamento deverá realizar suas atividades em horário administrativo, das 8h às 18h e possuir a seguinte equipe mínima de trabalho: 1 Coordenador de Faturamento e 3 faturistas.

COMPETÊNCIAS

Ao Setor de Faturamento compete:

- Manter atualizado o Sistema de Faturamento;
- Trabalhar em prol da excelência no faturamento, buscando a melhoria continua aprimorando todos os métodos desenvolvidos;
- Manter-se atualizados com relação às portarias e normas estipuladas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.
- Interagir com o Corpo Clínico para garantir e agilizar o preenchimento correto dos documentos que compõem o prontuário;
- Emitir relatórios conforme solicitação das Diretorias;
- Monitorar as glosas e as reapresentações, propondo as correções;
- Realizar e entregar o fechamento da produção assistencial mensalmente conforme cronograma e orientações da SES;
- Garantir que todos os atendimentos sejam faturados dentro do mês de competência;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Macro fluxo do Processo



PROCESSO DE TRABALHO

O Serviço de Faturamento é subdividido em 02 seções, sendo elas:

- SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) - responsável pela recepção de informações e faturamento de procedimentos e/ou atendimentos realizados em todo âmbito ambulatorial tais como consultas, procedimentos especializados, exames de imagem, exames de laboratório, dentre outros;

- SIH (Sistema de Informação Hospitalar) - responde pelas informações e faturamento de procedimentos e/ou atendimentos realizados na internação, incluindo as efetuadas em enfermarias, UTI e leito-dia. Fatura todos os atendimentos realizados ao longo da internação, cirurgias, exames e procedimentos.

Para o alcance dos objetivos é necessário a interação entre as diversas áreas da instituição como a Enfermagem, as Especialidades Médicas e os Serviços de suporte como Farmácia, Laboratório, Procedimentos Especializados, etc, considerando que as mesmas são responsáveis por todas as informações dos atendimentos prestados, sendo de vital importância o preenchimento de formulários e alimentação dos sistemas integrados.

FATURAMENTO AMBULATORIAL

Recebimento dos Boletins de Produção Ambulatorial – BPA:

A Unidade de Faturamento receberá os BPA preenchidos, assinados e carimbados pelos prestadores diariamente. Se a documentação recebida não estiver devidamente preenchida deverá ser devolvida imediatamente ao seu portador para que este retorne ao setor de origem, corrija a não-conformidade e entregue o documento de forma correta ao setor de faturamento.

Confirmação dos BPA com as agendas e digitação dos BPA:

Serão conferidos os BPA com as consultas confirmadas no agendamento ambulatorial. Será digitado no Sistema de Gestão Hospitalar, a produtividade registrada nos BPA, nas modalidades de BPA Consolidado e BPA Individualizado.

Na modalidade BPA Consolidado são lançados os procedimentos com os seus quantitativos gerais;

Na modalidade BPA Individualizado digitamos procedimentos que exigem a identificação individual de cada paciente.

Consolidação das Produções Digitadas e Preparação dos Arquivos de Exportação:

Depois de digitados todos os BPA procedem-se com a consolidação e preparação dos arquivos de exportação para entrega na Secretaria Estadual de Saúde ou a outro Órgão por esta definida.

Emissão de Relatórios de Conferência:

Nesta fase devem ser emitidos todos os relatórios de conferências para que a Unidade de Faturamento visualize quaisquer possíveis distorções nas informações a serem entregues para pagamento da Produção Hospitalar junto à Secretaria de Saúde.

Entrega dos Arquivos de Exportação / Confirmação do Processamento:

A Unidade de Faturamento deverá acompanhar junto à Secretaria Estadual de Saúde o processamento dos arquivos de exportação entregue. Após a Secretaria de Saúde processar os arquivos, a Unidade de Faturamento deverá resgatar o Relatório de Glosas, analisar as glosas informadas quando houverem e proceder com a reapresentação das contas apresentadas no relatório como conta glosada.

FATURAMENTO HOSPITALAR

Monitoramento das Altas Hospitalares e Auditoria de Prontuário:

A Unidade de Faturamento acompanhará diariamente as altas hospitalares por meio do monitoramento do Relatório Gerencial de Altas hospitalares.

A equipe da Unidade de Faturamento solicitará diariamente a equipe de enfermagem de cada setor do Hospital os prontuários dos pacientes em Alta Hospitalar.

O colaborador da Unidade de Faturamento realizará auditoria no prontuário do paciente verificando as não-conformidades existentes (falta de solicitações de exames, laudos,

assinaturas, carimbos, evoluções...). Todas as não-conformidades detectadas nos prontuários dos pacientes devem ser registradas e apresentadas ao responsável pelo setor para que possam ser corrigidas e no dia seguinte serem encaminhadas a Unidade de Faturamento para o processo de faturamento.

Recebimento dos Prontuários:

Serão recebidos na Unidade de Faturamento todos os prontuários auditados previamente em suas unidades de internação devidamente protocolados.

A Unidade de Faturamento registrará o recebimento de cada prontuário comparando com o Relatório de Altas hospitalares. Devem ser devolvidos quaisquer prontuários que apresentarem não- conformidades.

Auditoria dos Prontuários:

Na unidade de faturamento os prontuários recebidos são analisados e, neste momento é verificado se os procedimentos indicados estão corretos, se estão explicitados todos os procedimentos realizados, entre outros aspectos pertinentes ao prontuário. Se for detectada ainda alguma não-conformidade, será solicitada a sua correção por parte do setor de origem.

Envio das Contas para Recebimento dos Números das AIH e digitação do Número das AIH no Sistema de Gestão:

A Unidade de Faturamento deverá encaminhar para a Secretaria Estadual de Saúde todos os laudos das contas médicas para que a seja liberada as respectivas AIH para faturamento. De posse dos números das AIH, os faturistas irão digitar os números das AIH nas contas previamente digitadas e realizar o processamento das contas.

Fechamento do Faturamento, Conferência Prévia, Emissão de Relatórios e Geração de arquivos de Exportação:

A Unidade de Faturamento procederá com o processamento das contas digitadas e realizará o fechamento do mês em processamento. Neste momento, deverá ser realizada uma última para avaliar a coerência das informações processadas e corrigir possíveis erros.

Concluída esta etapa, deverão ser emitidos todos os relatórios administrativos, gerenciais e estatísticos. É neste momento que são emitidos todos os relatórios exigidos pela Secretaria de Saúde e gerados todos os arquivos para processamento do faturamento pelo Órgão Gestor.

Acompanhamento Do Relatório De Glosas:

O Setor de Faturamento deverá acompanhar o relatório de glosas disponibilizado pela Secretaria de Saúde para proceder com o reprocessamento das referidas contas no mês subsequente. Este procedimento é de fundamental importância para evitar perdas irrecuperáveis por parte do Hospital.

ATRIBUIÇÕES DO SETOR

São atribuições do Setor de Faturamento:

- Gerenciar toda a rotina de serviço, acompanhando a atribuição, a adequação e a evolução das tarefas, modificando, se for o caso, sua designação, ou mesmo implementando novas rotinas, analisando os resultados, para que se atinjam as metas estabelecidas de maneira objetiva e eficaz.
- Prestar à Direção Geral do Hospital e demais Diretorias as informações técnicas pertinentes.
- Elaborar planilhas de previsões de arrecadação e analisar indicadores, visando o equilíbrio orçamentário.
- Participar de reuniões técnicas sobre faturamento em hospitais de ensino, seminários, encontros e simpósios, para aprendizagem, aperfeiçoando o serviço e, consequentemente, melhorar a arrecadação.
- Analisar os resultados das atividades desenvolvidas na área, visando melhor desenvolvimento dos projetos do Faturamento.
- Tomar conhecimento e transmitir aos funcionários, fazendo aplicar, novas normas, leis e resoluções do Ministério da Saúde referentes ao faturamento.
- Planejar, designar, supervisionar e coordenar tarefas, acompanhá-las e controlar o desempenho das diversas atividades do serviço para manter sua rotina de forma objetiva e eficaz, ou implantar novas diretrizes, visando a otimização do trabalho.

- Avaliar o desempenho dos servidores. Controlar a frequência. Distribuir de forma ordenada e quantitativa licenças-prêmio, férias e folgas, visando à manutenção equilibrada da rotina de serviço.

- Acompanhar publicações de normas e portarias através do Diário Oficial da União, ou via internet, para atualizar constantemente os procedimentos de faturamento já existentes, bem como, aplicar os recém-criados.

- Manter um contato com a área médica, especialmente com os responsáveis por cada unidade, a fim de informar, orientar e dirimir dúvidas quanto aos procedimentos a serem cobrados, garantindo a adequação às normas vigentes, mantendo, contudo, o nível da arrecadação do hospital.

- Planejar e elaborar anualmente, ou sempre que houver alteração significativa, FPO (Ficha de Programação Orçamentária), para aprovação junto ao SUS (Sistema Único de Saúde), com observação do teto orçamentário do Hospital, capacidade e especificidade de cada Unidade Ambulatorial.

- Acompanhar e orientar toda rotina padrão do fechamento mensal de fatura.

- Coletar e receber toda a documentação, oriunda das diversas unidades do complexo hospitalar, e que sejam geradoras de faturamento.

- Organizar, de acordo com os tipos de documentos, os quais variam desde uma simples ficha de atendimento ambulatorial, passando por planilhas, Laudos para Autorização de procedimentos de alta complexidade (APAC), notas fiscais de próteses e materiais cirúrgicos, laudos de internação, prontuários, etc.

- Analisar de forma criteriosa e técnica, toda a documentação pertinente ao faturamento, observando normas, legislações e tabelas do Ministério da Saúde.

- Receber Notas Fiscais de materiais consignados utilizados em cirurgias. Conferir e encaminhar para pagamento.

- Operacionalizar os sistemas de entrada de dados do Hospital e digitar a produção dos serviços prestados aos pacientes internados e ambulatoriais.

- Operar em sistemas próprios do DATASUS, todo o procedimento de faturamento, avaliar consistências, fazer correções, até obtenção do produto final, a fatura.

- Realizar toda a sistemática que precede o fechamento das faturas de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), BPA (Boletim de Atendimento Ambulatorial) e APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade).

- Consultar o sistema de rede de cadastro de pacientes para correção de número de registro.

- Realizar a manutenção das tabelas de faturamento do Hospital e do DATASUS - códigos, valores, procedimentos, etc.

- Implantar e alterar no computador periodicamente sistemas de faturamento, seguindo orientações do Datasus e do Núcleo de Informática do Hospital.

- Manter-se atualizados quanto ao cronograma para o fechamento das diversas faturas, bem como realizar o fechamento mensal das mesmas.

FATURAMENTO AMBULATORIAL

SISTEMA DE FATURAMENTO AMBULATORIAL (SIA)

Definição

Refere-se ao faturamento SUS dos procedimentos realizados ambulatorialmente, desde consulta, atendimento em pronto socorro, exames de imagem e laboratoriais, cirurgias ambulatoriais, etc.

Documentos Utilizados

Para a fatura ambulatorial existem 03 instrumentos de registro, nos quais os atendimentos são inseridos individualmente:

- BPA-C: Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – procedimentos de menor complexidade (ex: consulta exame laboratorial, RX, etc);

- BPA-I: Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – procedimentos

especializados (ex: ressonância, medicina nuclear, tomografia, fisioterapia, etc);

- APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – procedimentos especializados e de maior complexidade (ex: quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, acompanhamentos pós TX, saúde auditiva, cateterismo, etc), sendo que alguns necessitam de autorização do Gestor local.

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS PROCEDIMENTO

Recolher e receber diariamente, no pós consulta das diversas unidades ambulatoriais, os documentos (folhas azuis/planilhas) gerados no dia anterior.

Separar folhas azuis de:, pós Tx de córnea, acompanhamento de hipotireoidismo congênito, acompanhamento de glaucoma, acompanhamento pós gastroplastia, avaliação clínica e eletrônica de dispositivo elétrico cardíaco implantável e fotocoagulação.

Manter as demais folhas azuis, separadas por quadrantes para distribuição aos faturistas responsáveis (de acordo com organização interna).

Distribuir planilhas de forma igualitária para os faturistas.

Separar folhas azuis por unidade de atendimento e codificar de acordo com tabela SUS e CID (Codificação Internacional de Doenças).

Organizar documentação de forma a facilitar a digitação; só consulta código de barras, consulta código de barras e procedimentos, só procedimentos código de barras e manuais (atendimentos não agendados).

Digitar no sistema próprio do Faturamento “KFC”:

- Clicar no ícone KFC;
- Informar usuário e senha conforme cadastro no Núcleo de Informática do Hospital;
- Informar unidade de saúde solicitante “401” do Hospital;
- Clicar “ok”;
- Clicar em “entrada” e “ok”;

- Para os procedimentos com código de barra clicar na opção “FAA-código de barra” e para os procedimentos preenchidos manualmente, clicar na opção “FAA-BAU”;
- Conferir e confirmar a unidade de saúde solicitante “401 – Hospital”;
- Nos casos das planilhas, digitar em “planilha de faturamento”;
- Digitar dados de acordo com as informações solicitadas na tela do sistema;
- Para BPA-C (unidade de atendimento, data, procedimento, quantidade, CID, caráter de atendimento, CBO, etc);
- Para BPA-I (unidade de atendimento, data, procedimento, quantidade, CID, caráter de atendimento, CBO, registro profissional compatível, etc).

PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA REFERENCIADA

PROCEDIMENTO

- Recolher diariamente na UER, os BAU’s – boletim de atendimento de urgência, referentes aos atendimentos dos dias anteriores.
- Distribuir para os faturistas responsáveis (de acordo com organização interna).
- Ler a descrição sumária do atendimento observando detalhadamente os procedimentos realizados e codificar de acordo com tabela SUS e CID (Codificação Internacional de Doenças).
- Identificadas situações da “Lista de Doenças de Notificação Compulsória”, enviar primeiramente para o Núcleo de Vigilângia Epidemiológica.
- Digitar no sistema próprio do Faturamento “KFC”:
- Clicar no ícone KFC;
- Informar usuário e senha conforme cadastro no Núcleo de Informática do Hospital;
- Informar unidade de saúde solicitante “401 - Hospital”;

- Clicar “ok”;
- Clicar em “entrada” e “ok”;
- Clicar na opção “FAA/BAU;
- Conferir e confirmar a unidade de saúde solicitante “401 – Hospital”;
- Digitar dados de acordo com as informações solicitadas na tela do sistema (unidade de atendimento, data, procedimento, quantidade, CID, caráter de atendimento, CBO, etc);
- Após digitação, todos os BAU’s são devolvidos à Unidade de Urgência e Emergência para arquivamento.

Simular fechamento de fatura SIA

Procedimento– Programa KFC

Semanalmente ou quando necessário, simular o fechamento da fatura no sistema KFC:

Acessar o sistema próprio do Faturamento “KFC”;

- Clicar no ícone KFC;
- Informar usuário e senha conforme cadastro no Núcleo de Informática;
- Informar unidade de saúde “401”;
- Clicar “ok”;
- Clicar em faturamento/fechamento mensal;
- Informar mês e ano (MM/AAAA), sendo sempre relativo ao mês de referência;
- Clicar “ok”;
- Confirmar unidade de saúde e clicar em Yes;
- Conferir na tabela apresentada, se a quantidade de numeração disponível (BPA-I) é suficiente para a quantidade de procedimentos a ser faturado;
- Clicar em avançar;

- Aguardar atualização de dados para fatura;
- Faturamento com sucesso – clicar em ok;
- Processamento concluído – clicar em ok;
- Clicar em sair;
- Clicar em imp/export/faturar BPA;
- Preencher os campos de informações do período a faturar:

  o Mês/Ano inicial: retroativo a 03 meses do mês de referência;

  - Apresentação: mês de referência;
  - Todas as unidades de saúde "não" devem estar rasurado.
- Clicar em ok;
- Na pergunta: Você está simulando o fechamento mensal, clicar em Yes;
- Aguardar a geração do arquivo;
- Processamento finalizado: clicar em ok;
- Clicar em sair.

O sistema KFC irá gerar um arquivo "PAPAMMAAs.mês" que ficará disponível em Start\Run\\arquivos\KFP_APAC'S.

Copiar o arquivo gerado e colar na pasta C:\BPA\simular.

Procedimento – Programa BPA

Acessar o programa C:\\BPA.

Informar o usuário "MESTRE" e senha "A" Alterar a competência:

- Clicar em operação/alterar competência;
- Informar mês/ ano de referência;

- Clicar em gravar;

Clicar em saída.

Importar a produção atual:

- Clicar em “importação/importação remessa BPA-BPI”;
- Abrir pasta onde se encontra o arquivo a ser importado;
- Clicar em ok;
    - Confirmar a importação clicando em ok;
    - Importação feita com sucesso: clicar em ok;
    - Clicar em saída. Consistir produção:
    - Clicar em operação/consistência;
    - Clicar em consiste;
    - Consistência concluída: ok;
    - Clicar em saída. Emitir relatórios de erros:
    - Clicar em relatórios;
    - Clicar em produção consolidada e em seguida em individualizada:
    - Rasurar apenas procedimentos com erro;
    - Escolher gravar no arquivo TXT para conferência;
    - Acertar os erros no sistema KFC.

Fechamento Mensal Fatura SIA

Procedimento–Programa KFC

Mensalmente realizar o fechamento definitivo da fatura no sistema KFC:

- Acessar o sistema próprio do Faturamento “KFC”;

- Clicar no ícone KFC;
- Informar usuário e senha conforme cadastro no Núcleo de Informática;
- Informar unidade de saúde “401”;
- Clicar “ok”;
- Clicar em faturamento/fechamento mensal;
- Informar mês e ano (MM/AAAA), sendo sempre relativo ao mês de referência;
- Clicar “ok”;
- Confirmar unidade de saúde e clicar em yes;
- Conferir na tabela apresentada, se a quantidade de numeração disponível (BPA-I) é suficiente para a quantidade de procedimentos a ser faturado;
- Clicar em avançar;
- Aguardar atualização de dados para fatura;
- Faturamento com sucesso – clicar em ok;
- Processamento concluído – clicar em ok;
- Clicar em sair;
- Clicar em imp/export/faturar BPA;
- Preencher os campos de informações do período a faturar:

o Mês/Ano inicial: retroativo a 03 meses do mês de referência;

o Apresentação: mês de referência;

o Todas as unidades de saúde devem estar rachurado.

- Clicar em ok;
- Na pergunta: Você está simulando o fechamento mensal, clicar em “no”;
- Aguardar a geração do arquivo;

- Processamento finalizado: clicar em ok;
- Clicar em sair;
- Clicar em sair.

O sistema KFC irá gerar um arquivo “PAPAMMAA.mês” que ficará disponível em Start\Run\\arquivos\KFP_APAC’S.

Copiar o arquivo gerado e colar na pasta C:\BPA.

Procedimento – Programa BPA

Receber mensalmente os arquivos já consistidos de todas as Unidades de Saúde do Hospital:

Salvar arquivos enviados na pasta C:\BPA\Unidades Acessar o programa C:\\BPA.

Informar o usuário “MESTRE” e senha “A”. Importar a produção atual:

- Clicar em “importação/importação remessa BPA-BPI”;
- Abrir pasta onde se encontram os arquivos a serem importados (BPA/Unidades);
- Clicar em ok;
- Confirmar a importação clicando em ok;
- Importação feita com sucesso: clicar em ok.

Repetir o mesmo processo para todas as Unidades de Saúde. Consistir produção:

- Clicar em operação/consistência;
- Clicar em consiste;
- Consistência concluída: ok;
- Clicar em saída. Emitir relatórios de erros:
- Clicar em relatórios;
- Clicar em produção consolidada e em seguida em individualizada:

- Rachurar apenas procedimentos com erro;
- Escolher gravar no arquivo TXT para conferência; Nessa etapa do processo não deverá apresentar mais erros.

  Após gerar o arquivo exportação compacta-lo (WinRar) e enviar para o e-mail DRS-7-Faturamento@saude.go.gov.br do Núcleo de Processamento da Produção do Serviço de Saúde.

Procedimento Fatura APAC – Programa KFP

Mensalmente, realizar o fechamento da fatura no sistema KFP:

- Acessar o sistema próprio do Faturamento "KFP";
- Clicar no ícone KFP;
- Informar usuário e senha conforme cadastro no Núcleo de Informática;
- Clicar "ok";
- Clicar em "faturamento/pré-processar cobrança";
- Conferir na tabela apresentada, se a quantidade de numeração disponível (APAC) é suficiente para a quantidade de procedimentos a ser faturado;
- Clicar em avançar;
- Aguardar atribuição de núneros de APAC's (grupo a grupo);
- Faturamento com sucesso – clicar em ok;
- Pré –processar finalizado – clicar em ok;
- Clicar em sair;
- Clicar em "faturamento/processar fatura";
- Solicitar mês a mês, sendo 03 meses atrasados e o mês atual a ser faturado. Ex: em 05/05/09 – fechamento de 04/09 pode ser apresentado cobranças de 01/09; 02/09 e 03/09;

- Clicar “ok”;
- Aguardar processamento;
- Deseja gravar em disquete – No;
- Relação de remessa será impressa – Ok;
- Processo finalizado – Ok;
- O sistema mostrará uma planilha com a informação dos grupos que apresentaram cobrança e a quantidade faturada;
- Solicitar impressão.
- O sistema KFP irá gerar arquivos mês a mês “APNOMMAA.mês” que ficará disponível em Start\Run\\arquivos\KFP_APAC’S.
- Clicar nos arquivos gerados, não DBF, compactá-los (WinRar) e enviar para o e-mail DRS-7- faturamento@saude.go.gov.br do Núcleo de Processamento da Produção do Serviço de Saúde.

Atualizar o Programa BPA-Magnético Procedimento

Verificar no site http://sia.datasus.gov.br se há versão e/ou tabela nova do programa SIA, se houver baixar a atualização da versão das mesmas em \\arquivos\scco.

Copiar a versão baixada na pasta do programa BPA. No ícone da versão clicar duas vezes e se iniciará a atualização.

FATURAMENTO DE INTERNADOS

Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Definição

Refere-se ao faturamento de procedimentos realizados em pacientes internados, hospital dia e captação de órgãos.

Documentos diversos de Faturamento Procedimento

Diariamente receber documentos vindos de diversas áreas (Imaginologia, Farmácia).

Conferir e dar recebimento na Relação de Remessa. Organizar os documentos em ordem alfabética.

Verificar no sistema KFI a situação da fatura do paciente:

- Clicar no ícone KFI;
- Informar usuário e senha conforme cadastro no Núcleo de Informática;
- Clicar “ok”;
- Clicar em “AIH” e “Consultar AIH”;
- Digitar o número do prontuário a ser consultado e <enter>;
- Se não houver nenhuma AIH com data correspondente ao documento, encaminhar para cobrança no SIA;
- Se houver alguma AIH com data correspondente ao documento, verificar a situação da AIH;
- Se estiver com a situação em aberto, entrar na AIH dando dois clics encima da AIH correspondente e verificar se está selecionado o campo “com prontuário”;
- Se não estiver selecionado o campo “com prontuário”, indica que a AIH não foi tratada, então, arquivar os documentos no Laudo de Internação;
- Se estiver selecionado o campo “com prontuário”, indica que a AIH foi tratada, então, localizar a AIH , anexar o documento, conferir e passar para os Faturistas da AIH para incluir ou alterar no sistema “KFI”;
- Se estiver com a situação encerrada, colocar o número da AIH no documento, localizar a AIH, conferir e passar para os Faturistas da AIH incluir ou alterar no sistema “KFI”;
- Se estiver com a situação faturada, colocar o número da AIH no documento, localizar conferir e anexar documento na AIH. Avaliar a necessidade de informar a chefia imediata para providências se necessário;

- Se estiver com a situação pendente, localizar a AIH , anexar o documento, conferir e passar para os Faturistas da AIH para incluir ou alterar no sistema “KFI”;
- Os documentos que sobrarem após todo o procedimento de localização deverão ser mantidos em ordem alfabética crescente;
- Nos casos de “Exames de Imagem”, independente da situação da AIH, depois de verificado o período de internação, acessar a AIH e verificar se os códigos referentes e as quantidades estão lançados corretamente na AIH;
- Se estiverem lançados, arquivar documentação separadamente;
- Se não estiverem, seguir os passos descritos acima para outros documentos, conforme a situação da AIH.

Laudos de AIH

Procedimento

- Recolher diariamente laudos de AIH no Serviço de Internação;
- Conferir e dar recebimento no livro de controle;
- Organizar os Laudos em ordem alfabética crescente;
- Intercalar com os laudos já existentes;
- Repetir o mesmo procedimento junto à (Unidade de Emergência Referenciada), sendo que a envia também os prontuários Médicos;
- Conferir e dar recebimento nas listagens da UER e distribuir de forma igualitária para os Faturistas da AIH.

Solicitar Prontuários para Faturamento AIH

Procedimento

Diariamente ou quando necessário, solicitar prontuários através do sistema KFI:

- Clicar no ícone KFI;
- Informar usuário e senha conforme cadastro no Núcleo de Informática;
- Clicar “ok”;
- Clicar em “AIH/Solicitar Prontuários”, e informar no campo “data do encerramento da internação” data da saída DD/MM/AAAA, estipulada de acordo com a necessidade e a solicitação anterior;
- No campo “data para atendimento da solicitação” informar a data desejada para receber os prontuários;
- Clicar em “Solicitar”.

Este processo deve gerar uma listagem de prontuários, no período da noite, junto ao SAM (Serviço de Arquivo Médico) que nos fornecerá os prontuários na manhã seguinte.

Retirar no SAM e Organizar os prontuários em ordem alfabética crescente.

Colocar laudo no prontuário e separar conforme complexidade (período de internação e procedimentos realizados).

Distribuir de forma igualitária para os Faturistas da AIH.

Faturamento AIH – UER/enfermarias

Procedimento

Com a posse do laudo de AIH e prontuário o Faturista deverá:

- Acessar o sistema próprio do Faturamento “KFI”;
- Clicar no ícone KFI;
- Informar usuário e senha conforme cadastro no Núcleo de Informática;
- Clicar “ok”;
- Clicar em “AIH” e “Tratar AIH”;

- Digitar o número do prontuário a ser tratado e “ok”.

O sistema mostrará as AIH’s com situação em aberto e as encerradas. Sendo que, as AIH’s em aberto podem estar com data de saída preenchida (com internações encerradas) e com a data de saída não preenchida (internações não encerradas).

Clicar 2 vezes no período a ser tratado, de acordo com o laudo.

Assinalar “com prontuário” para informar que o prontuário já chegou para cobrança. Através do prontuário, analisar, inserir, excluir e alterar no sistema os dados necessários, utilizando a Tabela Unificada/SUS, o CID (Código Internacional de Doenças), o Manual do Sistema de Internação Hospitalar e o CNES (Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde).

Salvar os dados clicando no ícone “disquete”, ordenar os procedimentos pelo ícone “ordenar procedimentos” ou numerar manualmente os procedimentos realizados.

Salvar novamente e clicar no ícone “finalizar AIH”. Voltar para tela anterior.

Atribuir Faixa Numérica No Sistema "KFI"

Procedimento

Solicitar numeração de AIH (aproximadamente 9.000 nºs estimados para 3 meses) à DRS- VII - Divisão Regional de Saúde, através do e-mail: drs7- credenciamento@saude.go.gov.br

Após liberação, entrar no site http://sistema3.saude.go.gov.br/apacaih e verificar a numeração atribuída:

Usuário: XXXXXX Senha: faturamento Séries Numéricas

Neste mesmo site, reservar aproximadamente 3.000 nºs para o CAISM: Séries Numéricas

Reserva Sistema Próprio

Informar Ano e tipo de Atendimento Clicar em Reservar

Informar quantidade a ser reservada Salvar

Entrar no sistema "KFI" informando usuário e senha:

Tabelas

Faixa Numérica Novo

Informar tipo de faixa, nº inicial e final Salvar

Simular Fechamento Fatura AIH

Procedimento – Programa KFI

Semanalmente ou quando necessário, simular o fechamento da fatura no sistema KFI:

- Acessar o sistema próprio do Faturamento "KFI";
- Clicar no ícone KFI;
- Informar usuário e senha conforme cadastro no Núcleo de Informática;
- Clicar "ok";
- Clicar em "fechamento/Simular DCIH";
- Informar data da apresentação MM/AAAA (é sempre referente ao mês que irá apresentar a fatura);
- Informar data do faturamento DD/MM/AAAA, conforme dia estabelecido pelo responsável pelo fechamento da fatura;
- Clicar em "OK".

O sistema KFI irá gerar um arquivo (Ex.: 200811AIH2079798.txt) que ficará disponível em Start\Run\\pdchc\Arquivo Prod\KFI.

Copiar o arquivo AAAAMMAIH2079798.txt e colar na pasta do programa SISAIH.

Procedimento – Programa SISAIH

Semanalmente Copiar/Colar um novo programa SISAIH. Renomear como "Apresentação MMAAAA".

Acessar o programa C:\\Apresentação MMAAAA\SISAIH.

Atualmente não informar o usuário e senha. Informar apenas o mês/ano de apresentação. Clicar "OK".

Sempre que importar uma nova produção, excluir a produção carregada anteriormente:

- Clicar em manutenção/excluir produção;
- Informar MMAAAA;
- Clicar em excluir. Importar a produção atual:
- Clicar em "manutenção/Importar/produção";
- Abrir arquivo em C:\\Apresentação MMAAAA\SISAIH e selecionar o arquivo AAAAMMAIH2079798.txt;
- Clicar em "abrir";
- Clicar no botão "importar";
- Depois de concluída a importação clicar no botão fechar;
- Clicar em "processamento/consistir produção";
- Clicar no botão "consistir".

Aguardar a consistência. Após o término da consistência, verificar o relatório gerado:

- Clicar no botão "imprimir" para visualizar os erros;
- Se houver erros, corrigir no Programa KFI.

Fechamento Mensal Fatura AIH

Procedimento – Programa KFI

Mensalmente, realizar o fechamento da fatura no sistema KFI:

- Acessar o sistema próprio do Faturamento "KFI";
- Clicar no ícone KFI;

- Informar usuário e senha conforme cadastro no Núcleo de Informática;
- Clicar “ok”;
- Clicar em “fechamento/Gerar DCIH”;
- Informar data da apresentação MM/AAAA (é sempre referente ao mês que irá apresentar a fatura);
- Informar data do faturamento DD/MM/AAAA, conforme dia estabelecido pelo responsável pelo fechamento da fatura;
- Clicar em “OK”.

O sistema KFI irá gerar um arquivo (Ex.: 200811AIH2079798.txt) que ficará disponível em Start\Run\\pdchc\Arquivo Prod\KFI.

ATUALIZAR O PROGRAMA SISAIH01 PROCEDIMENTO

Verificar no site http://sihd.datasus.gov.br se há versão nova do programa SISAIH, se houver baixar a atualização da versão em \\arquivos\scco.

Copiar a versão baixada na pasta do programa SISAIH. No ícone da versão clicar duas vezes e se iniciará a atualização:

- Na janela aberta clicar em “Run”;
- Clicar em avançar e procurar a pasta do SISAIH onde vai ser atualizado;
- Clicar em avançar, abrirá outra janela;
- Clicar em avançar, abrirá outra janela;
- Clicar em instalar e nova janela se abrirá, na qual tem a opção Ver SISAIH01_leiame.txt selecionada;
- Clicar em concluir, abrirá o arquivo SISAIH01_leiame.txt. Notepad onde consta a descrição de todas as atualizações feitas;
- Clicar no ícone SISAIH01.EXE dentro da pasta onde o programa foi atualizado abrirá nova janela;

- Clicar em atualizar;
- Clicar OK;
- Clicar em fechar para consolidar as atualizações.

Imprimir Espelhos da Fatura AIH

Procedimento – Programa SISAIH

Mensalmente, após concluído os processos de **FECHAMENTO FATURA AIH – PROGRAMA SISAIH.**

Copiar/colar no endereço \\arquivos\scco, a pasta Apresentação MM/AAAA KFI + rejeitadas.

Solicitar a impressão dos espelhos junto a Divisão de Informática do Hospital, via e-mail, com o seguinte texto: "disponibilizado na máquina \\arquivos\scco a pasta de arquivo *Apresentação MM/AAAAKFI + rejeitadas* Texto para o e-mail: "Os parâmetros de impressão são as AIH's do número "35XXXXXXXX-X ao 35XXXXXXXX-X , totalizando XXXX AIH's".

Após a impressão buscar os espelhos no NI.

Os espelhos deverão estar em ordem numérica crescente. Grampear os espelhos em suas respectivas AIH's.

Organizar e Armazenar as AIH'S Faturadas

Procedimento

Após concluir o processo **Imprimir Espelhos da Fatura AIH – Programa SISAIH,** as AIH's deverão ser mantidas nas prateleiras por três apresentações.

Decorrido este prazo deverá ser armazenado em caixas de papelão da empresa ACOPFILES e identificadas com o mês de apresentação.

Em planilha de controle, disponibilizada em \\arquivos\scco\ACOP colocar a numeração das AIH's que estão nas caixas por apresentação. As apresentações ficarão armazenadas no Serviço

de Faturamento pelo prazo de 06 apresentações.

Decorrido este prazo solicitar numeração junto ao SAM. Atualizar a planilha de controle com a numeração da caixa. Encaminhar à ACOPFILES através do SAM.

Mensalmente as caixas deverão ser solicitadas ao SAM (em média são 03 por apresentação).

Backup dos Arquivos de Fatura AIH

Procedimento

Mensalmente após concluído os processos de **FECHAMENTO FATURA AIH – PROGRAMA SISAIH,** todos os arquivos gerados do SISAIH deverão ser salvos no endereço \\arquivos\scco\Apresentações AAAA AIH.

Faturamento AIH – LEITO DIA

Procedimento

Receber semanalmente os laudos para solicitação de leito dia.

Organizar os laudos em ordem alfabética crescente, observando que em alguns casos os pacientes podem ter mais de um período de internação.

Com a posse dos laudos de internação no leito dia o Faturista deverá, todo dia 25 do mês:

- Acessar o sistema próprio do Faturamento “KFI”;
- Clicar no ícone KFI;
- Informar usuário e senha conforme cadastro no Núcleo de Informática;
- Clicar “ok”;
- Clicar em “AIH” e “Tratar AIH”;
- Digitar o número do prontuário a ser tratado e “ok”;

- Na caixa “Informe a Origem da AIH”, selecionar “Leito Dia” e “ok”;
- Assinalar “com prontuário” para informar que laudo chegou para cobrança;
- No campo “leito”, escolher o número do leito que foi utilizado na internação;
- No campo “caráter da internação” selecionar o número “**1**” (eletivo);
- No campo “Méd. solic.” Inserir o CPF do médico que assina o laudo de leito dia;
- No campo “Proc. Realizado” inserir o código SUS “**0303180072**” (Tratamento de HIV/AIDS);
- No campo “Espec. SUS” selecionar o número “**10**” (Hospital dia – AIDS);
- No campo “CID Principal” inserir o CID “**B24**”;
- No campo “Motivo da Cobrança” selecionar o número “**15**” (alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente);
- Na data de internação, colocar como data inicial 1 (um) dia útil antes do período em que a internação ocorreu e como data final 1 (um) dia após o período em que a internação ocorreu. Se houverem períodos intercalados de internação, consolidar todas as datas num período só. **Ex:** período 1 de 16/02 a 20/02 e período 2 de 26/02 a 27/02, inserir a data de internação de 15/02 a 28/02 (lembrando que a internação obrigatoriamente começa e termina em dias úteis);
- Em Procedimentos Realizados:
- Incluir na primeira linha da coluna “Procedimento“ o código “**0303180072”;**
- Incluir na primeira linha da coluna “Qtde“ o número de dias em que houve internação. Ex: seguindo o exemplo anterior, de 16/02 a 20/02 foram 4 dias e de 26/02 a 27/02 foram 2 dias, portanto inserir 6 dias;
- Incluir na primeira linha da coluna “Ato” o número “0”;
- Incluir na primeira linha da coluna “CBO” o CBO do médico que assina o laudo da internação (o procedimento aceita os CBO´s: 2231F9 – médico residente, 223115 – clínico geral, 223129 – médico generalista, 223149 – médico pediatra e 223136 – médico infectologista, sendo esse o CBO mais comum);

- Incluir na primeira linha da coluna “I. Prof.” O número “1”;
- Incluir na primeira linha da coluna “Doc. Profissional” o CPF do médico que assina o laudo da internação no leito dia.
- Salvar os dados clicando no ícone “disquete”, ordenar os procedimentos pelo ícone “ordenar procedimentos” ou numerar manualmente os procedimentos realizados;
- Salvar novamente e clicar no ícone “finalizar AIH”;
- Voltar para tela anterior.

Preparar documentação para Auditoria

Procedimento

Quando necessário, separar documentação (AIH’s + prontuários) para auditoria.

Receber relação de AIH’s.

Separar AIH’s, constantes na relação, conforme mês de apresentação. Solicitar prontuários no SAME:

- Clicar no ícone QWS3270;
- Escrever cicshcp;
- Informar usuário e senha conforme cadastro no Núcleo de Informática nos campos Userid/Password;
- <enter>;
- Digitar “zz00”;
- Informar a sigla da unidade de saúde;
- Escolher a opção 10 – Controle de prontuários e digitar no campo IMPR1 o código da impressora p538;
- Dar <enter>;

- Escolher a opção 14 – Solicitação de prontuários;

- No campo origem informar o código da área de atuação, no campo Dt envio prontuário, informar a data;

- Confirmar a alteração com “S” e digitar PF3 – menu anterior ou PF9 – fim de sessão, para sair;

Receber os prontuários do SAM.

Anexar as AIH’s como os respectivos prontuários. Disponibilizar os prontuários para os auditores.

Acompanhar auditoria, auxiliando os auditores quando solicitado. Após auditoria, separar as AIH’s dos prontuários.

Devolver prontuários ao SAME. Rejeitar as AIH’s no sistema KFI.

Tratar AIH’S Rejeitadas

Procedimento

O responsável pela Seção de AIH deve receber mensalmente via e–mail da DRS7 a listagem das AIH’s rejeitadas.

Imprimir listagem.

Retirar do arquivo, as AIH’s da apresentação do mês anterior. Escrever em todas as AIH’s os motivos de rejeição conforme lista. Separar e distribuir por usuário para rejeição e correção.

Com a posse das AIH’s rejeitadas o Faturista deve:

- Acessar o sistema próprio do Faturamento “KFI”;

- Clicar no ícone KFI;

- Informar usuário e senha conforme cadastro no Núcleo de Informática;

- Clicar “ok”;

- Clicar em “AIH” e “Rejeitar AIH”;

- Digitar o número da AIH “ok”;
- Após rejeitar todas as AIH’s, salvar e entrar em todas as contas para arrumar os erros.;
- Salvar e encerrar. Como checar:
- Devolver para o responsável organizar e checar se todas as AIH’s foram devidamente reapresentadas;
- Arquivar AIH’s no mês de apresentação atual;
- As AIH’s que forem rejeitadas e canceladas deverão ser arquivadas juntamente com a listagem de rejeições.

Tabela de Procedimentos

APAC 1ª

Consultar tabela atualizada no arquivo apac1.pdf

APAC 2ª

Consultar tabela atualizada no arquivo apac2.pdf

BPA-C

Consultar tabela atualizada no arquivo bpac.pdf

BPA-I

Consultar tabela atualizada no arquivo bpai.pdf

AIH

Consultar tabela atualizada no arquivo aih.pdf

TABELAS DE PROCEDIMENTOS DO SUS

Consiste em tabelas elaboradas e oficializadas pelo SUS, visando codificar os procedimentos e atendimentos a serem faturados pelos Serviços de Saúde, em todo o território nacional.

Os serviços hospitalares que possuem convênio com o SUS não têm autonomia para alterar, incluir ou excluir qualquer código ou classificações estabelecidas nas tabelas oficiais.

Como o Ministério da Saúde, com frequência, efetua alterações nas tabelas, elas estão apresentadas por meio de links, abaixo descritos, visando garantir sua fácil atualização.

6.4.8. Volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa.

Está demonstrado na planilha de despesas mensais no item Metodologia de Projetos.

6.4.9. Ciência e Tecnologia.

6.4.9.10. Apresentação de convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências.

O INSTITUTO PATRIS, deverá prever e prover recursos para a execução da Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde; para isso pretende expandir suas parcerias, firmar contratos e convênios com diferentes organizações como estratégia para importantes mudanças sociais. Como tal, as parcerias são ferramentas eficazes no sentido de agregar força e legitimidade às políticas públicas, na perspectiva de uma gestão compartilhada que reforce e complemente ações planejadas. Para a manutenção dos grandes desafios institucionais ao longo do ano, entendemos que a manutenção das parcerias institucionais devem sustentar as discussões, isto porque novos desafios são lançados para o surgimento do fazer acontecer as ações planejadas.

É intenção da OS promover parceiras com universidades do Estado e instituições privadas possibilitando o acesso do aluno de graduação as dependências do hospital, bem como parcerias com as escolas técnicas existentes na região.

Quanto às residências multiprofissionais, uma vez iniciadas as atividades no hospital, será discutida junto ao Governo do Estado, uma parceria com universidade e a elaboração de um projeto de residência multiprofissional, que posteriormente será enviada ao Ministério da

Educação e da Saúde para aprovação.

6.4.9.11. Parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência hospitalar e/ou de saúde pública.

O INSTITUTO PATRIS pretende criar parcerias com Centros Universitários por acreditar que o hospital é um excelente campo de pesquisa para trabalhos científicos assistenciais, administrativos e de saúde pública.

Além disso, a entidade promoverá, através de eventos específicos para a comunidade médica, parcerias e concursos para identificar temas importantes e que requerem projetos a serem implantados para a melhoria do atendimento ao paciente e seus familiares e acompanhantes.

Aliado a isso, existem parcerias a serem firmadas com o Ministério da Saúde, CAPES e INEP, com objetivo e promover e incentivar projetos que busquem a inovação tecnológica para tratamento dos pacientes, da melhoria contínua dos processos e procedimentos internos e na gestão administrativa e hospitalar da Unidade.

6.4.9.12. Apresentação de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar da unidade hospitalar.

A educação continuada é um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, destinado a atualizar e melhorar a capacitação de pessoas. É um elemento importante no funcionamento de qualquer instituição, com o objetivo de adequações de funções para melhorar a eficiência e qualificação dos colaboradores, a competência profissional e o nível de satisfação do usuário.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a educação continuada como essencial para a qualidade da assistência à saúde. Entende que auxilia no desenvolvimento dos recursos humanos, num esforço sistemático de melhorar o funcionamento dos serviços através do desempenho do pessoal.

Assim, para minimizar e qualificar as deficiências encontradas no ambiente de trabalho, será proposto à implementação da Política Institucional de Educação Permanente e Continuada

em Saúde, que tem por desafio:

1. Mobilizar os profissionais de enfermagem para resgatar a concepção voltada para o desenvolvimento de suas práticas;

2. Orientar e educar, identificar as necessidades das equipes de enfermagem que atuam nos diferentes setores para minimizar as deficiências de mão de obra;

3. Realizar treinamentos teóricos e práticos nos setores com os enfermeiros e técnicos de enfermagem para exercício diário de aprimoramento técnico/prático, para que os mesmos aperfeiçoem seu processo de trabalho (tomada de decisão, liderança, supervisão, habilidades, flexibilidade e trabalho corpo-a-corpo);

4. Ao admitir novos colaboradores será realizada a integração dos mesmos na instituição pelo enfermeiro da educação continuada, onde após a contratação será realizado prioritariamente a apresentação da área física da instituição como um todo, posteriormente irá ser entregue o cronograma de ambientação nos setores, contendo a data e horário.

O cronograma contemplará a programação das aulas teóricas e práticas tanto das aulas teóricas quanto das aulas práticas;

5. As ***aulas teóricas:*** serão ministrados conteúdos em sala de aula. Antes do início de cada aula será realizado pré-teste para avaliação do conhecimento relacionado ao assunto a ser estudado, e no final de cada aula será realizado o pós-teste para avaliar se adquiriram conhecimento suficiente para executarem suas tarefas no dia-a-dia, de forma que visem o desenvolvimento do serviço nas unidades assistenciais;

6. As ***aulas práticas:*** o enfermeiro da educação continuada irá acompanhar monitorizar, direcionar e explicar os procedimentos realizados nos setores. Os novos colaboradores estarão sendo avaliados durante a realização dos procedimentos técnicos relacionados à assistência. Estarão sendo observados quanto ao seu processo de desenvolvimento conhecimento, habilidades e comunicação no trabalho, para que possam:

- ser avaliado os resultados;

- adquirir o desenvolvimento da capacidade técnica;

- conhecer o seu perfil do colaborador;

- observar a qualidade no atendimento ao usuário;

- identificar os problemas, diagnosticando a necessidades de mudança;

- detectar formas alternativas para a correção de falhas;

- proporcionar “feedback” aos funcionários sobre o seu desempenho.

7. As formas de avaliação: Descrever a sistemática de prova no início de cada plantão

Os colaboradores novos serão avaliado no período dos 40 e 85 dias pelo enfermeiro da educação continuada junto com o enfermeiro assistencial do setor, através do *Formulário de Avaliação de Desempenho Técnico/Prático de Enfermagem*;

8. Durante o período de experiência na unidade assistencial, o enfermeiro da área deverá realizar o acompanhamento do novo colaborador, e informar ao enfermeiro da educação continuada qualquer dificuldade que o novo colaborador esteja enfrentando. O enfermeiro da educação continuada passará a acompanhar o novo colaborador para identificar possíveis fragilidades que deverão se trabalhados ainda no período de experiência.

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Serviço ligado ao Setor de Ensino e Pesquisa responsável por atuar no desenvolvimento dos Recursos Humanos (Médicos, Enfermagem e demais trabalhadores da unidade) através da educação contínua com vistas à qualidade da intervenção, em todas as áreas e profissionais das unidades. É responsável por desenvolver o agir técnico da força dos Recursos Humanos, proporcionando aprofundamento de conhecimentos dos profissionais de saúde por meio da capacitação pedagógica em várias áreas e níveis de complexidade, visando a qualificação do processo assistencial à população. Este serviço poderá desenvolver atividades em parceria com o Hospital, visando ações voltadas à comunidade.

6.5. Política de Recursos Humanos

6.5.1. Apresentação de Projeto de Desenvolvimento Humano com Pesquisa periódica de Clima Organizacional e definição de uso das Informações.

POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

Política são decisões de caráter estruturante que orientam o planejamento e a operacionalização de ações que atendam aos interesses da Instituição e de seus profissionais.

Formar quadros profissionais adequados e devidamente qualificados para servir aos diversos setores do hospital exige traçar políticas que objetivem, sobretudo, a melhoria da eficiência, eficácia e qualidade dos serviços prestados aos usuários.

A Política de Desenvolvimento de Pessoas instituída pelo INSTITUTO PATRIS será traçada em conformidade com a legislação vigente ealinhada à missão, visão, valores e objetivos estratégicos da Instituição. Desenvolvendo processos de avaliação, gestão e qualificação continuada destinada aos profissionais, a partir de uma política de desenvolvimento voltada para um melhor nível de qualidade de vida no trabalho e melhoria do clima organizacional, visando a potencialização destes como agentes de transformação social no desempenhar de suas funções.

Dessa forma, este documento, tem por objetivo definir os princípios e fundamentos focados em competências, que orientarão as ações inerentes à Gestão de Pessoas no âmbito da Unidade.

Descrição

A Política de Gestão de Pessoas do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** tem como foco oferecer as condições que proporcionem à força de trabalho o cumprimento da missão e visão da Unidade, atendendo a legislação vigente, considerando o interesse público e os valores institucionais. Prevê ações voltadas ao desenvolvimento dos recursos humanos e à qualidade de vida no trabalho.

Para maior efetividade no alcance dos objetivos institucionais, a política traçada nesse instrumento subdividir-se-á nas Políticas de:

1. Recrutamento, Seleção e Contratação de Pessoal
2. Integração (Acolhimento, Acompanhamento e orientação, Remanejamento, Readaptação e Desligamento)
3. Avaliação de Desempenho
4. Capacitação e Qualificação de Profissionais
5. Qualidade de Vida no Trabalho

Princípios

- Obediência à legislação vigente;
- Desenvolvimento do profissional vinculado aos objetivos estratégicos institucionais;
- Adequação do quadro de pessoal ajustado às competências individuais e setoriais;
- Adequação do perfil do profissional às demandas da unidade;
- Vinculação à missão da instituição e aos princípios em conformidade com o Planejamento Estratégico;
- Processo de Avaliação de Desempenho Funcional, voltado para o aprimoramento das competências comportamentais, organizacionais e gerenciais;
- Avaliação de desempenho profissional focado em competências, voltada para a gestão de resultados e melhoria da qualidade da assistência.
- Garantia de que viabilize a formação e o aperfeiçoamento técnico, gerencial e comportamental do funcionário;
- Melhoria da qualidade de vida do profissional, por meio de ações planejadas para este fim.
- Cooperação e comunicação entre os setores da unidade, para a melhoria e agilidade nos processos organizacionais.
- Co-responsabilização pela gestão – diretorias, supervisores e área de gestão de pessoas
- Qualidade do atendimento prestado ao usuário.

Diretrizes

• Admissão de profissionais provenientes de processo seletivo, obedecendo à legislação vigente e atendendo a necessidade institucional, seguindo as orientações dos órgãos superiores;

• Alocação de profissionais com o perfil adequado, alinhado com às necessidades institucionais;

• Descrição de cargos, funções, competências técnicas e comportamentais alinhadas aos objetivos e necessidades setoriais;

• Implementação do sistema de gestão por competências subsidiado pelos processos de descrição de cargos;

• Manutenção do Programa de Capacitação e Qualificação compatível com as necessidades e metas institucionais buscando oferecer aos profissionais os recursos necessários ao seu desenvolvimento;

• Monitoramento das metas pactuadas na instituição por meio dos indicadores de recursos humanos.

• Promoção da saúde, segurança e a Qualidade de Vida no Trabalho

- **Recrutamento, Seleção e Contratação de Pessoal:**

Processo Seletivo e de Admissão

Considerando o cumprimento dos princípios administrativos que regem a missão institucional da Instituição e a necessidade de imprimir medidas que promovam melhor gestão e agilidade aos procedimentos internos desta Instituição, empreendendo ações conjuntas mais céleres, confiáveis, padronizadas e efetivas nos processos de seleção de novos profissionais, serão utilizados os seguintes fluxos:

Do Processo de Seleção – Recrutamento Interno ou Externo e Seleção

Para o recrutamento interno, visando o aproveitamento do capital intelectual da Instituição, será realizado processo seletivo que verificará o atendimento às condições técnicas de exigência do cargo e poderá incluir outras espécies de avaliação, previamente estabelecidas em instrumento de recrutamento, aos profissionais interessados a participarem do processo

seletivo.

Para fins de participação no processo seletivo interno serão adotadas as seguintes medidas:

I. Divulgação ampla da existência da vaga para candidatos internos, quando do seu surgimento, através de publicações no sitio eletrônico, nos murais existentes nos postos de trabalho e através de informativos internos da Instituição;

II. Adesão voluntária dos profissionais que assim desejarem, com no mínimo 90 dias desde a data de sua admissão na Instituição, devendo ser encaminhadas a Gerência de Pessoas, as informações sobre formação acadêmica, qualificação profissional e habilidades especiais, tudo com vistas a garantir o caráter competitivo, impessoal e isonômico.

Os profissionais que tenham recebido sanções administrativas, com advertências disciplinares e suspensões nos últimos 6 (seis) meses que antecedem o certame, não poderão participar do processo seletivo interno.

Os profissionais interessados em participar de processos seletivos conduzidos pelo Instituição deverão observar os critérios e requisitos ora fixados neste Regulamento.

A análise do aproveitamento interno será realizada pela Gerência de Pessoas e a Supervisão do setor solicitante, que verificarão o atendimento as exigências estabelecidas para promoção interna.

Para o Recrutamento Externo, visando atrair candidatos externos do mercado de trabalho, será divulgado previamente na imprensa oficial, bem como por meio do sítio eletrônico do INSTITUTO PATRIS e demais sites de divulgação de vagas, no prazo mínimo de 02 dias de antecedência da realização do processo seletivo, e conterão número de vagas previstas por cargo, os prazos e devido cronograma e as condições para a participação dos candidatos.

Os Candidatos interessados em participar de processos seletivos conduzidos pela Instituição deverão observar os critérios e requisitos ora fixados no Edital.

Não poderá ter vínculo de trabalho com a Instituição os candidatos que tenham sido responsabilizados ou condenados pela prática de infração penal, civil ou administrativa nas situações descritas pela legislação eleitoral configurem hipótese de inelegibilidade.

O Processo Seletivo compreende as seguintes etapas:

I. **Primeira** Etapa, de caráter classificatório e/ou eliminatório**:** Avaliação curricular, que tomará como base a formação escolar, cursos profissionalizantes, a experiência profissional e outros dados fornecidos pelos candidatos para avaliação de sua conformidade com os requisitos mínimos exigidos. Os currículos serão recebidos dentro do prazo de inscrições estabelecidas pelo Edital de Processo Seletivo.

II. **Segunda Etapa,** de caráter eliminatório. Os candidatos que cumprirem os requisitos mínimos exigidos participarão das seguintes avaliações:

a. Teste de aptidão em Informática que tem por finalidade atestar conhecimento básico para utilização de um computador, quando necessário;

b. Testes psicológicos, que tem por finalidade: investigar, avaliar e mensurar a capacidade dos candidatos. Esta etapa contribuirá para o levantamento mais preciso do perfil destes candidatos, com o intuito de escolher dentre os recrutados o que melhor se adequar ao perfil traçado pela Instituição;

c. Dinâmicas de grupo, que tem o objetivo de avaliar competências que são caracterizadas pelo conjunto de conhecimentos, habilidades, comportamentos e aptidões que possibilitam maior probabilidade de obtenção de sucesso na execução de determinadas atividades.

III. **Terceira Etapa, de caráter classificatório e/ou eliminatório**: Avaliação Técnica, através da aplicação de prova objetiva com matérias e assuntos atinentes à vaga apresentada que possibilitem aferir o conhecimento técnico específico do profissional em sua área de atuação;

IV. **Quarta Etapa, de caráter classificatório:** Entrevista por Competências tem o objetivo de avaliar no candidato qual o grau de evidência das competências comportamentais definidas na Descrição do Cargo, para verificar o candidato que mais se adequar a vaga. A entrevista será realizada por uma banca de profissionais examinadores, bem como pelo gestor solicitante, com vistas a garantir a aplicação dos princípios da isonomia, da impessoalidade, da eficiência e do julgamento objetivo.

V. **Quinta Etapa:** Os **candidatos** aprovados na etapa anterior de seleção deverão aguardar o chamamento para entrega dos documentos de contratação exigidos pela Instituição

e passar por exame médico admissional para fins de aprovação final.

Antes da abertura do processo seletivo, será designada pela Diretoria Administrativa do INSTITUTO PATRIS uma Comissão de Processo Seletivo composta por, no mínimo, um representante da Gerência de Pessoal, um representante indicado pela Diretoria Geral e um representante do (s) Setor (es) Solicitante (s).

O representante da Gerência de Pessoal presidirá a comissão.

A Comissão irá elaborar o Termo de Referência / Edital, contendo os pré-requisitos para o processo seletivo.

A Comissão garantirá a lisura do Processo Seletivo, tendo em vista no mínimo, a observância dos princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

A classificação final gera para os candidatos selecionados apenas a expectativa de direito à contratação, sendo que a Instituição poderá deixar de convocá-los por razões supervenientes, bem como poderá revogar o processo seletivo em qualquer etapa, desde que devidamente justificado, e quando houver taxa de inscrição, está deverá ser ressarcida, se efetivamente paga e solicitada pelo candidato, em até 03 (três) meses após o ato de revogação do procedimento, sendo indevido qualquer outro tipo de indenização.

Os candidatos aprovados na entrevista final e que não forem contratados em razão do número de vagas disponíveis, ficarão no Cadastro Reserva por um período de até 12 (doze) meses e poderão ser aproveitados quando do surgimento de novas oportunidades, para os mesmos cargos que concorreram, facultando-se a aplicação de testes e exames complementares.

Será assegurado aos portadores de deficiência o direito de participação no Recrutamento e Seleção, sendo que o preenchimento dos cargos será de acordo com as proporções estabelecidas no artigo 93 da Lei 8.213/91, levando-se em consideração para atendimento da cota legal a quantidade de vagas existentes no mês de divulgação do processo seletivo.

O resultado final do processo seletivo será sempre divulgado no sítio eletrônico do INSTITUTO PATRIS, a partir da data de encerramento do processo.

Notas

- Os critérios de seleção serão impessoais e isonômicos e a classificação dos candidatos se dará pelo perfil das competências técnicas e comportamentais e experiência dos mesmos, relacionada ao cargo pretendido;

- Durante a primeira seleção para formação de equipe de atuação, será garantido cadastro reserva com o fim de cobrir qualquer desistência e manter a equipe/quadro de pessoal completo, com intuito de não haver postos de trabalho descobertos, sem prejudicar as atividades e atendimento no Hospital.

- As contratações terão prazo de experiência de 45 (quarenta e cinco) dias, podendo ser prorrogada por igual período e, após avaliação, o profissional será efetivado por tempo indeterminado, na forma da legislação vigente;

- A avaliação, ao final do segundo período do contrato de experiência, é feita pelo superior imediato através do Formulário de Avaliação de Desempenho para Contrato de

Experiência;

- Os documentos necessários para a admissão, com exceção da Carteira de Trabalho, ficarão arquivados em forma física nos dossiês próprios, na Gerência de Pessoal – GEP da Instituição, bem como na Diretoria Administrativa da unidade hospitalar, de forma digitalizada.

Normatizações e Regulamentações de Trabalho

No ato da contratação, em regime da Consolidação das Leis de Trabalho – CLT, cada profissional deverá receber orientações acerca das Regulamentações de Trabalho que deverão ser seguidas. Os profissionais da área administrativa e operacional deverão receber ainda orientações acerca das Normas de Controle de Bens Móveis e Materiais de consumo no âmbito da Instituição.

Quando houver o descumprimento da normatização de trabalho, dos protocolos, do regimento interno, das normas estatutárias, bem como de ordens expressas do superior imediato, os profissionais poderão, conforme o caso, serem advertidos, suspensos ou até mesmo demitidos sem ou por justa causa, dependendo da situação.

Processo de promoção e/ou reenquadramento de Profissionais

Conforme já explanado ao longo desta Proposta de Trabalho, dentro do contexto da

Gestão de Pessoas a Instituição possui uma política de motivação e valorização dos seus profissionais. Faz parte desta política o Recrutamento Interno, no qual seleciona os profissionais que obtiveram bons desempenhos na execução de suas ações e cujas competências os permite a ascensão e início de nova jornada com sua respectiva promoção e/ou reenquadramento. Tal procedimento passa pelos seguintes passos:

a) Após detectada a demanda pela promoção e/ou reenquadramento de profissionais, a Diretoria interessada deverá elaborar documento justificando os fatos, momento em que será aberto processo administrativo próprio e a Gerência de Pessoas será consultada sobre o preenchimento dos requisitos;

b) Os critérios de promoção e/ou reenquadramento se darão por competência, técnica, perfil, experiência, esforço e compromisso do candidato para com as atividades desta Instituição e, caso as Coordenações deliberem favoravelmente à respeito, será baixada Portaria própria e feitura dos trâmites subsequentes.

- **Política de Integração**

A Política de Integração do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será traçada no sentido de promover a gestão de pessoal, com vistas a alcançar um quadro de profissionais adequado para servir aos diversos setores da Unidade conforme perfil de competências.

No sentido de encontrar caminhos e mecanismos para a melhor integração dos profissionais à Unidade é que serão traçadas nesta Política, diretrizes que proporcionem aos profissionais um espaço que propicie um conjunto de orientações que objetivem a integração ao seu novo contexto de trabalho facilitando a adaptação do recém-admitido às rotinas, competências e atividades a serem desenvolvidas e estimular o relacionamento mais próximo e saudável entre o novo profissional e a equipe, fazendo com que no decorrer do desempenho das suas funções, estes possam sentir-se partes integrantes e responsáveis pelas suas atividades e seu local de trabalho.

Princípios

I. Promoção do acolhimento dos novos profissionais;

II. Adequação do quadro de pessoal ajustado às competências individuais e setoriais;

III. Adequação do perfil do profissional às demandas da unidade;

IV. Movimentação, remanejamento e readaptação de função dos profissionais tendo como parâmetros o perfil de competências profissionais e as atribuições do setor em questão.

Diretrizes

I. Concretização da política de integração dos profissionais por meio dos processos de:

Acolhimento, Acompanhamento/Orientação, Remanejamento, Readaptação de função e Desligamento dos profissionais;

II. Realização do processo de acompanhamento e orientação do profissional, com vistas a minimizar os fatores que estejam interferindo negativamente no seu desempenho funcional;

III. Realização do processo de mensuração do desempenho profissional dos profissionais, em função das atividades que realiza e das metas estabelecidas.

IV. Análise e acompanhamento dos índices de rotatividade de profissionais, para fins de controle e manutenção do capital intelectual da instituição, com vistas a redução dos impactos nos custos de recrutamento, seleção e treinamento.

V. Estabelecimento do Manual de Descrição de Cargos e Funções como instrumento da Política de Integração.

Acolhimento

Objetivo

Receber mediante encaminhamento, os novos profissionais e desenvolver ações que facilitem a integração do profissional recém-admitido, permitindo que o mesmo conheça da estrutura, valores e normas da Instituição da qual passa a fazer parte, assim como a expectativa da organização em relação ao seu desempenho, suas atribuições e seu papel nos processos de trabalho.

Normas e Critérios

I. proceder, obedecendo a legislação vigente, a admissão dos novos profissionais, aprovados em Processo Seletivo Simplificado e os efetivos, aprovados em Concurso Público;

II. receber os profissionais celetistas através de encaminhamento da Gerência de Pessoal com lotação previamente definida;

III. implementar o Programa de Acolhimento com o desenvolvimento de (03) três linhas de ação: Acolhimento Inicial. Treinamento Introdutório Funcional e Treinamento para a execução do Trabalho;

V. instituir o Programa de Acolhimento como principal ferramenta de socialização e instrumentalização adequada à recepção, informação e orientação do novo profissional;

VI. acolher os novos profissionais nos termos do Programa de Acolhimento da Unidade;

VII. planejar os Treinamentos Introdutórios Funcionais para periodicidade quinzenal, conforme as categorias profissionais participantes e constituí-lo como meio através do qual, as informações relevantes sobre a Instituição em termos de estrutura e recursos humanos serão apresentadas;

VIII. padronizar o treinamento para a execução do serviço conforme as peculiaridades de cada área e obrigatoriamente abranger os procedimentos de segurança adotados pela Unidade;

IX. assegurar que todos os profissionais participem do Programa de Acolhimento;

X. estabelecer periodicidade anual para avaliação do Programa de Acolhimento conforme indicadores nele estabelecidas.

Ações

As ações para a implementação do processo de acolhimento do novo profissional serão descritas no Programa de Acolhimento.

Acompanhamento e Orientação

Objetivo

Identificar e minimizar os fatores que estejam interferindo negativamente no desempenho funcional do profissional e promover sua reintegração no setor de trabalho.

Normas e Critérios.

I. O Serviço de Acompanhamento e Orientação do Profissional será acionado nas situações de:

a. solicitação de acompanhamento e orientação pela Diretoria e/ou pelo profissional e outras instâncias;

b. observância de redução continuada em termos de produtividade ou de qualidade e do não cumprimento satisfatório das funções que são atribuídas ao profissional em decorrência de situações problemas no ambiente de trabalho, situações passíveis de intervenções da Supervisão de Desenvolvimento de Pessoas;

c. demandas espontâneas;

d. situações que sejam passíveis de intervenções do DGP.

II. O serviço quando solicitado pela chefia do profissional ou pelo próprio profissional deverá ser instruído com documentos comprobatórios que venham auxiliar no processo de acompanhamento.

III. O acompanhamento deverá envolver a efetiva participação da supervisão imediata do profissional e pressupor um trabalho de apreciação sobre o desempenho funcional dos envolvidos, análise das situações apresentadas, diagnóstico das necessidades de mudança e propostas de ações corretivas e preventivas para melhorar o desempenho do profissional(a) e/ou da equipe.

Ações

I. realização de Entrevistas de Acompanhamento com o Profissional e com a Chefia;

II. mobilização dos atores que forem necessários em situações que requeiram atendimento e acompanhamento psicossocial, solução de situações de inadaptação funcional e conflitos identificados nos ambientes de trabalho;

III. verificação da adaptação do profissional, visando seu desempenho profissional, buscando alternativas nos casos de percepção de problemas funcionais ou de saúde;

IV. . intermediação de situações de desadaptação funcional;

V. instrumentalização de profissional/chefia para a busca de soluções de eventuais dificuldades, relacionadas ao trabalho ou de ordem pessoal, que possam interferir nas tarefas e no seu desenvolvimento profissional;

VI. acompanhamento da evolução dos casos de dificuldades funcionais;

VII. acionamento de instâncias superiores da Unidade, caso haja necessidade;

VIII. esgotadas as possibilidades de remanejamento na unidade, o profissional celetista ficará à disposição da Gerência de Recursos Humanos para demissão.

Remanejamento

Objetivo

Proceder à movimentação interna de funcionários conforme o interesse da Instituição buscando como parâmetros o perfil de competências profissionais, as atribuições do setor em questão e as competências do profissional.

Normas e Critérios

I. os remanejamentos ocorrerão dentro dos limites da lei, não envolvendo mudança de cargo, sendo essa possível somente por intermédio de Processo Seletivo Simplificado;

II. a efetivação do remanejamento fica condicionada à concordância da chefia imediata do setor de origem;

III. havendo discordância da chefia imediata acerca do remanejamento esta deverá apresentar justificativa à GRH;

IV. as solicitações de remanejamentos serão encaminhadas às Supervisões para ciência e após, às Diretorias responsáveis para deliberação.

V. se no momento da efetivação do remanejamento houver necessidade do mprofissional permanecer no setor de origem para contribuir no treinamento do novo profissional, o setor terá o prazo máximo de 5 dias para a liberação do mesmo.

VI. os remanejamentos internos, trocas de setores e turnos serão realizados conforme o interesse da instituição, com total transparência, atendendo a legislação vigente e atenderão as seguintes demandas:

a. Remanejamento por indicação de saúde e/ou readaptação de função temporária;

b. Remanejamento da área de enfermagem;

c. Remanejamento interno e/ou troca de turno por interesse do trabalhador;

d. Remanejamento por interesse do setor com existência de vaga;

e. Remanejamento por interesse do setor disponibilizando o profissional;

f. Remanejamento para outro setor a pedido do profissional;

g. Remanejamento por necessidade da Instituição;

h. Remanejamento por indicação de saúde e/ou readaptação de função temporária

O remanejamento por indicação de saúde será realizado para o profissional qu apresenta restrições da capacidade laborativa no desempenho de suas funções.

Normas e Critérios

1) O remanejamento ocorrerá após o retorno do processo de Readaptação de Função ao hospital com o Relatório do Médico do Trabalho do Serviço Especializado em Medicina e Segurança no Trabalho da Instituição, solicitando o remanejamento temporário do profissional até findar-se o processo de Readaptação de Função.

2) Remanejamento da área de enfermagem

O remanejamento de profissional da área de enfermagem será efetivado internamente, na própria Coordenação de Enfermagem, devendo ser solicitada diretamente à Supervisão.

Normas e Critérios

Cabe à Gerência solicitante cientificar a Gerência de Pessoal para que sejam feitos os registros necessários e em especial às alterações no sistema de gestão de pessoas.

3) Remanejamento interno e/ou troca de turno/plantão por interesse do profissional

O profissional que desejar trocar de turno/plantão poderá solicitar diretamente à sua chefia imediata.

Normas e Critérios

I. O remanejamento interno e troca de turno/plantão será possível através de abertura mde nova vaga ou permuta, dentro do próprio setor de lotação.

II. O profissional que desejar remanejamento de área de trabalho sob a mesma supervisão e deverá solicitar à esta chefia que procederá aos arranjos internos necessários.

4) Remanejamento por interesse do setor com existência de vaga

A solicitação de remanejamento em decorrência de vaga, ocorrerá nos casos em que surgir déficit em determinada área;

Normas e Critérios

I. O setor deverá encaminhar à Supervisão de Desenvolvimento de Pessoal informação do perfil a ser preenchido;

II. Havendo profissional disponível para remanejamento, à Gerência de Pessoal verificará a compatibilidade entre o perfil e as atribuições do profissional disponível e encaminhará a solicitação e as possibilidades existentes às Supervisões e, em seguida, às Diretorias para deliberação.

5) Remanejamento por interesse do setor disponibilizando o profissional

A solicitação de remanejamento por desinteresse do setor em permanecer com o profissional no seu quadro de pessoal, poderá ocorrerá em decorrência dos seguintes fatores: inadaptação, baixo desempenho, indisciplina, absenteísmo, carga horária e perfil profissional incompatível, dentre outros motivos de mesma natureza;

Normas e critérios

I. A supervisão solicitante deverá apresentar junto ao requerimento as devidas justificativas que subsidiaram a necessidade do remanejamento anexando relatório e documentos comprobatórios sobre a vida funcional do profissional;

II. É de responsabilidade da supervisão solicitante comunicar ao profissional a necessidade do remanejamento;

III. A solicitação será encaminhada às Diretorias da unidade para ciência e para prosseguimento, que poderá deliberar pelo remanejamento interno ou pela demissão.

IV. O profissional deverá aguardar no setor de trabalho em que estiver lotado e em exercício, até que movimentação seja efetivada, apresentando-se à nova seção ou Unidade na data em que for cientificado do remanejamento/remoção.

6) Remanejamento para outro setor a pedido do profissional

A solicitação de remanejamento a pedido do profissional, é possível através de abertura de nova vaga ou permuta.

Normas e Critérios

I. remanejamento a pedido do profissional deverá ser formalizada por meio de formulário próprio, que será encaminhado à GRH com o parecer da chefia imediata.

II. observada a existência de vaga no setor solicitado, será realizado entrevista com o interessado e com a chefia imediata, com o intuito de subsidiar a tomada de decisão.

III. profissional deverá aguardar na unidade em que estiver lotado até que a mudança seja efetivada, apresentando-se à nova unidade ou lotação na data em que for cientificado do deferimento do pedido.

7) Remanejamento por necessidade da Instituição

A GRH procederá aos remanejamentos necessários, com a devida anuência das chefias imediatas envolvidas, nos casos de fechamento ou abertura de setor, redimensionamento do quadro funcional, readequação de escalas de trabalho, compatibilidade entre formação/experiência profissional e atribuições a serem desenvolvidas.

Normas e Critérios

I. os remanejamentos por interesse institucional serão acompanhados pelas Diretorias, e se darão através de negociação das chefias dos setores envolvidos, buscando contemplar quando possível o interesse dos profissionais.

II. os remanejamentos por formação/experiência profissional pressupõem acordo entre as chefias das duas áreas e o profissional.

III. o remanejamento por interesse institucional poderá acarretar perda de vaga para o setor de origem do profissional, desde que não haja prejuízo para o desenvolvimento das atividades desse setor.

Considerações Gerais

Os remanejamentos dos profissionais serão pautados pela adequação aos perfis de competência pessoais, aos perfis de competência traçados no manual de Cargos e Funções e às peculiaridades setoriais.

Constitui responsabilidade da GRH informar o remanejamento à Gerência de Pessoal, via eletrônica ou através de formulário para os registros necessários, em especial às alterações no sistema de gestão de pessoas e arquivamento em dossiê.

Nos remanejamentos realizados internamente pela Coordenação de Enfermagem, esta será responsável pela informação em questão à GRH e GP para os registros necessários.

Readaptação de Função

Objetivo

Reaproveitar o profissional em outras atribuições e responsabilidades compatíveis com a sua condição de saúde em decorrência de modificações do seu estado físico ou psíquico, que acarretem limitações da sua capacidade funcional sem que haja mudança de cargo.

Normas e Critérios

I. o médico do trabalho do SESMT local procederá a avaliação do profissional e encaminhará relatório informando se haverá a necessidade de readaptação temporária até resultado final;

II. o profissional poderá ou não ser afastado de seu local de trabalho para a realização de atividades atendendo suas limitações;

III. expirado o prazo da readaptação o profissional voltará às atividades funcionais anteriores;

IV. a solicitação de readaptação de função seguirá o fluxo padronizado no mapeamento de processos da Gestão de Pessoas;

V. a efetiva readaptação ou não do profissional ocorrerá após avaliação médico pericial da Gerência de Saúde e Prevenção com o envio à Unidade do Atestado de Saúde Ocupacional.

Ações

I. A Readaptação de Função deverá ser instruída com a seguinte documentação:

a. Requerimento Diversos;

b. Requerimento a ser preenchido pelo servidor;

c. Relatório Médico – Preenchido pelo Médico Assistente;

d. Laudos de Exames;

e. Formulário Preenchido pelo RH;

f. Formulário Preenchido pelo Chefe Imediato;

II. Após, a documentação é encaminhada para autuação e prosseguimento.

III. O processo de readaptação de função envolverá ações setoriais da: Seção de Desenvolvimento de Pessoas e do SESMT.

IV. A readaptação será efetivada com o remanejamento do profissional em cargo de atribuições afins, respeitada a habilitação exigida, nível de escolaridade e equivalência de vencimentos e, na hipótese de inexistência de cargo vago, o funcionário exercerá suas atribuições como excedente, até a ocorrência de vaga.

Desligamento

Objetivo

Proceder à demissão voluntária ou involuntária do profissional celetista e analisar os principais motivos para a proposta de intervenções.

Normas e Critérios

I. Os procedimentos de desligamento serão realizados através de ação conjunta da Supervisão do profissional e da Gerência de Pessoal da Unidade;

II. A comunicação de desligamento será realizada por um responsável da Gerência de Pessoal, buscando sempre esclarecer todas as dúvidas do funcionário desligado, tais como data de recebimento da rescisão de contrato, realização de exame demissional e outras;

III. Será realizada entrevista de desligamento como instrumento investigativo das causas da rotatividade, e tabulação dos índices para as intervenções necessárias;

IV. A Entrevista de desligamento objetivará o levantamento das seguintes informações:

a. motivo do desligamento;

b. motivos secundários que não podem ser considerados como o desencadeador direto do pedido de dispensa;

c. opinião do profissional a respeito dos seguintes elementos: a unidade como um todo, o cargo ocupado, a chefia imediata, o horário de trabalho, as condições físicas e ambientais do trabalho, os benefícios oferecidos, o relacionamento interpessoal na unidade, as oportunidades percebidas de progresso, dentre outras.

d. na Ficha de Desligamento/Chefia busca-se a opinião do gestor sobre o como o ambiente organizacional favoreceu à atuação do profissional para o desempenho esperado.

- **Política de Avaliação de Desempenho**

A Avaliação de Desempenho focará em estratégias capazes de contabilizar e registrar a contribuição de cada profissional, a qualidade da execução de suas responsabilidades e da relação dessa contribuição aos objetivos e metas organizacionais.

Será realizada por meio da avaliação dos fatores de competências de modo a identificar as lacunas de desenvolvimento dos profissionais e a partir daí estruturar planos de desenvolvimentos tendo para a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional e a elevação da qualidade dos serviços prestados.

A prioridade da Política ora traçada será subsidiar o sistema de gestão por competências, mensurando o desempenho de cada profissional na instituição, em função das tarefas que desempenha, das metas que possui, das atitudes que são esperadas e dos resultados a serem alcançados, além de potencializar seu desenvolvimento.

As dificuldades na adesão a este modelo de avaliação poderão ser minimizadas com uma política eficiente de Recursos Humanos que incentive um maior comprometimento através do acompanhamento do crescimento dos profissionais nos exercícios de suas atribuições.

Desta forma, por envolver todos os colaboradores dentro da instituição, o sucesso da implantação dependerá da compreensão, confiança e aceitação geral. Para tanto, faz-se

necessário um colaborador capacitado para executar tal atribuição.

Princípios

• sistema de gestão por competências subsidiado pelos processos de descrição de cargos, avaliação de desempenho e de capacitação;

• identificação dos pontos de melhoria de gestores e profissionais.

• adequação dos profissionais a suas funções;

• identificação de discrepâncias ou carências de treinamento e estabelecer meios e programas para reduzi-las ou eliminá-las.

Diretrizes

I. efetivação da avaliação por competências através do Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho Individual;

II. aperfeiçoamento das competências técnicas, gerenciais e comportamentais dos profissionais para o alinhamento das atribuições do cargo aos setores da unidade;

III. busca de um corpo funcional comprometido com o desenvolvimento de sua missão, evidenciando um serviço de saúde prestado de forma excelente à sociedade;

IV. fortalecimento da adequação do perfil dos profissionais à Descrição de Cargos a partir de critérios abrangentes, procurando não apenas contemplar as exigências de nível de formação escolar, como também outros requisitos para as atividades do cargo como, conhecimentos, habilidades e atitudes;

V. mensuração dos dados obtidos na avaliação de desempenho de modo a relacioná-los aos objetivos e metas organizacionais para que seja traçado um plano de desenvolvimento para cada profissional.

Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho Individual

Objetivo

Mensuração do desempenho profissional do profissional celetista, em função da atividade que realiza e das metas estabelecidas, objetivando o desenvolvimento contínuo dos profissionais potencializando condições para a instalação da cultura de excelência na prestação

de serviços.

Normas e Critérios

I. A avaliação será realizada através do Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho Individual – SIADI/PDI, por meio de competências essenciais à instituição, focando em conhecimentos, habilidades e atitudes, determinantes para a eficácia profissional;

II. A Avaliação de Desempenho e a estruturação do Planos de Desenvolvimento Individuais serão realizados conforme Programa traçado.

III. O Programa de Avaliação de Desempenho constituir-se-á como ferramenta de avaliação na efetiva aplicação do SIADI/PDI;

IV. Todos os profissionais com vínculo celetista que exercem funções nas áreas: assistencial, administrativa e gerencial, serão submetidos à avaliação.

V. A avaliação de desempenho SIADI será realizada semestralmente através de formulário eletrônico disponível na internet, o qual será acessado pelo CPF e senha individual;

VI. A Avaliação será realizada pelo profissional(autoavaliação) de pelo gestor avaliador;

VII. Após a autoavaliação e a avaliação do gestor avaliador, será preenchido pelo gestor avaliador o Plano de Desenvolvimento Individual, plano que deverá ser validado pelo avaliado.

Critérios de Avaliação

1. Serão avaliados 12 (doze) fatores de qualidade funcional, de acordo com a área de atuação do profissional:

Área Assistencial	Área Administrativa	Área Gerencial
Comprometimento	Comprometimento	Comprometimento
Cumprimento de normas e procedimentos de conduta	Cumprimento de normas e Procedimentos de conduta	Cumprimento de normas e Procedimentos de conduta
Relacionamento interpessoal	Relacionamento interpessoal	Relacionamento interpessoal
Cooperação	Cooperação	Comunicação
Proatividade	Proatividade	Visão estratégica
Conhecimento de métodos e técnicas	Conhecimento de métodos e Técnicas	Conhecimento técnico gerencial
Comunicação	Comunicação	Planejamento
Pontualidade	Pontualidade	Orientação para o usuário
Auto-desenvolvimento	Auto-desenvolvimento	Auto-desenvolvimento
Auto-controle	Auto-controle	Pontualidade
Conservação de patrimônio	Conservação de patrimônio	Flexibilidade e negociação
Orientação para o usuário	Empreendedorismo	Liderança mobilizadora

2. Cada fator é avaliado por meio de duas competências:

(1) Competência Técnica – trata dos conhecimentos técnicos inerentes ao exercício da função;

(2) Competência Comportamental – trata das habilidades e atitudes presentes no desempenho das funções.

- **Plano de Desenvolvimento Individual**

  Objetivo

Subsidiado pela avaliação de desempenho descrever ações de desenvolvimento individualmente aos profissionais para o decorrer do semestre.

Normas e Critérios

I. Ao final de cada período avaliativo, será gerado relatório das pontuações obtidas pelo profissional em cada fator, que informará as competências, nas quais existem lacunas de conhecimento e/ou desempenho e que necessitam de ações de desenvolvimento.

II. Com base nesses relatórios, o gestor e o profissional traçarão o Plano de Desenvolvimento Individual - PDI, que especifica a competência a ser desenvolvida, o tipo de plano, o método e o conteúdo programático específico.

III. O PDI deve estar vinculado à prática profissional e aos resultados da avaliação de desempenho, contemplando o objetivo a ser atingido e a respectiva ação de desenvolvimento, com previsão de início e término da ação. Por exemplo: desenvolver a competência "Conhecimento de Métodos e Técnicas" - Qual oconteúdo que se refere, qual a metodologia recomendada e prazo de realização.

IV. Para as "ações de desenvolvimento" deverão ser consideradas ações que vão além daqueles treinamentos subsidiados pela unidade, que contemplarão o plano Anual, podendo ser visitas, coaching, leituras, benchmarking, etc.

V. Os Planos de Desenvolvimento Individuais serão analisados pela Gerência de Pessoal e subsidiarão o Plano Anual de Desenvolvimento, que reúne as ações de capacitação previstas para grupos de profissionais de áreas afins.

- **Política de Capacitação e Qualificação de Profissionais**

A Política de Capacitação e Qualificação dos profissionais do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** busca atender as diretrizes da Unidade, para a obtenção de um corpo funcional qualificado, com as competências necessárias ao cumprimento de suas metas e desenvolvimento de sua missão.

Implementar a Política de Capacitação e Qualificação ora traçada, significa obter como resultado profissionais possuidores de competências essenciais à execução de suas atividades, conforme as atribuições de seu cargo ou da área de sua lotação/atuação.

Com enfoque na qualificação profissional, na motivação para o trabalho e na melhoria da qualidade de vida dos profissionais, serão adotadas algumas diretrizes básicas para definir a política de capacitação e qualificação da Instituição e, consequentemente, delinear um programa de desenvolvimento dos seus recursos humanos.

A Política de Capacitação e Desenvolvimento dos profissionais do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** focará na promoção, aprimoramento e capacitação de pessoas que exerçam suas atividades na Unidade, bem como também

estimular a produção científica realizada dentro da organização e desta forma agregar valores aos profissionais e aos serviços ofertados aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Para uma Instituição que tem como objetivo fortalecer ações para o cumprimento dos objetivos estratégicos voltados à aprendizagem, a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional de seu quadro de profissionais é condição indispensável para tal finalidade.

Dessa forma a Política de capacitação será traçada no sentido de responder à necessidade de integrar, fundamentalmente os profissionais em cursos de formação e de educação continuada e como consequência favorecer aos seus profissionais no exercício pleno de suas funções e a melhoria de desempenho na Instituição.

Sob essa perspectiva o documento ora disposto resulta do esforço da atual gestão em parceria com o agrupamento multiprofissional de pessoas que compartilhem as diversas áreas de conhecimento e se propõe a estabelecer diretrizes para nortear as ações de desenvolvimento das potencialidades institucionais esperando atingir novos patamares para um serviço público de maior qualidade.

Princípios

- cumprimento das metas estabelecidas para a capacitação previstas no Contrato de Gestão;
- elaboração de Programa de Capacitação regido pelos princípios da vinculação das ações de capacitação ao planejamento estratégico e ao desenvolvimento organizacional da Instituição;
- sistema de gestão por competências, ferramenta gerencial que permite planejar, monitorar e avaliar ações de capacitação a partir da identificação dos conhecimentos, habilidades e das atitudes necessárias ao desempenho das funções;
- melhoria da eficiência, eficácia e qualidades dos serviços públicos prestados;
- garantia de Programa de capacitação que viabilize a formação e o aperfeiçoamento técnico, gerencial e comportamental do servidor;
- adequação do perfil do profissional às demandas da unidade;
- fortalecimento das ações para o cumprimento dos objetivos estratégicos voltados à aprendizagem.

Diretrizes

I. ações de capacitação voltadas à propiciar ao profissional os conhecimentos e habilidades necessários à realização de tarefas, ao planejamento das atividades da Instituição e ao seu próprio papel e à responsabilidade na implementação do Plano de Desenvolvimento Individual;

II. produção periódica de diagnóstico dos efeitos das ações desenvolvidas, tendo em vista a identificação e respostas às demandas articuladas pelo Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho Individual e os planos de desenvolvimento Individuais traçados;

III. necessidades de capacitação diagnosticadas, de forma articulada com os setores e a partir daí a consolidação do plano anual de capacitação;

IV. criação e/ou estabelecimento de processos sistemáticos de capacitação e qualificação.

V. incentivo à participação dos profissionais à ações que visem a qualificação profissional conforme critérios estabelecidos no Regulamento de Afastamento para a capacitação;

VI. capacitação dos servidores para o desempenho de cargos e funções, nos termos do Programa de Capacitação e Qualificação da Unidade;

Instrumentos

São instituídos como instrumentos da Política de Capacitação e Qualificação as seguintes ferramentas:

I. Programa de Capacitação e Qualificação dos profissionais do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** - programa que objetiva estabelecer diretrizes para as ações que visem o crescimento profissional de seus profissionais ao alcance da missão institucional e à excelência nos serviços prestados;

II. Regulamento de Afastamento para a capacitação: normatização interna que estabelece, em conformidade legal, os critérios a serem obedecidos para a dispensa ou a licença dos profissionais para a participação de eventos de capacitação fora da Unidade com o abono da frequência.

III. Portarias normatizadoras da realização dos eventos de aprendizagem na Instituição e do afastamento dos profissionais para a participação em capacitações externas;

IV. . Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho Individual e o Plano de Desenvolvimento Individual - mensuração das competências requeridas a partir de critérios pré-estabelecidos que subsidiará o Plano de Desenvolvimento Individual.

V. Levantamento de Necessidades de Treinamento e Desenvolvimento - Dimensionamento anual das necessidades de treinamento, elaborado a partir do levantamento setorial, que compreenderá as definições dos temas, as metodologias de capacitação, bem como as ações de capacitação voltadas à habilitação dos profissionais;

VI. Relatório de execução do plano anual de capacitação – documento elaborado pelo consolidado das informações sobre as ações de capacitação realizadas no ano anterior e a análise dos resultados alcançados.

- **Política de Qualidade de Vida no Trabalho**

A busca pela Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), envolve uma atitude pró-ativa das organizações frente à evolução social da classe trabalhadora e constitui um desafio para a Gerência de Pessoal. O objetivo desta Política é propor, segundo modelo teórico de Walton (1973), maior valorização do profissional, aumento da satisfação e melhoria do desempenho.

Por sua vez, a tendência da gestão do trabalho no segmento público do SUS reproduz a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde. Promover a saúde e a qualidade de vida desses profissionais passa a significar responsabilidade social e o trabalhador em saúde tornase ator principal para a melhoria do sistema de saúde no país.

Nos hospitais os trabalhadores estão expostos aos mais diversos riscos decorrentes de fatores físicos, químicos, biológicos psicossociais e ergonômicos, além de que, o trabalhador sofre sobrecarga física e emocional em função das características próprias do serviço “a arte de cuidar do outro, mas esquecer do autocuidado”, o que pode levar ao desenvolvimento de várias patologias como Obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemias, Cardiopatias, etc. Alguns maus hábitos, como o consumo exagerado de alimentos industrializados, cigarros, bebidas alcoólicas, alimentação inadequada e sedentarismo, são fatores que também colocam em risco a saúde do trabalhador.

Outra situação que impacta nas avaliações de aptidão para o trabalho é o aumento da prevalência de doenças crônicas na população em geral. Estudos demonstram que as doenças

crônicas que mais envolvem mortes prematuras e gastos no Brasil são: a doença cardiovascular e o diabetes e suas complicações. Essas doenças possuem, em linhas gerais, quatro fatores de risco em comum: sedentarismo, uso abusivo de álcool, tabagismo e alimentação não saudável.

Outrossim, ambiente estressor nos hospitais, as doenças crônicas e falta de programa de qualidade de vida favorecem para aumento das taxas de absenteísmo, o que exerce impacto negativo tanto para a qualidade da assistência prestada aos pacientes, como para a instituição, com atraso ou redução da produção e aumento dos custos operacionais. Como em um círculo vicioso, o absenteísmo retorna também com impacto negativo para os próprios trabalhadores, pois interfere nas condições laborais das equipes: aumenta a sobrecarga de trabalho, gera insatisfação nos profissionais assíduos, aumenta os riscos laborais, psicossociais, estresse, perda de qualidade de vida e adoecimento.

Nesse contexto, será traçado a Política de Qualidade de Vida PQV no trabalho do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** para a melhoria da saúde e bem-estar dos trabalhadores do hospital que interferem diretamente na qualidade da assistência e na eficiência organizacional.

Princípios

• promoção de um conjunto de ações sistematizadas e continuadas de cuidado com a saúde, bem-estar e qualidade de vida no trabalho dos profissionais do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**;

• desenvolvimento de atividades que propiciem melhor inserção no ambiente e nas relações de trabalho e que busque manter em nível elevado a satisfação profissional e pessoal dos profissionais;

• melhora do clima organizacional;

• redução do absenteísmo por adoecimento.

Diretrizes

I. incentivo à humanização do espaço de trabalho, através de ações que visem ao desenvolvimento humano, promovendo a auto-estima, o bem-estar físico e mental, o acesso à cultura e ao lazer dos profissionais;

II. identificação de riscos potenciais de saúde, através do perfil epidemiológico dos profissionais traçado;

III. elaboração de Programa de Qualidade de Vida no Trabalho alinhado ao perfil Epidemiológico do profissional traçado pelo SESMT local;

IV. encorajamento dos profissionais à mudança de seus estilos de vida através de exercícios, boa alimentação e monitoramento da saúde.

Instrumentos

Serão instituídos como instrumentos da Política de Qualidade de Vida no Trabalho as seguintes ferramentas:

a. Perfil Epidemiológico dos profissionais
b. Pesquisa de Clima Organizacional
c. Programa de Qualidade de Vida no Trabalho

- **Pesquisa de Clima Organizacional**

O termo "clima" é usado popularmente no ambiente de trabalho para expressar o sentimento de bem ou mal estar que os indivíduos vivenciam no dia-a-dia. As pessoas, de uma forma geral, usam este termo intuitivamente. De uma forma bastante simples, o clima pode ser entendido como o conceito que o indivíduo tem do seu ambiente de trabalho, em função das exigências da organização e de seus valores pessoais. Dessa forma, o clima organizacional é representado pelo resumo das percepções compartilhadas pelos funcionários a respeito de vários aspectos organizacionais.

A Pesquisa de Clima Organizacional pode avaliar os pontos convergentes e divergentes das expectativas dos funcionários em particular e da empresa em questão, buscando melhorias no nível de relacionamento com os seus clientes internos, evidenciando as questões de satisfação do colaborador, treinamentos, mudanças organizacionais, comunicação, produtividade, etc.

Para a compreensão da cultura organizacional associada aos valores dos profissionais, o setor de Gestão de Recursos Humanos deverá garantir a aplicação anual da Pesquisa de Clima Organizacional, que considere valores pessoais dos profissionais, cultura atual e desejada.

Deverá ser utilizado um instrumento que possibilite a área de Gestão de Recursos Humanos e alta direção, conhecer a opinião dos funcionários a respeito do clima organizacional, permitindo posteriormente identificar necessidades de melhorias e traçar estratégias que contribuam para o desenvolvimento da instituição. Assim sendo, o questionário a ser utilizado deverá contemplar minimamente variáveis como: imagem do hospital, ética, participação na gestão, reconhecimento do profissional, estilo de gestão, relacionamento Interpessoal, comunicação, treinamento e desenvolvimento, envolvimento e comprometimento, instalações físicas, condições de trabalho, dentre outras.

A aplicação da Pesquisa de Clima Organizacional implicará no cumprimento das seguintes etapas pelo setor de Recursos Humanos:

1. Definição do instrumento de pesquisa;
2. Definição da melhor data, considerando calendário anual de atividades do setor;
3. Divulgação ampla no âmbito do hospital para garantir percentual de participação satisfatório dos profissionais;
4. Aplicação da pesquisa;
5. Monitoramento semanal de adesão por meio de relatórios de participação;
6. Adoção de mecanismos de incentivo para a participação dos profissionais;
7. Apuração da pesquisa e tabulação dos resultados;
8. Elaboração do relatório final com propostas de ações de melhoria;
9. Encaminhamento de relatórios às lideranças;
10. Divulgação dos resultados aos profissionais.

O instrumento de coleta de dados será estruturado em duas partes distintas. A primeira parte se refere às informações do perfil do entrevistado, com perguntas que abrangem a área de atuação, função, gênero, idade, tempo de casa, turno, entre outros. A segunda parte será composta de 49 questões relativas ao clima organizacional, sendo observados aspectos como:

- Perfil dos entrevistados;

- Satisfação com o trabalho;

- Ambiente de trabalho;

- Política salarial;

- Comunicação interna;

- Treinamento e desenvolvimento;

- Relacionamento entre setores;

- Relacionamento entre colegas;

- Relacionamento com os superiores;

- Objetivos pessoais;

- Satisfação com a empresa.

Os questionários serão aplicados de maneira individual a cada funcionário que se dispôs a respondê-lo. Para garantir a participação de todos os interessados, a pesquisa de clima organizacional irá abranger todos os turnos e setores da Instituição.

Os resultados obtidos com a pesquisa serão analisados e tabulados para uma visão mais objetiva e compreensiva dos dados. Será possível verificar o nível de satisfação dos colaboradores do hospital nos mais diversos aspectos, envolvendo desde a relação com o trabalho, até o relacionamento com equipes e superiores.

Os resultados da pesquisa de clima organizacional deverão necessariamente gerar relatórios para encaminhamento às lideranças, que deverão apresentar planos de melhorias que poderão ser implementados, os quais deverão ser divulgados enquanto mecanismos de feedback aos profissionais. Também serão divulgados para todos os funcionários do Hospital, juntamente com sugestões de melhorias para os aspectos disfuncionais.

FORMULÁRIO DA PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Prezado Colaborador:

Respondendo a este questionário você estará dando sua opinião sobre diversos aspectos e a partir dos resultados obtidos, serão implementadas ações que busquem contribuir para elevar o nível de satisfação dos funcionários, por meio de estratégias elaboradas em conjunto entre estagiárias, funcionários e direção.

Nenhuma informação pessoal será divulgada. Toda informação registrada neste questionário é confidencial e somente as estagiárias terão acesso ao seu conteúdo.

Suas respostas não poderão ser identificadas porque seu nome não está no questionário.

Em cada pergunta você poderá escolher a resposta que mais se aplica a sua situação. Se você não entender qualquer pergunta, por favor, solicite auxilio da estagiária a qualquer momento.

Não há respostas certas ou erradas. Somente queremos saber a sua opinião.

A SUA OPINIÃO É MUITO IMPORTANTE!

Agradecemos muito a sua participação nessa pesquisa!

PERFIL DOS ENTREVISTADOS

1. Qual sua idade?

( ) Menor de 18 anos

( ) De 18 a 25 anos

( ) De 26 a 35 anos

( ) De 36 a 45 anos

( ) Acima de 45 anos

2. Sexo

( ) Feminino ( ) Masculino

3. Há quanto tempo trabalha no hospital?

( ) Há menos de 1 mês

( ) 1 mês a 6 meses

( ) 6 meses a 1 ano

( ) 1 a 2 anos

( ) 3 a 4 anos

( ) 5 a 7 anos

( ) 7 a 10 anos

( ) acima de 10 anos

4. Qual cargo ocupa?

_____

5. Em que setor você trabalha?

_____

6. Qual o seu turno de trabalho?

( ) Diurno

( ) Noturno

( ) Ambos

Responda ao questionário abaixo assinalando como você se sente quanto às situações apresentadas. Coloque um "X" no espaço que melhor represente seu sentimento.

Assinale somente uma das alternativas em cada um dos itens a menos que o enunciado da questão solicite mais de uma. Faça esse trabalho com **sinceridade** e sem receio, pois essa **pesquisa não é identificada**.

Se você não assinalar exatamente o que sente terá perdido uma ótima oportunidade de dar sua opinião em relação à empresa e colaborar para a melhoria das condições de seu trabalho.

VIDA PROFISSIONAL

Muito Satisfeito	,	Satisfeito	,	Insatisfeito	ou	Muito Insatisfeito

7. Em relação ao seu trabalho no hospital, como você se sente?				
8. As atividades e tarefas que executa lhe deixam:				
9. Quanto ao reconhecimento pelo trabalho que você executa você sente-se?				

10. Como você se sente em termos de segurança em relação ao seu emprego na empresa?

( ) Muito inseguro

( ) Inseguro

( ) Seguro

( ) Muito seguro

Comentários, críticas e sugestões:

_____

_____

AMBIENTE DE TRABALHO

Muito Satisfatório	,	Satisfatório	,	Insatisfatório	ou	Muito Insatisfatório

11. Como são as condições físicas de trabalho quanto a ruídos, iluminação, ventilação e temperatura?				
12. O espaço físico em seu ambiente de trabalho é:				
13. A organização e limpeza do ambiente em que trabalha é:				
14. Os equipamentos de segurança (EPI's) oferecidos para a sua proteção são:				
15. Os equipamentos e materiais necessários para desempenhar suas atividades são oferecidos de maneira:				
16. A quantidade de trabalho que você executa é:				
17. A quantidade de horas que você trabalha é:				

Comentários, críticas e sugestões:

_____

_____

REMUNERAÇÃO

18. Como você considera o salário que recebe em relação ao trabalho que executa?

( ) Injusto e baixo pelo que faço

( ) Baixo mas está compatível ao que faço

( ) Abaixo da média do mercado

( ) Justo e adequado a minha função

19. Você considera que teria facilidade em conseguir em outras empresas o mesmo salário que recebe na empresa?

( ) Sim

( ) Não

( ) As chances são poucas

( ) Não sei responder

20. Por um salário igual ao que recebe, você sairia do hospital para trabalhar em uma empresa privada?

( ) Sairia certamente

( ) Ficaria na dúvida

( ) Não sairia

( ) Certamente não sairia

Muito Satisfatório	,	Satisfatório	,	Insatisfatório	ou	Muito Insatisfatório

21. Os benefícios (transporte, refeição, alimentação, assistência médica e odontológica) oferecidos pela empresa são:				
22. A data e forma de pagamento são:				
23. A exatidão dos valores na folha de pagamento são:				

Comentários, críticas e sugestões:

_____

_____

COMUNICAÇÃO

Excelente	,	Ótimo	,	Bom	ou	Ruim

24. Como você avalia a <u>divulgação</u> da empresa relativas às políticas, ao trabalho				

desempenhado, os objetivos, metas e resultados obtidos, junto à população em geral?				
25. Como você avalia a comunicação e divulgação interna entre os trabalhadores dos diversos prédios e setores com relação a metas e objetivos que precisa atingir, atividades realizadas e resultados obtidos?				
26. De que maneira sente que suas ideias e sugestões são ouvidas pela instituição?				
27. As informações que recebe para realizar suas atividades são:				
28. Em relação às normas e regras do hospital, como horários de trabalho, procedimentos em caso de faltas e atrasos, condutas esperadas, etc., você é comunicado de maneira:				

Comentários, críticas e sugestões:

_____

_____

TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

Mais do que suficiente	,	Suficiente	,	Insuficiente	ou	Não há

29. Em relação à frequência que a empresa oferece treinamento para os colaboradores, você considera:				
30. A quantidade de treinamento que você recebe para melhor executar o seu trabalho é:				
31. Os conteúdos abordados nos treinamentos são:				
32. O incentivo que recebo para me aperfeiçoar é:				

33. Com que frequência procura se aperfeiçoar em seu trabalho com cursos e atualizações fora da empresa?

( ) Sempre

( ) Quase sempre

( ) Raramente

( ) Nunca

Comentários, críticas e sugestões:

_____

_____

RELACIONAMENTO

Excelente	,	Ótimo	,	Bom	ou	Ruim

34. Como é o relacionamento entre as pessoas da sua equipe?				
35. O relacionamento com meus colegas é:				
36. A cooperação entre as pessoas que trabalham comigo é:				
37. A interação entre os setores é:				
38. As pessoas que vem trabalhar no meu setor ficam:				

Comentários, críticas e sugestões:

_____

_____

CHEFIA

Muito Satisfatório	,	Satisfatório	,	Insatisfatório	ou	Muito Insatisfatório

39. Meu relacionamento com meu superior imediato é:				
40. Trabalhar com ele é:				

41. A maneira como ele se comunica, dá instruções e orientação é:				
42. A valorização que ele atribui a mim é:				
43. A autonomia que tenho para trabalhar com ele é:				
44. A sua disponibilidade quando necessito é:				
45. A autonomia que tenho para propor melhorias na execução do meu trabalho é:				
46. O senso de justiça dele é:				
47. A distribuição que faz do trabalho é:				
48. A atitude que tem diante de situações de conflito é:				

Comentários, críticas e sugestões:

_____

_____

MOTIVAÇÃO

	SEMPRE	QUASE SEMPRE	RARAMENTE	NUNCA
49. Você acorda pela manhã disposto e pensando nos projetos do dia.				
50. Você tem curiosidade em aprender cada vez mais a respeito de seu trabalho.				
51. Sente orgulho de dizer para seus amigos o que faz e onde trabalha.				
52. Tem interesse em assumir posições mais elevadas e vislumbra esta possibilidade.				
53. Recebe espontaneamente reconhecimento de seus superiores pelo seu trabalho.				
54. Se precisar ficar depois do horário, fica pelo prazer de mais uma tarefa concluída.				

55. Em termos de realização profissional com o trabalho que executa, como você se sente?

( ) Muito realizado

( ) Realizado

( ) Pouco realizado

( ) Não realizado

Comentários, críticas e sugestões:

_____

_____

56. Dos itens abaixo relacionados, marque **até 3 opções** que você considera, hoje, como os principais fatores que te motivam a trabalhar no Hospital:

( ) Instalações Físicas

( ) Treinamento oferecido

( ) Oportunidade de Crescimento

( ) Integração da equipe de Trabalho

( ) Autonomia

( ) Estabilidade no emprego

( ) Gostar do que faz

( ) Salário somado a benefícios

( ) Imagem da empresa

( ) Participação das decisões

( ) Ser valorizado e reconhecido pelo trabalho que executa

( ) Ser ouvido

( ) Nada

( ) Outro. Qual?_____

57. Deixe registrado mais alguma consideração, crítica ou sugestão.

_____

_____

Qual a sua opinião sobre este questionário?

( ) Completo e de fácil compreensão

( ) Completo porém extenso e de difícil compreensão

( ) Incompleto

MUITO OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO!

- **Programa de Qualidade de Vida no Trabalho**

A promoção da saúde do trabalhador baseia-se no conceito de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, boas condições de trabalho, ambiente físico limpo hábitos e estilo de vida saudável.

Diante do exposto optamos como ponto de partida para o desenvolvimento e implantação de um Programa de Qualidade de Vida – PQV a identificação das principais causas do adoecimento de trabalhador e assim definir ações para minimizar os problemas existentes e planejar estratégias para a prevenção de doenças ocupacionais através de orientações individuais e coletivas. Diante dos principais motivos do absentismo é imprescindível que o Programa, implemente os monitoramentos para: hipertensão arterial, diabetes, obesidade, e gestantes bem como a realização de campanhas para tabagismo / alcoolismo / uso de drogas, DST/AIDS, orientações sobre alimentação saudável e o incentivo à atividade física. Estas ações culminarão, também, na prevenção de doenças osteomusculares.

Um dos aspectos relevantes à promoção da saúde do trabalhador é o nutricional e através da orientação, educação e o fornecimento de alimentação adequada e equilibrada pode-se promover a saúde e prevenir doenças. Para Cooper (1982), a dieta é o alicerce sobre o qual está assentado o bem-estar total, físico e emocional do indivíduo e o desenvolvimento de um corpo saudável.

Além de alimentar-se bem o trabalhador precisa ter uma rotina atividades físicas para se manter mais dispostos e produtivos. Para atender a essa necessidade do profissional será implementado um programa a ginástica laboral, além dessa ação interna deve-se orientar para a prática de atividades físicas fora do ambiente de trabalho, porque elas trazem benefícios tanto físicos como mentais.

A saúde mental também deve ser tratada no Programa de Qualidade de Vida, pois estudos mostram em documento da Comisión de lãs Comunidades Europeias, enfermidades consideradas emergentes, como o estresse, a depressão, ansiedade, assim como a violência no trabalho, o assédio e a intimidação, são responsáveis por 18% dos problemas de saúde associados ao trabalho, uma quarta parte dos quais implica em duas semanas ou mais de ausência no ambiente da organização.

O desenvolvimento de ações de prevenção devem ser adotadas, porque a prevenção é a chave para enfrentar o peso das doenças relacionada ao trabalho e é mais eficaz e menos dispendiosa do que o tratamento e a reabilitação, neste o **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** vai atuar em diversas frentes (acompanhamento de pessoas portadoras de doença crônicas como: diabetes, pressão arterial, obesidade e gestantes) e manter as ações de prevenção e promoção à Saúde, entende-se por ações prevencionistas do trabalho, as que são motivadas pelo estudo das características locais da população envolvida, antecedendo-se aos acontecimentos reais com a elaboração de um plano de educação continuada em assuntos de promoção à Saúde.

A falta de programa de qualidade de vida no trabalho abre um imenso precedente para o adoecimento físico, mental e emocional dos trabalhadores, uma situação saudável de trabalho seria a que permitisse o desenvolvimento do indivíduo, alternando exigências e períodos de repouso, numa interação dinâmica homem-trabalho-ambiente.

O controle do absenteísmo é uma ferramenta necessária na gestão de saúde. A consolidação das informações obtidas neste controle orientará ações corretivas e preventivas a serem implementadas na busca de melhor performance da Saúde Ocupacional.

O desenvolvimento das atividades para promoção da saúde e qualidade de vida dos profissionais, estagiários e residentes será integrada, com participação multiprofissional, visando atender a demanda de forma direcionada.

Objetivos:

• Identificação de riscos potenciais de saúde, por meio de perfil epidemiológico da força de trabalho do hospital;

• Humanização do espaço de trabalho, através de ações que visem ao desenvolvimento humano;

• Promoção da autoestima e do bem-estar físico e mental;

• Incentivo a mudanças de estilos de vida através de exercícios, boa alimentação e monitoramento da saúde.

- **Programa de Educação Continuada em Promoção de Saúde**

O Programa de Educação Continuada em Promoção da Saúde deverá ser baseado nas seguintes características:

- Atuação prevencionista, abordando temas que proporcionem mudanças de hábitos que, se perpetuados ou adquiridos, poderão contribuir ou determinar o adoecimento futuro.
- Conscientizar os profissionais sobre possibilidade de viverem bem e saudáveis no ambiente de trabalho;
- As ações educativas devem considerar às características do grupo de indivíduos envolvidos, tratando de temas que incentivem a mudança de hábitos e comportamentos para assumirem cuidados, posturas, condutas e hábitos saudáveis.

A tabela abaixo apresenta os temas que deverão ser abordados nesse programa e as doenças-alvo que poderão ser evitadas nos profissionais.

Temas Abordados	Doenças-Alvo
Alimentação Saudável **Incentivo à Prática de Exercícios Físicos** **Abandono do Fumo** **Combate ao Consumo de Álcool**	Obesidade
	Hipertensão
	Diabetes
	Doenças Cardiovasculares
	Doenças Osteomusculares

As implantações de ações de controle para as principais prevalências identificadas serão desenvolvidas em conjunto com de equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogas, enfermeiras do trabalho e nutricionistas).

Os Programas de Saúde deverão seguir duas linhas de atuação: acompanhamento médico de especialista e controles da Saúde Ocupacional.

Treinamentos

Dentro do programa de educação continuada serão ministrados treinamentos com temas específicos nas datas comemorativas de prevenção a estas doenças.

- Hipertensão;

- Diabetes;
- DST/AIDS;
- Dependência Química (Alcoolismo, Tabagismo e Drogas);
- Alimentação saudável e obesidade.

➢ **Programa de Ginástica Laboral**

De acordo com um estudo publicado na Revista Brasileira de Ciências do Esporte ginástica laboral pode ser uma alternativa muito eficaz para combater a incidência de dore nas costas e lombalgias nas instituições. Além disso, a pesquisa também apontou que incentivar essa prática ajuda a corrigir a postura dos trabalhadores, indicando que os profissionais levam essa prática para o seu cotidiano. (SOC – Software Integrado de Gestão Ocupacional).

A implantação do QVT, considerando a atividade física, será do tipo preparatória (no início do expediente): visando preparação da musculatura e das articulações que serão utilizadas no trabalho, prevenindo acidentes, distensões musculares e doenças ocupacionais.

A ginástica laboral deverá incentivar a prática de atividades físicas bem como a prática de hábitos saudáveis fora do ambiente de trabalho, através de palestras.

Serão definidas estratégias para orientar o profissional sobre a importância da prevenção às doenças relacionadas ao trabalho e estabelecer treinamentos para utilização de facilitadores laborais tais como, guincho mecânico, cama hospitalar, e pontos chaves para a mobilização de pacientes restritos ao leito.

➢ **Acompanhamento Psicológico**

São vários os fatores presentes no ambiente hospitalar que influencia na qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde, como os abalos físicos e psicológicos a que estão expostos, estrutura ambiental, as jornadas duplas de trabalho, as insatisfações com o trabalho, a sobrecarga das atividades, o dimensionamento de pessoal às vezes insuficiente, o processo de trabalho desgastante, o trabalho noturno, os acidentes de trabalho e o elevado nível de tensão e stress próprio do ambiente, por estarem lidando com a vida humana.

Nesse contexto, o atendimento psicológico integra o QVT proposto pelo INSTITUTO PATRIS visando contribuir para a melhoria da saúde e bem-estar dos trabalhadores do hospital, na perspectiva de melhorar a qualidade da assistência prestada e a eficiência organizacional.

O suporte psicológico aqui apresentado, poderá ser implementado nas seguintes linhas de ação.

Divulgação

- Difundir no âmbito do hospital, informações pertinentes à saúde mental, divulgando as ações de forma direta e transparente, buscando envolver as equipes nos objetivos do programa.
- Difundir no hospital informações pertinentes ao bem-estar psíquico, por meio de palestras, panfletos, cursos rápidos "in loco" voltados para a rotina setorial, email, dentre outros.
- Promover campanhas educativas em datas comemorativas relacionadas à promoção à saúde mental.

Atividades desenvolvidas para melhoria da saúde mental:

• Ações que proporcionem melhora no bem-estar físico e mental aos profissionais da unidade.

• Suporte psicológico às equipes ou grupos de trabalho, cujas funções ou ambiente a que estão sujeitos, interfiram no equilíbrio/estabilidade emocional dos mesmos, por meio de grupos de apoio terapêutico;

• Momentos de Técnicas de Relaxamento a todos os profissionais interessados;

• Dinâmicas de Grupos em setores que apresentem relações de trabalho conflituosas, as quais estejam interferindo negativamente no alcance dos objetivos institucionais.

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

O Processo de Seleção de Pessoal e Avaliação de Pessoal são partes integrantes da Política de Gestão de Pessoas e e suas etapas foram descritas no item anterior. Serão conduzidos pela Gerência de Pessoas/Setor de Pessoal do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**.

NORMAS PARA A SELEÇÃO DE PESSOAL

- **Recrutamento e Seleção**

Processo que busca atrair candidatos para as vagas existentes. A Instituição realizará o recrutamento à luz dos requisitos e competências definidos para cada função. As vagas serão divulgadas por meio de jornais de expressiva circulação, rádio, sites de recrutamento, empresas de seleção de pessoal, centrais de apoio ao trabalhador ou outros meios de divulgação, observando os meios de comunicação disponíveis na região e obedecendo aos princípios da publicidade, da impessoalidade e da eficiência.

O conteúdo da divulgação das vagas conterá:

- As funções a serem preenchidas;
- Os requisitos exigidos para cada função;
- O local para informações, entrega de currículo e/ou inscrições.

Condições para participação

1) Ser brasileiro nato ou naturalizado ou cidadão português a quem foi deferida a

Igualdade;

2) Ter idade mínima de 18 anos;

3) Estar em dia com as obrigações eleitorais e militares;

4) Possuir o perfil e os requisitos estabelecidos para o cargo;

5) Apresentar a documentação exigida.

Requisitos Obrigatórios de Escolaridade

A escolaridade para os cargos a serem preenchidos na Instituição é exigida de acordo com o nível do cargo, conforme tabela a seguir:

Nível do Cargo	Escolaridade Exigida
Elementar	Ensino Fundamental
Médio	Ensino Médio
Técnico	Técnico completo
Superior	Ensino Superior completo
Pós Graduação	Especialização em área afim

Cotas para Portadores de Deficiência

Será assegurado aos portadores de deficiência o direito de participação no Recrutamento e Seleção de Pessoal, de acordo com as proporções estabelecidas no artigo 93 da Lei 8.213/91.

Estrangeiros

Estrangeiros podem participar do processo seletivo desde que estejam em situação legal no país e que possuam autorização do governo brasileiro para trabalhar no país. Será permitida a contratação, subcontratação de empresas e a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos previamente e por escrito autorizado pela Diretoria da Instituição.

Avaliação

De acordo com o nível do cargo, o Processo Seletivo é composto das seguintes etapas

de avaliação:

Nível do Cargo	Análise de Currículo	Entrevista	Redação	Prova de Português	Prova de Matemática	Prova de Informática	Prova de Conhecimentos	Avaliação Psicológica	Dinâmica de Grupo
Fundamental	X	X		X	X			X	
Médio	X	X	X	X	X	X		X	X
Técnico	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Superior	X	X	X					X	X
Pontuação	0 a 10	0 a 10	0 a 10	0 a 10	0 a 10	0 a 10	0 a 10	-	0 a 10
Candidato habilitado	≥7	≥ 6	≥ 6	≥ 6	≥ 6	≥ 6	≥ 6	apto	≥ 7

Para classificação final será considerada a média aritmética dos pontos obtidos em cada uma das etapas com avaliação numérica, considerando-se, também, o resultado das demais avaliações. Os candidatos habilitados serão classificados de acordo com a nota final. Em caso de empate na classificação, terá preferência, o candidato que obtiver maior pontuação na Dinâmica de Grupo.

Disposições Gerais:

O candidato é automaticamente excluído do processo seletivo quando:

- Apresentar-se após os horários definidos;
- Não comparecer a qualquer uma das etapas;
- Não apresentar a documentação exigida.

A validade do processo de seleção é de 01 (um) ano, contado a partir da data de conclusão do mesmo, podendo ser prorrogado por mais 01 (um) ano a critério da Coordenação de Recursos Humanos.

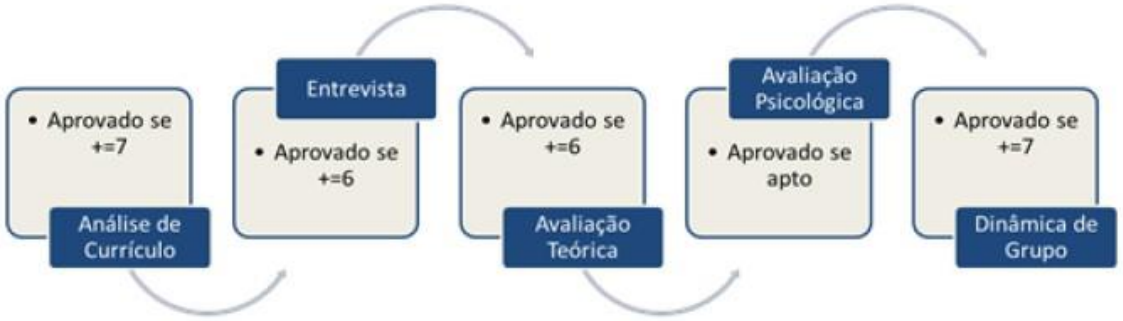
A participação do candidato no processo seletivo implica no conhecimento dos requisitos e critérios estabelecidos.

As solicitações para realização de processo de recrutamento e seleção interna devem ser realizadas por meio de “Comunicação Interna - CI” contendo o cargo a ser preenchido pelo candidato, a necessidade de experiência anterior e o perfil exigido para o cargo, a qual deve ser encaminhada ao setor de Recursos Humanos, devidamente assinada pela coordenação do setor

solicitante.

As solicitações para realização de seleção não substituem as solicitações de contratação, a qual deve ser emitida após realização do processo seletivo, conforme procedimentos específicos definidos na norma “Solicitação de Contratação de Pessoal”.

Fluxograma Para Seleção de Colaborador



Unidade de Produção

Os custos com funcionários são alocados na respectiva Unidade de Saúde com a finalidade de permitir acompanhamento de execução orçamentária.

O responsável da Unidade de Produção tem autoridade para, dentro de determinado cargo, promover um funcionário de uma faixa salarial para outra desde que estejam satisfeitos os requisitos para mudança salarial e haja dotação orçamentária.

Por determinações legais a mudança salarial só será permitida quando a função exercida for acrescida de tarefas adicionais, que exijam novas habilidades.

Salários

Fixação de Salários

Os salários correspondentes a cada cargo serão propostos pelo Setor de Pessoal.

As propostas salariais serão elaboradas sempre levando em conta:

1- Os salários de mercado obtidos por meio de pesquisa de mercado em empresas e entidades da rede privada com padrões de excelência e qualidade no atendimento para funções semelhantes;

2- O contexto regional;

3- A disponibilidade, ou não, de mão de obra e;

4- A experiência profissional do candidato.

5- Qualquer cargo poderá ter apenas um único salário uniforme sendo estabelecidas faixas distintas (horizontal), permitindo a progressão salarial conforme a ampliação das funções exercidas.

6- Exceto os respectivos dissídios de cada carreira haverá duas possibilidades de progressão salarial.

7- Ampliação de funções no mesmo cargo

8- Promoção para outro cargo.

Salários acima das Faixas Determinadas

Em casos excepcionais poderá haver posto de trabalho com remuneração acima da faixa determinada para um cargo específico.

Orçamento

A Unidade de Produção terá seu orçamento de salários determinado pela somatória dos salários de cada cargo existente na Unidade de Produção. O valor total dos cargos com faixa única de salário será dado pela simples multiplicação do número de postos autorizados pelo valor da faixa única do cargo. No caso de faixas múltiplas o valor total para efeito de orçamento será obtido multiplicando o número de postos autorizados pelo valor médio das faixas salariais.

Criação de novas funções

A criação de um novo Posto sempre resulta em aumento de custos. Por este motivo a aprovação de um novo Posto seguirá numa sequência de autorizações, respeitando todos os responsáveis pela execução orçamentária.

- **Admissão e contrato de trabalho**

Ato de dar acesso, acolher o empregado na Instituição. De acordo com o número de vagas em aberto, todos os candidatos que atendam aos requisitos do instrumento de divulgação de vagas e avancem em todas as etapas do processo de seleção, serão encaminhados para o setor de Admissão de Pessoal, devendo entregar os documentos para a formalização do contrato de trabalho conforme a legislação trabalhista em vigor e passar pelo exame médico admissional.

A data de admissão dos funcionários será a partir de acordo e/ou vigência do Contrato de Trabalho.

Documentação Exigida para Contratação:

1. Carteira do Trabalho e Previdência Social;

2. 3 Fotos 3X4.

Cópia dos seguintes documentos:

1. Carteira de Identidade – RG;

2. CPF;

3. Título de Eleitor;

4. PIS ou PASEP;

5. Certidão de Nascimento ou casamento (quando for o caso);

6. Comprovante de Residência (conta de água, luz ou telefone);

7. Certidão de Nascimento dos dependentes com idade inferior a 14 anos;

8. Cartão de Vacinação dos filhos com idade até 7 anos;

9. Carteira de Registro Profissional (CRM, COREN, CRA, etc.);

10. Certificado Militar/Reservista (colaboradores do sexo masculino);

11. Carteira de Motorista (obrigatório apenas para os cargos de motorista e mensageiro);

12. Comprovante de matrícula dos filhos menores de 14 anos (obrigatório para salário família);

13. CPF dos dependentes maiores de 18 anos;

14. Certificado de escolaridade;

15. Diploma ou declaração de conclusão de curso superior, pós graduação, especialização, mestrado, doutorado, MBA, quando for o caso (conforme nível do cargo).

- **Avaliação de Desempenho do Período de Experiência**

Após a contratação, os funcionários irão para o período de experiência, onde contém também a avaliação de desempenho do período de experiência.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

PERÍODO: Experiência de Admissão

Data da avaliação:___/___/_____
Nome do avaliador: _____
Nome do colaborador: _____
Data de admissão:___/___/_____ **Cargo:_____**
Área: _____ **Departamento: _____**

Competência	Indicadores	X
Flexibilidade Adaptação ao trabalho	Adaptação do funcionário à equipe, às atribuições e à cultura da empresa.	
	Tem-se esforçado para integrar-se à equipe, ao trabalho e à cultura da empresa.	
	Suas características pessoais são incompatíveis aos requisitos do cargo e à cultura da empresa.	
	Tem perfil comportamental oposto ao solicitado e demonstra grande dificuldade de adaptação com o cargo e a cultura da empresa.	
	Está completamente integrado à equipe, às atribuições do cargo e às normas e políticas da empresa.	
Interesse e compromisso	Nível de entusiasmo demonstrado pelo trabalho que realiza.	
	Demonstra total interesse pelo emprego e pelos seus resultados.	
	Demonstra interesse normal para um novo colaborador que está em fase de adaptação.	
	Demonstra ser uma pessoa que perde o estímulo com facilidade, necessitando de constantes doses de motivação.	
	Mostra ser uma pessoa apática, sem nenhum entusiasmo pelo trabalho.	
Relacionamento interpessoal	Capacidade de integra-se ao novo grupo de trabalho.	
	Esforça-se muito para se integrar à equipe de trabalho.	
	Integrou-se à equipe com muita facilidade.	
	Sente-se rejeitado pela equipe, tem muita dificuldade de integração.	
	Em pouco tempo tornou-se uma pessoa importantíssima para a equipe, está totalmente integrado.	
Capacidade de aprendizagem	Facilidade de absorver novas informações e colocá-la na prática em suas novas atribuições.	
	Esforça-se muito para aprender, mesmo assim é necessário repetir várias vezes a mesma informação.	
	Demonstra muita habilidade nas atividades. Executa suas atribuições sem falhas.	
	Parece aprender com facilidade suas novas tarefas.	
	Tem tanta dificuldade para aprender as tarefas que parece não ter a menor capacidade para o trabalho.	

Quais os aspectos mais favoráveis do funcionário?

_____
_____
_____

Quais os aspectos menos favoráveis do funcionário?

_____
_____
_____

Quais orientações devem ser dadas ao funcionário?

_____
_____
_____

Devolutiva ao funcionário:

_____
_____
_____

Reação do funcionário à devolutiva:

_____
_____
_____

De maneira geral, como o funcionário pode ser classificado:
( ) Fraco, sem possibilidades futuras.
( ) Tem algumas possibilidades.
( ) Possui ótimas perspectivas para o futuro.
( ) É uma excelente aquisição para a empresa.

Conclusão:
( ) Demitir
( ) Efetivar
( ) 30 dias em caráter experimental

Combate ao Absenteísmo e Estímulo à Produção

O termo absenteísmo é usado para designar as ausências dos trabalhadores (ausências legítimas ou não justificadas) no processo de trabalho, seja por falta ou atraso, devido a algum motivo interveniente. A problemática do absenteísmo tem gerado muitas discussões a respeito de suas razões objetivas e subjetivas e vários campos do conhecimento têm sido chamados a contribuir para o seu entendimento: a Psicologia, a Sociologia, a Ergonomia.

O absenteísmo tem exigido muito das organizações e de seus administradores, devido suas causas ser ligado a vários fatores, que vão desde as questões sociais, saúde, gestão de pessoas, entre outros problemas, tornando assim, este tema complexo. Seu efeito é negativo, onde a ausência dos trabalhadores diminui a produção, reflete nos indicadores de qualidade de forma negativa e como consequência repercute diretamente na economia.

O alto nível de competitividade em empresas de ponta, demanda a necessidade do perfeito equilíbrio entre produtividade e capacidade de produção estimada. Para a efetividade das mesmas, faz-se necessário à prevenção de qualquer tipo de ocorrências que reduzam a possibilidade de vantagens competitivas. Para tanto, o nível de absenteísmo deve ser reduzido até quase à escala zero, bem como a eliminação das causas. Para compreender os modelos desenvolvidos atualmente na condução das pessoas nas diversas organizações precisa-se conhecer um pouco sobre a complexidade das organizações e os modelos adotados na administração das pessoas no processo produtivo.

Assim, a Gestão de Pessoas vem para auxiliar a coordenação dos esforços das pessoas que trabalham em uma organização e que tem como objetivo tornar real a missão organizacional bem como promover a realização pessoal. Nenhuma empresa sobrevive sem esta sinergia.

Desta forma, o RH do Hospital adotará uma metodologia de gestão de pessoas cujo objetivo é trabalhar em parceria com cada colaborador, para que todos se sintam responsáveis e parceiros em busca do objetivo comum e principal da organização hospitalar que é prestar assistência à saúde com qualidade e segurança.

Nesse contexto, para combater o absenteísmo causado por motivos de saúde ocupacional (acidentes típico de trabalho, de trajeto, doenças do trabalho ou doenças ocupacionais) ou assistencial (doenças comuns, tratamentos médicos ou odontológicos, gravidez de risco, cirurgias) ou ainda por motivos que não por saúde, será implantada a Política de Qualidade de Vida no trabalho do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** descrita no item anterior, para a melhoria da saúde e bem-estar dos trabalhadores do hospital que interferem diretamente na qualidade da assistência e na eficiência organizacional que objetivará:

• promoção de um conjunto de ações sistematizadas e continuadas de cuidado com a saúde, bem-estar e qualidade de vida no trabalho dos profissionais do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó**;

• desenvolvimento de atividades que propiciem melhor inserção no ambiente e nas relações de trabalho e que busque manter em nível elevado a satisfação profissional e pessoal dos profissionais;

• melhora do clima organizacional;

• redução do absenteísmo por adoecimento.

Orientações para a conduta

1. Analisar a situação:

O absenteísmo excessivo não só prejudica o cumprimento das metas de trabalho, causando grandes dificuldades operacionais, mas também põe em dúvida a habilidade de gerentes, chefes, supervisores, em lidar com o problema. Assim, é imperativo que se controle as ausências não-justificadas.

Muitas vezes, a diferença entre supervisores com problemas de absenteísmo e aqueles sem problema é apenas o tempo que eles dedicam à análise dos índices de comparecimento ao trabalho. Esses índices podem revelar situações graves e identificar os colaboradores que estão apresentando distorções no índice de absenteísmo.

2. Demonstrar preocupação:

Demonstrar ao colaborador que se está ciente da situação e preocupado com o caso. Em geral, isso será suficiente para corrigir a situação. Contudo, se as ausências persistirem mesmo depois de demonstrar a preocupação, deve-se passar para o estágio seguinte.

3. Explicar as consequências:

Explicar ao colaborador faltoso todas as consequências de sua atitude e as dificuldades que sua ausência causa ao setor seja relembrando os aspectos da política da Unidade ou os ditames da legislação trabalhista.

Ao apontar as consequências de ausências excessivas, será levado em consideração o indivíduo. Bons colaboradores não se transformam em problemas da noite para o dia. Nesta etapa, será avaliado o relacionamento do colaborador com a chefia ou mesmo com colegas de trabalho.

4. Aplicar as normas da Unidade:

Por mais bem dirigida que seja a política da Unidade quanto ao absenteísmo, ela não terá nenhum valor, a menos que a aplique na ocasião oportuna.

5. Profissionais de Enfermagem:

Para o Serviço de Enfermagem, as faltas nos feriados e nos finais de semana, sem justificativa comprovada, significam "falta grave", uma vez que a escala de serviço foi elaborada em condições que oferecem segurança e continuidade da assistência prestada aos pacientes e o colaborador estará sujeito à suspensão de suas atividades por 01 (um) dia de trabalho.

As faltas nos dias úteis também representam um comprometimento no planejamento da assistência e na avaliação do colaborador faltoso, passível de medidas disciplinares.

6. Outros Profissionais:

A coordenação responsável pelo colaborador deverá aplicar a medida disciplinar adequada.

Prevenindo o Absenteísmo e estimulando a Produção

Para que se previna o absenteísmo e se estimule a produção por parte de toda equipe de apoio, assistencial, em geral, o INSTITUTO PATRIS implantará medidas e projetos para os colaboradores do Hospital de acordo com a Política de Gestão de Pessoas já explicitada:

1. Treinamento do colaborador recém contratado:

Será incluído na programação do treinamento introdutório a política da unidade: missão, visão, valores, regimentos, normas, protocolos. Nesta oportunidade serão abordadas as consequências do alto índice de absenteísmo para a Unidade e para a equipe de trabalho.

2. Treinamento mensal:

Este tema deverá ser incluído periodicamente nos treinamentos mensais.

3. Desenvolver uma política de reconhecimento e valorização:

Será instituída uma política de reconhecimento e valorização dos colaboradores, com salários justos, benefícios, incentivos ao desenvolvimento e participação.

Em uma gestão moderna, como a que será implantada na unidade, o ser humano deve ser reconhecido e configurar como centro das atenções de uma gestão que busca de resultados concretos. Ele é o grande desencadeador das mudanças da organização. A empresa moderna só será realmente vencedora se dedicar tempo e investimento nas pessoas, que são seus "valores humanos". Por esta razão que para combater elevados índices de absenteísmo, serão implementadas, no Hospital, programas e benefícios que devem atender a dois campos de objetivos: os da Instituição e dos colaboradores.

Medicina Preventiva

Além de disponibilizar o atendimento médico inerente a saúde ocupacional, serão implementadas ações de medicina preventiva como campanhas de vacinação, campanhas de prevenção de doenças como hipertensão, enfermidades relacionadas ao aparelho respiratório, AIDS, diabetes, saúde bucal, entre outras.

Gratificação de Assiduidade e Pontualidade

Será implantada para os profissionais de Enfermagem de nível médio, a gratificação de assiduidade e pontualidade correspondente ao valor de 10% do salário base dos profissionais que não tenham tido nenhum tipo de ausência ou atraso durante 3 (três) meses.

Programa de Ginástica Laboral

Por meio de convênio com Universidades e Faculdades poderão ser realizadas duas vezes por semana, aulas de 10 a 15 minutos de ginástica laboral, promovendo a integração entre os colaboradores e a diminuição do absenteísmo por dores lombares.

Relatórios Gerenciais

O setor de Recursos Humanos emitirá relatórios mensais de faltas indicando as ausências justificadas e não justificadas, para que sejam analisados pelos gestores dos diversos setores, objetivando o acompanhamento das faltas de cada colaborador e da sua área de atuação como um todo.

6.5.3. Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.

Para o controle de Pessoal do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** o instituirá o Programa de Tratamento de Registro de Ponto – SREP e o consequente sistema de Registro Eletrônico de Ponto dos Profissionais lotados nas unidades que compõem a estrutura operacional.

Tais normatizações estão em acordo com a legislação vigente, e considera, sobretudo, a Portaria 1510/09 do MTE, que trata da obrigatoriedade de uso de Ponto Eletrônico para controle e registro de jornada de trabalho de funcionários, além de oferecer segurança jurídica e facilitar o controle de horários.

O programa compreende o conjunto de rotinas informatizadas que tem por função tratar os dados relativos a marcação dos horários de entrada e saída, gerando relatório do Espelho de Ponto Eletrônico, o Arquivo Fonte de Dados Tratados - AFDT e Arquivo de Controle de Jornada para Efeitos Fiscais – ACJEF, devendo os referidos arquivos e relatórios serem disponibilizados aos auditores fiscais, no caso de fiscalização, sendo que os profissionais deverão cumprir a jornada de trabalho estabelecida pela Instituição, não sendo permitida a realização de horas extras, salvo quando houver autorização da Diretoria.

Para o Registro Eletrônico de Ponto, a Instituição se utilizará de equipamentos de última geração, homologados pelo Ministério do Trabalho e Emprego e que possibilitem o fiel controle e gestão dos recursos humanos. O espelho de ponto e controle de intervalos deverão ser assinados pelos profissionais e pelos superiores imediatos, sendo que a Diretoria Administrativa, com apoio do Setor de Tecnologia da Informação, é encarregada de atender ao disposto pela instituição e ao estabelecido na legislação em vigor.

Os profissionais deverão registrar no Ponto Eletrônico o horário de entrada, saída para intervalo de refeições, retorno do intervalo e no final do dia de trabalho, segundo o horário de trabalho constante da escala de trabalho / quadro de horário afixado em local visível e, caso os profissionais esqueçam de registrar o ponto eletrônico nos horários estabelecidos, os mesmos serão advertidos por escrito.

Outrossim, os ocupantes dos Cargos de Coordenação e Assessoramento Superior e dos cargos de Coordenação e Assessorias Intermediárias poderão ser dispensados do registro

eletrônico de ponto, mediante deliberação superior, podendo utilizar o Sistema Manual de Registro de Frequência.

Escalas de Trabalho

As escalas de trabalho mensais serão elaboradas pela chefia imediata, respeitando o limite e regras estabelecidos por lei.

As mesmas serão entregues ao setor de RH até 15 de antecedência do mês de competência. Desta forma, o colaborador estará ciente e apondo a sua assinatura na escala de trabalho conhecendo os seus horário e folgas com pelo menos 15 dias de antecedência.

Somente em situações de extrema necessidade será permitida a troca de plantão (horário de trabalho ou dia de serviço) com outro colega. Para tanto, a troca de plantão deverá respeitar algumas regras. A primeira refere-se à troca de dias de serviço, a qual deverá ocorrer entre o dia 1o e o dia 30 do mês da troca, visando o melhor acompanhamento do colaborador e da chefia imediata e a realização de carga horária mensal. A segunda regra refere-se à solicitação de troca, a qual deverá ser realizada com a antecedência mínima de 72 horas e mediante formulário próprio para trocas de plantão, a qual deverá ser preenchida em todos os campos, justificada e assinada pelos dois colaboradores envolvidos. A terceira regra refere-se à validade da solicitação de troca que ocorrerá somente se autorizada pelo responsável do setor/área, o qual fará o encaminhamento ao setor de RH.

Em caso de falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário.

Abaixo encontra-se exemplificado a escala de trabalho de alguns profissionais que irão compor o quadro profissional da unidade e modelos de escala genérica para os setores.

PROFISSIONAL	TURNO DE FUNCIONAMENTO	ESCALA
Médicos Especialistas - Cirurgia	12 h	12 h X 36
Médico Clínico / Generalista	12 h	12 h X 36
Médico Emergencista	12 h	12 h X 36
Médico dos Ambulatórios	12 h	12 h X 36
Médico da UTI	12 h	12 h X 36
Enfermeiro	24h - 7 dias por semana	12x36
Técnico de Enfermagem		
Laboratório		
Radiologia Convencional		
Segurança		
Recepcionista		
Fisioterapeutas diarista	6h – Escala 5x2	6h
Fisioterapeuta (plantão noturno)	12hX36	12h
Fonoaudiólogo	6h – Escala 5x2	6h
Nutricionista	6h – Escala 5x2	6h
Assistente social	6h – Escala 5x2	6h
Psicólogo	6h – Escala 5x2	8h
Terapeuta Ocupacional	6h – Escala 5x2	6h
Administrativo	8h – Escala 5x2	8h

Escala de serviço genérica para os setores – carga horária 12 h/turno

Escala 12X36

Escala de Serviço - Setor xyz			
Horário		7:00 - 19:00	19:00 - 7:00
Escala		12x36	12x36
Turno		Dia	Noite
Cargo		Enfermeiro	Enfermeiro
Profissional		Fulano	Ciclano
dom	1	folga	
seg	2		folga
ter	3	folga	
qua	4		folga
qui	5	folga	
sex	6		folga
sáb	7	folga	
dom	8	folga	folga
seg	9		folga
ter	10	folga	
qua	11		folga
qui	12	folga	
sex	13		folga
sáb	14	folga	
dom	15		folga
seg	16	folga	
ter	17		folga
qua	18	folga	
qui	19		folga
sex	20	folga	
sáb	21		folga
dom	22	folga	
seg	23		folga
ter	24	folga	
qua	25		folga
qui	26	folga	
sex	27		folga
sáb	28	folga	
dom	29		folga
seg	30	folga	

Escala de serviço genérica para os setores – carga horária 6h/turno

Escala 5X2

Escala de Serviço - Setor xyz			
Horário		7:00 - 19:00	19:00 - 7:00
Escala		5x2	5x2
Turno		Dia	Noite
Cargo		Fisioterapeuta	Fisioterapeuta
Profissional		Fulano	Ciclano
dom	1	folga	folga
seg	2		
ter	3		
qua	4		
qui	5		
sex	6		
sáb	7	folga	folga
dom	8	folga	folga
seg	9		
ter	10		
qua	11		
qui	12		
sex	13		
sáb	14	folga	folga
dom	15	folga	folga
seg	16		
ter	17		
qua	18		
qui	19		
sex	20		
sáb	21	folga	folga
dom	22	folga	folga
seg	23		
ter	24		
qua	25		
qui	26		
sex	27		
sáb	28	folga	folga
dom	29	folga	folga
seg	30		

Escala de serviço genérica para os setores – carga horária 12h/turno 30

Escala 12X60 noturno

Escala de Serviço - Setor xyz				
Horário		19:00 - 7:00	19:00 - 7:00	19:00 - 7:00
Escala		12X60	12x60	12X60
Turno		Noite	Noite	Noite
Cargo		Fisioterapeuta	Fisioterapeuta	Fisioterapeuta
Profissional		Fulano	Ciclano	Beltrano
dom	1	folga		
seg	2		folga	
ter	3			folga
qua	4	folga		
qui	5		folga	
sex	6			folga
sáb	7	folga		
dom	8		folga	
seg	9			folga
ter	10	folga		
qua	11		folga	
qui	12			folga
sex	13	folga		
sáb	14		folga	
dom	15			folga
seg	16	folga		
ter	17		folga	
qua	18			folga
qui	19	folga		
sex	20		folga	
sáb	21			folga
dom	22	folga		
seg	23		folga	
ter	24			folga
qua	25	folga		
qui	26		folga	
sex	27			folga
sáb	28	folga		
dom	29		folga	
seg	30			folga

6.5.4. Quantitativo estimado, por categoria de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em moeda corrente), por perfil de profissional, sem a incidência dos encargos patronais.

APRESENTAÇÃO DE PESSOAL TECNICO POR AREA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL				
ENFERMAGEM				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALÁRIO / MÊS**
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	3	44	CLT	R$ 7.000,00
ENFERMEIRO	24	24X72	CLT	R$ 3.066,00
ENFERMEITRO UTI	4	24X72	CLT	R$ 3.066,00
ENFERMEIRO DE INSTRUMENTADOR	4	12X36	CLT	R$ 3.066,00
TOTAL	**35**			
TECNICO EM ENFERMAGEM				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
TECNICO ENFERMAGEM	72	12X36	CLT	R$ 1.244,31
TECNICO DE ENFERMAGEM UTI	20	12X36	CLT	R$ 2.428,36
TECNICO DE HEMODIALISE	2	12X36	CLT	R$ 1.244,31
TOTAL	**94**			
FARMÁCIA				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
FARMACÊUTICO	3	12X36	CLT	R$ 5.200,00
TÉCNICO DE FARMÁCIA	4	12X36	CLT	R$ 1.506,65
TOTAL	**7**			
ALMOXARIFADO - FARMÁCIA				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	4	44H	CLT	R$ 1.537,91
TOTAL	**4**			

NUTRIÇÃO				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALÁRIO POR MÊS**
NUTRICIONISTA	1	30H	CLT	R$ 4.000,00
TOTAL	**1**			
SERVIÇO SOCIAL				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALÁRIO POR MÊS**
ASSISTENTE SOCIAL	4	30H	CLT	R$ 1.800,00
TOTAL	**4**			
PSICOLOGIA ASSISTENCIAL				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
PSICOLOGO	2	30H	CLT	R$ 3.100,00
TOTAL	**2**			
FONOAUDIOLOGIA				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
FONAUDIOLOGO	1	30H	CLT	R$ 3.050,00
TOTAL	**1**			
TERAPEUTA OCUPACIONAL				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	30H	CLT	R$ 3.000,00
TOTAL	**1**			
RECEPÇÕES - PORTARIA				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
RECEPCIONISTA	4	12X36	CLT	R$ 1.500,00
TOTAL	**4**			

NIR				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
COORDENADOR ENFERMEIRO	1	44H	CLT	R$ 6.651,47
ENFERMEIRO	4	12X36	CLT	R$ 4.368,40
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	4	12X36	CLT	R$ 1.606,04
TOTAL	**9**			
CCIH				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
COORDENADOR ENFERMEIRO CCIH	1	44H	CLT	R$ 6.651,47
TECNICO DE ENF CCIH	1	44H	CLT	R$ 2.060,93
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2	44H	CLT	R$ 1.606,04
TOTAL	**4**			
OUVIDORIA				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
COORDENADOR OUVIDORIA	1	44H	CLT	3757,08
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2	6H	CLT	1606,04
TOTAL	**3**			
FISIOTERAPIA				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
FISIOTERAPEUTA	5	30h	CLT	R$ 3.084,80
TOTAL	5			
SAME				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	4		CLT	R$ 1.606,04
TOTAL	**4**			
FATURAMENTO				

FUNÇÃO	QTDE	CARGA HORÁRIA	VÍNCULO	SALARIO POR MÊS
ANALISTA DE FATURAMENTO	1	44H	CLT	R$ 2.633,22
AUXILIAR DE FATURAMENTO	3	44H	CLT	R$ 1.800,40
TOTAL	**4**			
ROUPARIA				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
AUXILIAR DE LAVANDERIA	3	44H	CLT	R$ 1.277,33
COSTUREIRA	1	44H	CLT	R$ 1.329,00
TOTAL	**4**			
CME				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
COORDENADOR ENFERMAGEM CME	1	44H	CLT	R$ 6.651,47
TECNICO DE ENFERMAGEM CME	8	12X36	CLT	R$ 2.428,36
TOTAL	9			
LIMPEZA E CONSERVAÇÃO				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
COORDENADOR DE SERVIÇOS DE CONSERVAÇÃO	1	44H	CLT	R$ 2.970,92
AULIXIAR DE SERVIÇOS GERAIS E DE HIGIENIZAÇÃO	20	12x36	CLT	R$ 1.377,33
JARDINANEIRO / CONSERVAÇÃO	2	44H	CLT	R$ 1.377,33
TOTAL	**23**			
NUTRIÇÃO - ALIMENTAÇÃO				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
COZINHEIRO	4	12X36	CLT	R$ 2.486,00
AUXILIAR DE COZINHA	10	12X36	CLT	R$ 1.696,80
COPEIRA	4	12X36	CLT	R$ 1.696,80
TOTAL	**18**			
SESMT				

-

FUNÇÃO	QTDE	CARGA HORÁRIA	VÍNCULO	SALARIO POR MÊS
TECNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1			R$ 2.884,80
TOTAL	**1**			
TI - SUPORTE				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
COORDENADOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	1	40	CLT	R$ 6.651,47
ANALISTA DE SUPORTE	2	40H	CLT	R$ 5.800,00
TÉCNICO DE INFORMÁTICA	4	44H	CLT	R$ 2.850,00
TOTAL	**7**			
MANUTENÇÃO PREDIAL				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
COORDENADOR DE MANUTENÇÃO	1	44H	CLT	R$ 6.651,47
TÉCNICO DE MANUTENÇÃO	3	44H	CLT	2890,33
TOTAL	**4**			
QUALIDADE				

FUNÇÃO	QTDE	CARGA HORÁRIA	VÍNCULO	SALARIO POR MÊS
ENFERMEIRO DA QUALIDADE	1	44H	CLT	R$ 4.331,88
TECNICO DE ENFERMAGEM	1	44H	CLT	R$ 1.973,46
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	44H	CLT	R$ 1.606,04
TOTAL	**3**			
DIRETORIA				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
DIRETOR GERAL	1	44H	CLT	R$ 14.484,80
DIRETOR TÉCNICO - MEDICO	1	44H	CLT	R$ 12.750,00
DIRETOR ADMINISTRATIVO FINANCEIRO	1	44H	CLT	R$ 9.351,47
GERENTE DE ENFERMAGEM - RT	1	44H	CLT	R$ 9.351,47
COORDENADOR MÉDICO	1	44H	CLT	R$ 12.750,00
COODENADOR DE FARMÁCIA	1	44H	CLT	R$ 6.651,47
COODENADOR DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	1	44H	CLT	R$ 6.651,47
COORDENADOR ADMINSTRATIVO	1	44H	CLT	R$ 6.651,47
COORDENADOR APOIO OPERACIONAL	1	44H	CLT	R$ 6.651,47
TOTAL	**9**			
LABORATÓRIO				

FUNÇÃO	QTDE	CARGA HORÁRIA	VÍNCULO	SALARIO POR MÊS
COORDENADOR DE LABORATÓRIO	1	44H	CLT	R$ 4.331,88
BIOMÉDICO	6	12X36	CLT	R$ 2.714,04
TÉCNICO DE LABORATÓRIO	6	12X36	CLT	R$ 2.921,68
TOTAL	**13**			
ADMINISTRATIVOS OPERACIONAL				
FUNÇÃO	**QTDE**	**CARGA HORÁRIA**	**VÍNCULO**	**SALARIO POR MÊS**
ANALISTA DE COMPRAS E SUPRIMENTOS	1	44H	CLT	R$ 5.551,47
ANALISTA ADMINISTRATIVO FINANCEIRO	2	44H	CLT	R$ 4.200,00
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	3	44H	CLT	R$ 3.200,00
ANALISTA DE CUSTOS	4	44H	CLT	R$ 3.200,00
SECRETARIA DE POSTO	6	12X36	CLT	R$ 1.887,80
MOTORISTA	1	44H	CLT	R$ 1.784,80
COORDENADOR GESTÃO DE PESSOAS	1	44H	CLT	R$ 5.360,52
ASSISTENTE DEPARTAMENTO PESSOAL	2	44H	CLT	R$ 3.200,00
Técnico em radiologia e imagem	12	28H	CLT	R$ 2.185,73
GESSEIRO	4	12X36	CLT	R$ 2.185,73
CONDUTOR DE MACA	8	12X36	CLT	R$ 1.929,13
TOTAL	**44**			

CARGO	QTD TOTAL	ESCALA	SALÁRIO	GRATIFICAÇÃO UTI (10%)	INSALUBRIDADE (40%)	ADCIONAL NOTURNO	TOTAL PROVENTOS	PROVISÃO 13	PROVISÃO FÉRIAS	PROVISÃO TERÇO DE FÉRIAS	TOTAL FÉRIAS PROVISAO	FGTS RESULTADO	PROVISÃO FGTS SOBRE 13 E FÉRIAS	INSS PARTE EMPRESA	PROVISÃO INSS SOBRE 13 E FÉRIAS	CUSTO POR FUNCIONÁRIO	Valo da Folha Mensal
DIRETOR UNIDADE HOSP	1	44	R$ 14.000,00	R$ -	R$ 484,80		R$ 14.484,80	R$ 1.166,67	R$ 1.166,67	R$ 388,89	R$ 1.555,56	R$ 1.120,00	R$ 124,44	R$ 4.577,20	R$ 491,56	R$ 24.640,22	R$ 24.640,22
ENFERMEIRO COORD RT	3	44	R$ 7.000,00	R$ 700,00	R$ 484,80	R$ 1.166,67	R$ 9.351,47	R$ 583,33	R$ 583,33	R$ 194,44	R$ 777,78	R$ 560,00	R$ 62,22	R$ 2.955,06	R$ 245,78	R$ 15.095,64	R$ 45.286,92
ENFERMEIRO	24	24x72	R$ 3.066,00	R$ 306,60	R$ 484,80	R$ 511,00	R$ 4.368,40	R$ 255,50	R$ 255,50	R$ 85,17	R$ 340,67	R$ 245,28	R$ 27,25	R$ 1.380,41	R$ 107,65	R$ 6.970,45	R$ 167.290,68
ENF INSTRUMENTADOR	4	12x36	R$ 3.066,00	R$ 306,60	R$ 484,80	R$ 511,00	R$ 4.368,40	R$ 255,50	R$ 255,50	R$ 85,17	R$ 340,67	R$ 245,28	R$ 27,25	R$ 1.380,41	R$ 107,65	R$ 6.970,45	R$ 27.881,78
TEC ENFERMAGEM	72	12x36	R$ 1.244,31	R$ 124,43	R$ 484,80	R$ 207,39	R$ 2.060,93	R$ 103,69	R$ 103,69	R$ 34,56	R$ 138,26	R$ 99,54	R$ 11,06	R$ 651,25	R$ 43,69	R$ 3.207,97	R$ 230.973,63
TEC ENF HEMODIALISE	2	12x36	R$ 1.244,31	R$ 124,43	R$ 484,80	R$ 207,39	R$ 2.060,93	R$ 103,69	R$ 103,69	R$ 34,56	R$ 138,26	R$ 99,54	R$ 11,06	R$ 651,25	R$ 43,69	R$ 3.207,97	R$ 6.415,93
CONDUTOR DE MACA	4	12x36	R$ 1.238,00	R$ -	R$ 484,80	R$ 206,33	R$ 1.929,13	R$ 103,17	R$ 103,17	R$ 34,39	R$ 137,56	R$ 99,04	R$ 11,00	R$ 609,61	R$ 43,47	R$ 3.032,01	R$ 12.128,05
FARMACEUTICO RT	1	12x36	R$ 5.200,00	R$ -	R$ 484,80	R$ 866,67	R$ 6.551,47	R$ 433,33	R$ 433,33	R$ 144,44	R$ 577,78	R$ 416,00	R$ 46,22	R$ 2.070,26	R$ 182,58	R$ 10.693,64	R$ 10.693,64
FARMACEUTICO	3	12x36	R$ 5.200,00	R$ -	R$ 484,80	R$ 866,67	R$ 6.551,47	R$ 433,33	R$ 433,33	R$ 144,44	R$ 577,78	R$ 416,00	R$ 46,22	R$ 2.070,26	R$ 182,58	R$ 10.693,64	R$ 32.080,92
TEC FARMACIA	4	12x36	R$ 1.506,65	R$ -	R$ 484,80	R$ 251,11	R$ 2.242,56	R$ 125,55	R$ 125,55	R$ 41,85	R$ 167,41	R$ 120,53	R$ 13,39	R$ 708,65	R$ 52,90	R$ 3.551,52	R$ 14.206,09
COORD ADMINISTRATIVO	1	44	R$ 4.000,00	R$ -	R$ 484,80	R$ 666,67	R$ 5.151,47	R$ 333,33	R$ 333,33	R$ 111,11	R$ 444,44	R$ 320,00	R$ 35,56	R$ 1.627,86	R$ 140,44	R$ 8.373,11	R$ 8.373,11
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	6	44	R$ 2.000,00	R$ -	R$ 484,80	R$ -	R$ 2.484,80	R$ 166,67	R$ 166,67	R$ 55,56	R$ 222,22	R$ 160,00	R$ 17,78	R$ 785,20	R$ 70,22	R$ 4.066,89	R$ 24.401,31
SECRETARIA DE POSTO	4	12X36	R$ 1.393,00	R$ -	R$ 484,80	R$ -	R$ 1.877,80	R$ 116,08	R$ 116,08	R$ 38,69	R$ 154,78	R$ 111,44	R$ 12,38	R$ 593,38	R$ 48,91	R$ 3.026,22	R$ 12.104,87
RECEPCIONISTA	4	12X36	R$ 1.500,00	R$ -	R$ 484,80	R$ -	R$ 1.984,80	R$ 125,00	R$ 125,00	R$ 41,67	R$ 166,67	R$ 120,00	R$ 13,33	R$ 627,20	R$ 52,67	R$ 3.209,66	R$ 12.838,65
TECNICO SEG TRABALHO	1	44	R$ 2.400,00	R$ -	R$ 484,80	R$ -	R$ 2.884,80	R$ 200,00	R$ 200,00	R$ 66,67	R$ 266,67	R$ 192,00	R$ 21,33	R$ 911,60	R$ 84,27	R$ 4.752,66	R$ 4.752,66
MOTORISTA	1	44	R$ 1.300,00	R$ -	R$ 484,80	R$ -	R$ 1.784,80	R$ 108,33	R$ 108,33	R$ 36,11	R$ 144,44	R$ 104,00	R$ 11,56	R$ 564,00	R$ 45,64	R$ 2.866,77	R$ 2.866,77
COPEIRA	2	12X36	R$ 1.212,00	R$ -	R$ 484,80	R$ -	R$ 1.696,80	R$ 101,00	R$ 101,00	R$ 33,67	R$ 134,67	R$ 96,96	R$ 10,77	R$ 536,19	R$ 42,55	R$ 2.715,90	R$ 5.431,81
NUTRICIONISTA	1	30 HORAS	R$ 4.000,00	R$ -	R$ 484,80	R$ -	R$ 4.484,80	R$ 333,33	R$ 333,33	R$ 111,11	R$ 444,44	R$ 320,00	R$ 35,56	R$ 1.417,20	R$ 140,44	R$ 7.495,77	R$ 7.495,77
DENTISTA	1	30 HORAS	R$ 3.300,00	R$ -	R$ 484,80	R$ -	R$ 3.784,80	R$ 275,00	R$ 275,00	R$ 91,67	R$ 366,67	R$ 264,00	R$ 29,33	R$ 1.196,00	R$ 115,87	R$ 6.295,66	R$ 6.295,66
BUCOMAXILOFACIAL	1	30 HORAS	R$ 3.300,00	R$ -	R$ 484,80	R$ -	R$ 3.784,80	R$ 275,00	R$ 275,00	R$ 91,67	R$ 366,67	R$ 264,00	R$ 29,33	R$ 1.196,00	R$ 115,87	R$ 6.295,66	R$ 6.295,66
ASSIST SOCIAL	4	30 HORAS	R$ 1.800,00	R$ -	R$ 484,80	R$ -	R$ 2.284,80	R$ 150,00	R$ 150,00	R$ 50,00	R$ 200,00	R$ 144,00	R$ 16,00	R$ 722,00	R$ 63,20	R$ 3.724,00	R$ 14.895,99
PSICOLOGA	2	30 HORAS	R$ 3.100,00	R$ -	R$ 484,80	R$ -	R$ 3.584,80	R$ 258,33	R$ 258,33	R$ 86,11	R$ 344,44	R$ 248,00	R$ 27,56	R$ 1.132,80	R$ 108,84	R$ 5.952,77	R$ 11.905,55
FONOAUDIOLOGA	1	30 HORAS	R$ 3.050,00	R$ -	R$ 484,80	R$ -	R$ 3.534,80	R$ 254,17	R$ 254,17	R$ 84,72	R$ 338,89	R$ 244,00	R$ 27,11	R$ 1.117,00	R$ 107,09	R$ 5.867,05	R$ 5.867,05
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	30 HORAS	R$ 3.000,00	R$ -	R$ 484,80	R$ -	R$ 3.484,80	R$ 250,00	R$ 250,00	R$ 83,33	R$ 333,33	R$ 240,00	R$ 26,67	R$ 1.101,20	R$ 105,33	R$ 5.781,33	R$ 5.781,33
FISIOTERAPEUTA	5	30 HORAS	R$ 2.600,00	R$ -	R$ 484,80	R$ -	R$ 3.084,80	R$ 216,67	R$ 216,67	R$ 72,22	R$ 288,89	R$ 208,00	R$ 23,11	R$ 974,80	R$ 91,29	R$ 5.095,55	R$ 25.477,76
	153															TOTAL GERAL	R$ 726.381,85

UTI	UTI - 10 LEITOS	1	COORDENADOR INTENSIVISTA	PJ	30,5	400	12200
		1	DIARISTA	PJ	30,5	900	27450
		2	PLANTONISTA	PJ	30,5	1900	57950
SADT	SALA DE USG	1	MEDICO ULTRASSONOGRAFISFISTA	PJ	30,5	2000	61000
	SALA DE ECOCARDIOGRAMA	1	CARDIOLOGISTA	PJ	30,5	2000	61000
	SALA DE ELETROCARDIOGRAMA						
	SALA DE MAMOGRAFIA E	1	RADIOLOGISTA	PJ	30,5	2000	61000
	SALA DE RADIOLOGIA						

	LOTAÇÃO	QTDE	ÁREA DE ATUAÇÃO	VINCULO	CH	SALÁRIO
DIRETORIA	DIRETORIA	1	MÉDICO DIRETOR TÉCNICO	CLT	40	15000
	NIR	1	MÉDICO NUCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO	CLT	20	10000
	CCIH	1	MÉDICO INFECTOLOGISTA	CLT	20	10000
	UTI	1	MÉDICO INTENSIVISTA RT	CLT	20	12500
	CENTRO CIRÚGICO	1	MÉDICO COORDENADOR CENTRO CIRÚGICO	CLT	20	12500

RH MED	R$	1.683.100,00
RH CLT	R$	60.000,00

6.5.5. Quadro com o descritivo de cargos contendo resumo do perfil de todos os profissionais que irão trabalhar no Hospital e carga horária.

DESCRITIVO DE CARGOS			
CARGO	**CH**	**Descrição**	**Competências**
Coordenador de Enfermagem	44h	Gerenciar as áreas sob sua responsabilidade, através de planejamento, organização e controles, garantindo o cumprimento das metas contratuais e do planejamento estratégico, contribuindo com a gestão eficaz da instituição e o bem do paciente.	Atendimento Humanizado, Comprometimento, Foco no Resultado, Relacionamento Interpessoal, Administração de Conflitos, Comunicação, Equilíbrio Emocional, Planejamento e Organização, Visão Sistêmica e Sustentabilidade, Autodesenvolvimento.
Coordenador do Centro Cirúrgico - Enfermagem	44h	Promover assistência de enfermagem nas cirurgias realizadas no hospital; Atuar nas demais atividades do hospital para que a assistência ao paciente seja de qualidade; Cumprir e fazer cumprir as instruções sobre o funcionamento das diversas atividades sob sua responsabilidade, emanadas pela Gerência de enfermagem; Manter plantão permanente de acordo com a escala, fixando as condições para o atendimento ao paciente. Elaborar e coordenar a escala de pessoal de acordo com o movimento de cirurgias; Elaborar a programação de cirurgias que permita a preparação prévia das salas, equipamentos e materiais; Exigir que sejam feitos com rigor e para cada caso os relatórios de cirurgias e anestesia; Requisitar, controlar e registrar os materiais e produtos oriundos do almoxarifado; Apresentar	Atendimento Humanizado, Comprometimento, Foco no Resultado, Relacionamento Interpessoal, Administração de Conflitos, Comunicação, Equilíbrio Emocional, Planejamento e Organização, Visão Sistêmica e Sustentabilidade, Autodesenvolvimento.

		mensalmente à gerência de enfermagem e a diretoria geral, relatório pormenorizado das atividades do serviço no centro cirúrgico; Orientar e supervisionar o pessoal de serviços gerais com relação à higiene do centro cirúrgico; Realizar comunicação ativa entre as unidades de internação e o NIR; Coordenar a equipe de técnicos e enfermeiros do centro cirúrgico; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	
Enfermeiro Enfermeiro - Assistencial	12 x 36	Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar o processo e os serviços de assistência de enfermagem; Planejar, organizar, coordenar e avaliar as atividades técnicas e auxiliares de enfermagem nas unidades assistenciais; Elaborar, executar e participar dos eventos de capacitação da equipe de enfermagem; Implementar ações para a promoção da saúde; Participar da elaboração e execução de planos assistenciais de saúde do idoso, do adulto, do adolescente, da mulher e da criança nos âmbitos hospitalar e ambulatorial; Prestar assistência direta aos pacientes de maior complexidade técnica, graves com risco de morte e/ou que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; Participar e atuar nos programas de prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar; Realizar e participar da prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causadas aos pacientes durante a assistência de enfermagem; Participar de projetos de construção ou reforma de unidades assistenciais; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.	Atendimento Humanizado, Comprometimento, Foco no Resultado e Relacionamento Interpessoal, atenção, comportamento ético, discrição, flexibilidade, dinamismo, administração do tempo.

Enfermeiro - Centro Cirúrgico	12 x 36	Atuar e coordenar o processo de trabalho da equipe de enfermagem sob sua supervisão no âmbito do centro cirúrgico, sala de recuperação anestésica e central de material esterilizado; Prestar assistência direta aos pacientes durante os períodos pré- trans e pós-operatório nos diversos níveis de complexidade; Implementar assistência de enfermagem integral, individualizada e documentada nos períodos pré, trans e pós operatório através do sistema de assistência de enfermagem perioperatória; Planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para saúde, recepção, limpeza, secagem, avaliação de integridade e da	

		funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras; Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao emprego
Enfermeiro - Infecção Hospitalar	12 x 36	Realizar a vigilância epidemiológica e microbiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde das unidades ambulatoriais e de internação sob vigilância; Fazer prevenção e investigação de surtos; Realizar auditoria interna (visitas técnicas) das unidades de internação e aos diversos setores do hospital para detectar inadequações, bem como fornecer recomendações; Avaliar e orientar medidas de precauções por vias de transmissão junto à equipe multiprofissional; Normatizar junto com comissão de padronização o uso de germicidas hospitalares; Elaborar parecer técnico, normas e protocolos voltados para a prevenção e controle de infecções associadas à assistência à saúde, à aquisição de materiais e equipamentos, e a reformas e obras de instalações prediais; Avaliar, orientar e treinar, em conjunto com equipe multiprofissional, os profissionais da saúde, visitantes e acompanhantes quanto a procedimentos de higienização das mãos, precauções, procedimentos invasivos, limpeza, desinfecção e esterilização de produtos para a saúde e limpeza e desinfecção ambiental; Coordenar, avaliar e implementar ações para prevenção e controle de agravos relacionados às infecções relacionadas à assistência à saúde; Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao emprego.
Enfermeiro - Saúde da Mulher - Obstetrícia	12 x 36	Planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de enfermagem em gestantes e puérperas, e sua família de acordo com o modelo assistencial da Instituição; Identificar distócias obstétricas e tomar as devidas providências até a chegada do médico; Prestar assistência de enfermagem direta e cuidados de maior complexidade em todas as fases do parto; Prestar assistência à parturiente no parto normal, realizando episiotomia e episiorrafia; Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao emprego.
Enfermeiro - Terapia Intensiva	12 x 36	avaliar todas as atividades de enfermagem em pacientes adultos criticamente enfermos; Desenvolver as atividades assistenciais e propor alternativas de transformação na realidade gerencial e do

		cuidado ao paciente criticamente enfermo e/ou em situação de risco de morte; Executar as funções pertinentes à sua profissão que possa identificar intercorrências e tomar decisões imediatas sobre o atendimento do paciente critico; Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao emprego.	
Enfermeiro - Urgência e Emergência	12 x 36	Planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de enfermagem, em pacientes idosos, adultos, mulheres, adolescentes e crianças; Planejar as ações e atuar na Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade; Assistir a vítima em situação de urgência/emergência nos âmbitos hospitalar e pré-hospitalar, visando a manutenção da vida, prevenindo danos e sequelas; Conhecer e atuar nas áreas de Terapia Intensiva e Urgência/Emergência com conhecimentos específicos (Protocolo de Classificação Manchester) para ser capaz de desenvolver as atividades gerenciais e assistenciais, visando a melhoria do cuidado ao paciente em situação de urgência/emergência; Realizar o transporte intra e extrahospitalar de pacientes críticos e/ou com risco de morte; Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao emprego.	
Enfermeiro - Vigilância	12 x 36	Realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos detectados no ambiente hospitalar; Elaborar, desenvolver e manter plano de investigação em operação do sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar, prioritariamente dos óbitos maternos declarados, de mulher em idade fértil, infantil e fetal e dos óbitos por doença infecciosa e mal definidos; Apoiar ou desenvolver estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) no ambiente hospitalar, incluindo a avaliação de protocolos clínicos das DNC, em consonância com as prioridades definidas pelos gestores do Sistema Nacional de Vigilância à Saúde; Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao emprego.	
Técnico de Enfermagem	12 x 36	Atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos processos saúde-doença. Colaborar com o atendimento das necessidades de saúde dos pacientes e comunidade, em todas as faixas etárias. Promover ações de orientação e preparo do paciente para exames. Realizar cuidados de enfermagem tais como:	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.

		curativos, administração de medicamentos e vacinas, nebulizações, banho de leito, mensuração antropométrica e verificação de sinais vitais, dentre outros. Prestar assistência de enfermagem a pacientes clínicos e cirúrgicos.	
Técnico em Radiologia	28h	Executar as rotinas de armazenamento e dispensação de produtos, além do controle e manutenção do estoque de produtos e matérias-primas farmacêuticos; atender as prescrições médicas dos medicamentos.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Técnico de Farmácia	12 x 36	Executar as rotinas de armazenamento e dispensação de produtos, além do controle e manutenção do estoque de produtos e matérias-primas farmacêuticos; atender as prescrições médicas dos medicamentos.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Assistente Administrativo	44h	Executar serviços de apoio administrativo nas áreas: Administração Local, Custos e áreas afins delineadas pela coordenação local, atendendo fornecedores e clientes, fornecendo e recebendo informações sobre produtos e serviços; preparando relatórios e planilhas; tratando de documentos variados e cumprindo todo o procedimento necessário referente aos mesmos. Executar serviços gerais de escritórios.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Auxiliar de Almoxarifado	44h	Recepcionar, conferir, inspecionar, armazenar e fornecer materiais e produtos, mediante documentação necessária. Fazer os lançamentos da movimentação de entradas e saídas e controlam os estoques. Distribuir produtos e materiais a serem expedidos. Organizar o almoxarifado para facilitar a movimentação dos itens armazenados e a armazenar	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Analista de Faturamento	44h	Executar a codificação e faturamento dos procedimentos realizados na instituição, internos e ambulatoriais para apresentar cobrança a Secretaria de Saúde; Executar serviços de apoio nas áreas de administração; controle de internações com ênfase no cumprimento das metas estabelecidas no contrato com o SUS. Receber e fornecer prontuários e informações de procedimentos quando solicitados por pessoas legalmente autorizadas; Realizar a guarda do prontuário e garantir a confidencialidade das informações; tratar de documentos variados, cumprindo todo o procedimento necessário referente aos mesmos; preparar relatórios e planilhas; executar serviços gerais de escritórios	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Analista Administrativo - Administração Hospitalar	44h	Planejar, organizar, controlar e assessorar as unidades nas áreas de gestão de pessoas, patrimônio, materiais, informações, financeira, tecnológica, entre outras; Implementar programas e projetos; Elaborar planejamento organizacional; Promover estudos de racionalização e	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.

		controlar o desempenho da unidade; Prestar auditoria interna de qualidade seguindo metodologia adotada pela Empresa; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.	
Analista Administrativo - Administração	44h	Pesquisar, analisar, planejar, dirigir, controlar, elaborar e executar projetos, ações e tarefas nos campos da administração financeira e orçamentária, de custos, gestão de pessoas, suprimentos, logística, administração geral e outros; Preparar planos e projetos para orientar os dirigentes e demais técnicos de outros campos de conhecimento quanto à aplicação das ferramentas administrativas mais adequadas; Avaliar e acompanhar planos de ação de curto, médio e longo prazo, assim como programas e projetos específicos, com vistas à obtenção de subsídios e incentivos; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Analista Administrativo - Contabilidade	44h	Elaborar e controlar balancetes, emitir relatórios periódicos com os dados contábeis da Instituição; Controlar e orientar o processamento de contas a pagar e a receber; Orientar os serviços de apropriação, de apuração e de rateio de custos; Coordenar o inventário físico dos bens patrimoniais e emitir relatórios; Assessorar a Empresa no acompanhamento e na supervisão dos sistemas contábil, financeiro, orçamentário e patrimonial; Pesquisar legislação pertinente à área de atuação; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Analista de Tecnologia da Informação - Suporte de Redes	44h	Executar ações de acompanhamento, planejamento, otimização, resolução de problemas técnicos e suporte técnico de rede; Criar políticas de segurança e prevenção contra invasões físicas e/ou lógicas; Criar e manter rotinas de backup; Projetar, administrar, configurar e prestar manutenção em redes de computadores e segurança de recursos da rede; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Assistente departamento pessoal/RH	44h	Executar os serviços do departamento pessoal, controlando o cartão ponto, estabelecendo contratos de trabalho, auxiliando o fechamento da folha de pagamento, demitindo corretamente e evitando problemas trabalhistas futuros.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Auxiliar Administrativo	44h	Executam serviços de apoio no setor de atuação; atendem fornecedores e clientes, fornecendo e recebendo informações sobre produtos e serviços; tratam de documentos variados, cumprindo todo o procedimento necessário referente aos mesmos	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.

Assistente Social -	30h	Prestar assistência aos usuários, familiares, sociedade e equipe com intuito de garantir direitos referentes a Seguridade Social (Saúde, Assistência e Previdência Social). Trabalha com fortalecimento de vínculos na perspectiva de incentivar o usuário, sua família e sociedade a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, democratizando informações e fortalecendo o exercício da cidadania.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Coordenador do NIR	44h	Organizar e supervisionar a rotina de atividades dos auxiliares, enfermeiros e técnicos de enfermagem do setor; Registrar e transcrever informações, atendendo a necessidades do cliente interno e externo; Realizar busca ativa para o efetivo monitoramento dos pacientes desde a sua chegada à instituição, processo de internação, movimentação, alta, óbito e transferência; Manter o fluxo de informação entre o hospital e a central de regulação, referente às solicitações realizadas; Interagir com a equipe interna garantindo o fluxo contínuo de informação referente à movimentação do paciente e transferências; Apresentar mensalmente à gerência de enfermagem e a diretoria geral, relatórios e indicadores das atividades dos processos sob sua responsabilidade; Verificar a disponibilidade de vagas e outros serviços na Instituição; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Formação em Enfermagem Atendimento Humanizado, Comprometimento, Foco no Resultado, Relacionamento Interpessoal, Administração de Conflitos, Comunicação, Equilíbrio Emocional, Planejamento e Organização, Visão Sistêmica e Sustentabilidade, Autodesenvolvimento.
Coordenador Administrativo	44h	Coordenar rotinas administrativas, chefiando diretamente equipe de assistentes e auxiliares administrativos. Coordenar serviços gerais de malotes, mensageiros, transporte; administrar recursos humanos, bens patrimoniais e materiais de consumo; organizar documentos e correspondências; gerenciar equipe. Controlar rotinas financeiras, monitorando pequeno caixa, verbas, contas a pagar, fluxo de caixa e conta bancária, conferindo notas fiscais e recibos, prestando contas e recolhendo impostos.	Atendimento Humanizado, Comprometimento, Foco no Resultado, Relacionamento Interpessoal, Administração de Conflitos, Comunicação, Equilíbrio Emocional, Planejamento e Organização, Visão Sistêmica e Sustentabilidade, Autodesenvolvimento.
Auxiliar de Limpeza	12X36	Organizar e executar trabalho rotineiro de limpeza em geral, lavando dependências, utensílios e instalações, para manter as condições de higiene e conservação de todos os setores do hospital.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Encarregado de Limpeza	44h	Controlar as atividades de higienização e limpeza, conservação e manutenção das instalações do hospital, equipamentos, jardins e arredores, com a finalidade de manter o patrimônio da empresa, sempre em ordem e bom estado de higiene, limpeza e conservação, bem como o cumprimento das normas de segurança.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.

Farmacêutico	12x36	Estabelecer o perfil farmacoterapêutico no acompanhamento sistemático do paciente, mediante elaboração, preenchimento e interpretação de fichas farmacoterapêuticas; prestar orientação farmacêutica, com vistas a esclarecer ao paciente a relação benefício e risco, a conservação e a utilização de fármacos e medicamentos inerentes à terapia, bem como as suas interações medicamentosas e a importância do seu correto manuseio.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Farmacêutico RT -	12X36	Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar as ações de saúde e serviços de farmácia, definindo estratégias para suas respectivas unidades. Administrar recursos financeiros; gerenciar recursos humanos e coordenar interfaces com entidades sociais e profissionais.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Maqueiro	12X36	Proceder ao acompanhamento e transporte de pacientes, efetuar o transporte de cadáveres, colaborar com os respectivos serviços na realização dos trâmites administrativos relacionados com as suas atividades, proceder à limpeza das macas.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Médico	12h	Efetua exames médicos, emite diagnósticos, prescreve medicamentos e realiza outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do cliente. Coordenar equipe multidisciplinar do seu setor a fim de oferecer assistência e segurança aos pacientes. Tomar decisões técnicas obedecendo aos padrões e protocolos institucionais. Estar subordinado a Coordenação médica imediata, consequentemente a direção clínica e técnica da unidade.	Comprometimento: Desempenhar as atividades profissionais de forma ética, atendendo aos interesses e objetivos institucionais. Cumprimento de Normas de Procedimento e de Conduta: Cumprir normas de procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os princípios do Conselho Profissional e da instituição. Relacionamento Interpessoal: Possuir habilidade de relacionamento interpessoal, adequando suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito, cortesia e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos. Cooperação: Ter comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e participativa, com vistas a um atendimento de excelência ao usuário. Proatividade: Atuar com intuito de dar andamento ou dar início às atividades. Investigar as possibilidades sobre a queixa do usuário podendo assim antecipar a ação com rapidez e eficácia.

			Conhecimento de Métodos e Técnicas: Ter conhecimento dos métodos e técnicas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades, demonstrando domínio do seu campo de atuação e dos processos e rotinas de trabalho. Comunicação: Transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição. Pontualidade: Cumprir integralmente a carga horária/ horário de trabalho e produzir de acordo com as metas estabelecidas observando prazos e qualidade. Autodesenvolvimento: Buscar continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado. Autocontrole: Ter capacidade de controlar as emoções evitando conflitos com chefias, equipe, colegas e clientes externos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora. Conservação de Patrimônio: usar adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções. Orientação para o Usuário: Ter capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.
Médico Anestesista	12h	Recepcionar e identificar o paciente, explicando os procedimentos a serem realizados; atuar como médico em equipe multiprofissional, inclusive residentes em treinamento, no desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais, familiares e coletivos em Unidades de Saúde e nas comunidades locais,	Comprometimento: Desempenhar as atividades profissionais de forma ética, atendendo aos interesses e objetivos institucionais. Cumprimento de Normas de Procedimento e de Conduta: Cumprir normas de

		realizando clínica ampliada; realizar atendimento ao acidentado do trabalho; emitir atestado de óbito; realizar procedimentos cirúrgicos simples, primeiros socorros e urgências com encaminhamentos com ou sem preenchimento dos prontuários; articular os recursos intersetoriais disponíveis para diminuição dos agravos à saúde dos pacientes; estar disponível como apoio matricial de capacitação.	procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os princípios do Conselho Profissional e da instituição. Relacionamento Interpessoal: Possuir habilidade de relacionamento interpessoal, adequando suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito, cortesia e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos. Cooperação: Ter comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e participativa, com vistas a um atendimento de excelência ao usuário. Proatividade: Atuar com intuito de dar andamento ou dar início às atividades. Investigar as possibilidades sobre a queixa do usuário podendo assim antecipar a ação com rapidez e eficácia. Conhecimento de Métodos e Técnicas: Ter conhecimento dos métodos e técnicas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades, demonstrando domínio do seu campo de atuação e dos processos e rotinas de trabalho. Comunicação: Transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição. Pontualidade: Cumprir integralmente a carga horária/ horário de trabalho e produzir de acordo com as metas estabelecidas observando prazos e qualidade. Autodesenvolvimento: Buscar continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado. Autocontrole: Ter capacidade de controlar as emoções evitando conflitos com chefias,

			equipe, colegas e clientes externos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora. Conservação de Patrimônio: usar adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções. Orientação para o Usuário: Ter capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.
Médico - Cirurgia Geral	12h	Realizar intervenções cirúrgicas, utilizando os recursos técnicos e materiais apropriados, para extrair órgãos ou tecidos patológicos ou traumatizados, corrigir sequelas ou lesões, estabelecer diagnóstico cirúrgico ou definitivo e promover a saúde e bem-estar do paciente; Realizar ou auxiliar transplante; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.	Comprometimento: Desempenhar as atividades profissionais de forma ética, atendendo aos interesses e objetivos institucionais. Cumprimento de Normas de Procedimento e de Conduta: Cumprir normas de procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os princípios do Conselho Profissional e da instituição. Relacionamento Interpessoal: Possuir habilidade de relacionamento interpessoal, adequando suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito, cortesia e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos. Cooperação: Ter comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e participativa, com vistas a um atendimento de excelência ao usuário. Proatividade: Atuar com intuito de dar andamento ou dar início às atividades. Investigar as possibilidades sobre a queixa do usuário podendo assim antecipar a ação com rapidez e eficácia. Conhecimento de Métodos e Técnicas: Ter conhecimento dos métodos e técnicas necessárias ao

			desenvolvimento de suas atividades, demonstrando domínio do seu campo de atuação e dos processos e rotinas de trabalho. Comunicação: Transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição. Pontualidade: Cumprir integralmente a carga horária/ horário de trabalho e produzir de acordo com as metas estabelecidas observando prazos e qualidade. Autodesenvolvimento: Buscar continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado. Autocontrole: Ter capacidade de controlar as emoções evitando conflitos com chefias, equipe, colegas e clientes externos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora. Conservação de Patrimônio: usar adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções. Orientação para o Usuário: Ter capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.
Médico - Clínica Médica	12h	Efetuar exames médicos; Emitir diagnósticos; Prescrever medicamentos; Realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Planejar e executar atividades de cuidado paliativo; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.	Comprometimento: Desempenhar as atividades profissionais de forma ética, atendendo aos interesses e objetivos institucionais. Cumprimento de Normas de Procedimento e de Conduta: Cumprir normas de procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os

		princípios do Conselho Profissional e da instituição. Relacionamento Interpessoal: Possuir habilidade de relacionamento interpessoal, adequando suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito, cortesia e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos. Cooperação: Ter comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e participativa, com vistas a um atendimento de excelência ao usuário. Proatividade: Atuar com intuito de dar andamento ou dar início às atividades. Investigar as possibilidades sobre a queixa do usuário podendo assim antecipar a ação com rapidez e eficácia. Conhecimento de Métodos e Técnicas: Ter conhecimento dos métodos e técnicas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades, demonstrando domínio do seu campo de atuação e dos processos e rotinas de trabalho. Comunicação: Transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição. Pontualidade: Cumprir integralmente a carga horária/ horário de trabalho e produzir de acordo com as metas estabelecidas observando prazos e qualidade. Autodesenvolvimento: Buscar continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado. Autocontrole: Ter capacidade de controlar as emoções evitando conflitos com chefias, equipe, colegas e clientes externos no ambiente de trabalho, conduzindo os

			problemas de maneira conciliadora. Conservação de Patrimônio: usar adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções. Orientação para o Usuário: Ter capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.
Médico Cardiologista	12h	Está sob as responsabilidades de um Cardiologista realizar consulta com o paciente, realizar entrevista e conhecer o paciente (seus costumes, alimentação, doenças congênitas, histórico familiar, etc.), realizar os exames e testes físicos, realizar o pedido de exames laboratoriais, eletrocardiogramas, ecocardiogramas, etc., analisar o resultado dos exames, diagnosticar possíveis disfunções, analisar junto à uma equipe de cirurgia cardiovascular a condição do paciente, caso se faça necessária uma intervenção cirúrgica, conversar com o paciente, explicar sua situação de saúde e indicar a ele mudanças necessárias para a promoção do bem-estar como uma dieta mais rigorosa, a realização de exercícios, de exames periódicos, etc., se for o caso de uma operação, conversar com o paciente e com sua família explicando a intervenção cirúrgica, a razão de sua necessidade e as consequências e cuidados que devem ser tomados, em alguns casos, encaminhar o paciente ao departamento responsável pelos transplantes de órgãos.	

			atuação e dos processos e rotinas de trabalho. Comunicação: Transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição. Pontualidade: Cumprir integralmente a carga horária/ horário de trabalho e produzir de acordo com as metas estabelecidas observando prazos e qualidade. Autodesenvolvimento: Buscar continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado. Autocontrole: Ter capacidade de controlar as emoções evitando conflitos com chefias, equipe, colegas e clientes externos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora. Conservação de Patrimônio: usar adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções. Orientação para o Usuário: Ter capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.
Médico - Cirurgia Vascular	12h	Diagnosticar, indicar e realizar cirurgia vascular, adotando recursos, técnicas e equipamentos adequados, para preservar ou restituir a função vascular; Prescrever tratamento, indicando medicamentos e medidas gerais, para obter a melhora da função vascular; Realizar punções ou infiltrações nos troncos nervosos simpáticos e nervos periféricos, para diagnóstico e tratamento; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.	Comprometimento: Desempenhar as atividades profissionais de forma ética, atendendo aos interesses e objetivos institucionais. Cumprimento de Normas de Procedimento e de Conduta: Cumprir normas de procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os princípios do Conselho Profissional e da instituição. Relacionamento Interpessoal: Possuir habilidade de

		relacionamento interpessoal, adequando suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito, cortesia e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos. Cooperação: Ter comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e participativa, com vistas a um atendimento de excelência ao usuário. Proatividade: Atuar com intuito de dar andamento ou dar início às atividades. Investigar as possibilidades sobre a queixa do usuário podendo assim antecipar a ação com rapidez e eficácia. Conhecimento de Métodos e Técnicas: Ter conhecimento dos métodos e técnicas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades, demonstrando domínio do seu campo de atuação e dos processos e rotinas de trabalho. Comunicação: Transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição. Pontualidade: Cumprir integralmente a carga horária/ horário de trabalho e produzir de acordo com as metas estabelecidas observando prazos e qualidade. Autodesenvolvimento: Buscar continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado. Autocontrole: Ter capacidade de controlar as emoções evitando conflitos com chefias, equipe, colegas e clientes externos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora. Conservação de Patrimônio: usar adequadamente os

			equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções. Orientação para o Usuário: Ter capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.
Médico - Diagnóstico por Imagem - Ultrassonografia Geral	12h	Realizar, supervisionar, interpretar e emitir laudos de exames radiológicos, notadamente em ultrassonografia, empregando técnicas especiais, para atender a solicitações médicas; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.	Comprometimento: Desempenhar as atividades profissionais de forma ética, atendendo aos interesses e objetivos institucionais. Cumprimento de Normas de Procedimento e de Conduta: Cumprir normas de procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os princípios do Conselho Profissional e da instituição. Relacionamento Interpessoal: Possuir habilidade de relacionamento interpessoal, adequando suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito, cortesia e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos. Cooperação: Ter comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e participativa, com vistas a um atendimento de excelência ao usuário. Proatividade: Atuar com intuito de dar andamento ou dar início às atividades. Investigar as possibilidades sobre a queixa do usuário podendo assim antecipar a ação com rapidez e eficácia. Conhecimento de Métodos e Técnicas: Ter conhecimento dos métodos e técnicas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades, demonstrando domínio do seu campo de atuação e dos processos e rotinas de trabalho. Comunicação: Transmitir a informação de forma

			articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição. Pontualidade: Cumprir integralmente a carga horária/ horário de trabalho e produzir de acordo com as metas estabelecidas observando prazos e qualidade. Autodesenvolvimento: Buscar continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado. Autocontrole: Ter capacidade de controlar as emoções evitando conflitos com chefias, equipe, colegas e clientes externos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora. Conservação de Patrimônio: usar adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções. Orientação para o Usuário: Ter capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.
Médico - Ginecologia e Obstetrícia	12h	Atender à mulher no ciclo gravídico-puerperal, prestando assistência médica específica, para preservar a vida e a saúde da mãe e do filho; Realizar procedimentos, tratar de afecções do aparelho reprodutor feminino e órgãos anexos, empregando tratamento clínico-cirúrgico, para promover ou recuperar a saúde; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.	Comprometimento: Desempenhar as atividades profissionais de forma ética, atendendo aos interesses e objetivos institucionais. Cumprimento de Normas de Procedimento e de Conduta: Cumprir normas de procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os princípios do Conselho Profissional e da instituição. Relacionamento Interpessoal: Possuir habilidade de relacionamento interpessoal, adequando suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito,

		cortesia e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos. Cooperação: Ter comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e participativa, com vistas a um atendimento de excelência ao usuário. Proatividade: Atuar com intuito de dar andamento ou dar início às atividades. Investigar as possibilidades sobre a queixa do usuário podendo assim antecipar a ação com rapidez e eficácia. Conhecimento de Métodos e Técnicas: Ter conhecimento dos métodos e técnicas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades, demonstrando domínio do seu campo de atuação e dos processos e rotinas de trabalho. Comunicação: Transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição. Pontualidade: Cumprir integralmente a carga horária/ horário de trabalho e produzir de acordo com as metas estabelecidas observando prazos e qualidade. Autodesenvolvimento: Buscar continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado. Autocontrole: Ter capacidade de controlar as emoções evitando conflitos com chefias, equipe, colegas e clientes externos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora. Conservação de Patrimônio: usar adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas

			funções. Orientação para o Usuário: Ter capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.
Médico - Hematologia e Hemoterapia	12h	Diagnosticar e tratar doenças hematológicas e do tecido hematopoiético, aplicando medicação adequada e realizando exames laboratoriais e subsidiários e testes para promover e recuperar a saúde do paciente; Supervisionar e executar atividades relacionadas com a transfusão de sangue, controlando todo o processo hemoterápico, para propiciar a recuperação da saúde dos pacientes.	Comprometimento: Desempenhar as atividades profissionais de forma ética, atendendo aos interesses e objetivos institucionais. Cumprimento de Normas de Procedimento e de Conduta: Cumprir normas de procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os princípios do Conselho Profissional e da instituição. Relacionamento Interpessoal: Possuir habilidade de relacionamento interpessoal, adequando suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito, cortesia e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos. Cooperação: Ter comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e participativa, com vistas a um atendimento de excelência ao usuário. Proatividade: Atuar com intuito de dar andamento ou dar início às atividades. Investigar as possibilidades sobre a queixa do usuário podendo assim antecipar a ação com rapidez e eficácia. Conhecimento de Métodos e Técnicas: Ter conhecimento dos métodos e técnicas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades, demonstrando domínio do seu campo de atuação e dos processos e rotinas de trabalho. Comunicação: Transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja

			compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição. Pontualidade: Cumprir integralmente a carga horária/ horário de trabalho e produzir de acordo com as metas estabelecidas observando prazos e qualidade. Autodesenvolvimento: Buscar continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado. Autocontrole: Ter capacidade de controlar as emoções evitando conflitos com chefias, equipe, colegas e clientes externos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora. Conservação de Patrimônio: usar adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções. Orientação para o Usuário: Ter capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.
Médico - Infectologia Hospitalar	12h	Proceder a investigação epidemiológica em colaboração com as equipes das unidades envolvidas; Supervisionar e revisar os casos levantados pela vigilância epidemiológica dos enfermeiros e assessorar tecnicamente este sistema; Proceder a investigação epidemiológica de surtos ou suspeitas de surtos; Recomendar os isolamentos nos pacientes com infecções transmissíveis; Assessorar o corpo clínico sobre a racionalização no uso de antimicrobianos; Assessorar a direção sobre questões relacionadas ao controle das infecções hospitalares; Rever e normatizar a indicação de procedimentos invasivos; Divulgar os resultados de exames em andamento no laboratório de bacteriologia às clínicas, a respeito de pacientes internados, sob o uso de antimicrobianos ou não; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.	Comprometimento: Desempenhar as atividades profissionais de forma ética, atendendo aos interesses e objetivos institucionais. Cumprimento de Normas de Procedimento e de Conduta: Cumprir normas de procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os princípios do Conselho Profissional e da instituição. Relacionamento Interpessoal: Possuir habilidade de relacionamento interpessoal, adequando suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito, cortesia e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos.

		Cooperação: Ter comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e participativa, com vistas a um atendimento de excelência ao usuário. Proatividade: Atuar com intuito de dar andamento ou dar início às atividades. Investigar as possibilidades sobre a queixa do usuário podendo assim antecipar a ação com rapidez e eficácia. Conhecimento de Métodos e Técnicas: Ter conhecimento dos métodos e técnicas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades, demonstrando domínio do seu campo de atuação e dos processos e rotinas de trabalho. Comunicação: Transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição. Pontualidade: Cumprir integralmente a carga horária/ horário de trabalho e produzir de acordo com as metas estabelecidas observando prazos e qualidade. Autodesenvolvimento: Buscar continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado. Autocontrole: Ter capacidade de controlar as emoções evitando conflitos com chefias, equipe, colegas e clientes externos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora. Conservação de Patrimônio: usar adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções. Orientação para o Usuário: Ter capacidade de adaptar as práticas e os

			processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.
Médico - Medicina de Urgência	12h	Atuar em área e ambiente das salas de emergência, dos pronto-socorros, unidades intermediárias, unidade de terapia intensiva e semi-intensiva; Ter contato com doentes agudamente enfermos, que estão sob risco iminente de morte e que demandam atendimento imediato e frequentemente serem submetidos a procedimentos complexos; Reconhecer os aspectos técnico-científicos em relação aos principais temas de Medicina de Urgência e Emergência; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.	Comprometimento: Desempenhar as atividades profissionais de forma ética, atendendo aos interesses e objetivos institucionais. Cumprimento de Normas de Procedimento e de Conduta: Cumprir normas de procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os princípios do Conselho Profissional e da instituição. Relacionamento Interpessoal: Possuir habilidade de relacionamento interpessoal, adequando suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito, cortesia e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos. Cooperação: Ter comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e participativa, com vistas a um atendimento de excelência ao usuário. Proatividade: Atuar com intuito de dar andamento ou dar início às atividades. Investigar as possibilidades sobre a queixa do usuário podendo assim antecipar a ação com rapidez e eficácia. Conhecimento de Métodos e Técnicas: Ter conhecimento dos métodos e técnicas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades, demonstrando domínio do seu campo de atuação e dos processos e rotinas de trabalho. Comunicação: Transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição.

			Pontualidade: Cumprir integralmente a carga horária/ horário de trabalho e produzir de acordo com as metas estabelecidas observando prazos e qualidade. Autodesenvolvimento: Buscar continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado. Autocontrole: Ter capacidade de controlar as emoções evitando conflitos com chefias, equipe, colegas e clientes externos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora. Conservação de Patrimônio: usar adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções. Orientação para o Usuário: Ter capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.
Médico - Medicina Intensiva	12h	Atuar no suporte à vida ou suporte de sistemas e órgãos em pacientes que estão em estado crítico, que geralmente necessitam de um acompanhamento intensivo e monitorado; Realizar e orientar cuidados intensivos a pacientes em estado crítico; Planejar e executar atividades de cuidado paliativo; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.	Comprometimento: Desempenhar as atividades profissionais de forma ética, atendendo aos interesses e objetivos institucionais. Cumprimento de Normas de Procedimento e de Conduta: Cumprir normas de procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os princípios do Conselho Profissional e da instituição. Relacionamento Interpessoal: Possuir habilidade de relacionamento interpessoal, adequando suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito, cortesia e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos. Cooperação: Ter comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e

		participativa, com vistas a um atendimento de excelência ao usuário. Proatividade: Atuar com intuito de dar andamento ou dar início às atividades. Investigar as possibilidades sobre a queixa do usuário podendo assim antecipar a ação com rapidez e eficácia. Conhecimento de Métodos e Técnicas: Ter conhecimento dos métodos e técnicas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades, demonstrando domínio do seu campo de atuação e dos processos e rotinas de trabalho. Comunicação: Transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição. Pontualidade: Cumprir integralmente a carga horária/ horário de trabalho e produzir de acordo com as metas estabelecidas observando prazos e qualidade. Autodesenvolvimento: Buscar continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado. Autocontrole: Ter capacidade de controlar as emoções evitando conflitos com chefias, equipe, colegas e clientes externos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora. Conservação de Patrimônio: usar adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções. Orientação para o Usuário: Ter capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário,

			conforme a missão da instituição.
Médico - Neonatologia	12h	Prestar assistência médica específica às crianças no primeiro ano de vida, examinando-as e prescrevendo cuidados pediátricos ou tratamentos, para avaliar, preservar ou recuperar sua saúde; Atuar no suporte à vida ou suporte de sistemas e órgãos em crianças que estão em estado crítico, que geralmente necessitam de um acompanhamento intensivo e monitorado; Realizar e orientar cuidados intensivos a crianças em estado crítico; Planejar e executar atividades de cuidado paliativo; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.	Comprometimento: Desempenhar as atividades profissionais de forma ética, atendendo aos interesses e objetivos institucionais. Cumprimento de Normas de Procedimento e de Conduta: Cumprir normas de procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os princípios do Conselho Profissional e da instituição. Relacionamento Interpessoal: Possuir habilidade de relacionamento interpessoal, adequando suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito, cortesia e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos. Cooperação: Ter comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e participativa, com vistas a um atendimento de excelência ao usuário. Proatividade: Atuar com intuito de dar andamento ou dar início às atividades. Investigar as possibilidades sobre a queixa do usuário podendo assim antecipar a ação com rapidez e eficácia. Conhecimento de Métodos e Técnicas: Ter conhecimento dos métodos e técnicas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades, demonstrando domínio do seu campo de atuação e dos processos e rotinas de trabalho. Comunicação: Transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição. Pontualidade: Cumprir integralmente a carga horária/ horário de trabalho e produzir de acordo com as metas

			estabelecidas observando prazos e qualidade. Autodesenvolvimento: Buscar continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado. Autocontrole: Ter capacidade de controlar as emoções evitando conflitos com chefias, equipe, colegas e clientes externos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora. Conservação de Patrimônio: usar adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções. Orientação para o Usuário: Ter capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.
Médico Plantonista	12h	Prestar atendimento de Urgência e Emergência em todas as áreas clinica nas unidades de saúde do Município, a pacientes em demanda espontânea, cuja origem é variada e incerta, responsabilizando-se integralmente pelo tratamento dos mesmos, o que pode incluir procedimentos tais como: suturas, drenagens e passagem de cateteres; realizar triagem dos casos clínicos identificando os que requerem maior atenção da equipe de saúde; integrar a equipe multiprofissional de trabalho, respeitando e colaborando no aperfeiçoamento de normas e procedimentos operacionais; contatar a Central de Regulação Médica para colaborar com a organização e regulação do sistema de atenção à urgências; participar das reuniões necessárias ao desenvolvimento técnico-científico da Unidade de Urgência e Emergência na área médica ; promover incremento na qualidade do atendimento médico, melhorando a relação médico-paciente e observando preceitos éticos; no decorrer da execução de suas atividades de trabalho	Comprometimento: Desempenhar as atividades profissionais de forma ética, atendendo aos interesses e objetivos institucionais. Cumprimento de Normas de Procedimento e de Conduta: Cumprir normas de procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os princípios do Conselho Profissional e da instituição. Relacionamento Interpessoal: Possuir habilidade de relacionamento interpessoal, adequando suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito, cortesia e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos. Cooperação: Ter comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e participativa, com vistas a um atendimento de excelência ao usuário.

		Proatividade: Atuar com intuito de dar andamento ou dar início às atividades. Investigar as possibilidades sobre a queixa do usuário podendo assim antecipar a ação com rapidez e eficácia. Conhecimento de Métodos e Técnicas: Ter conhecimento dos métodos e técnicas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades, demonstrando domínio do seu campo de atuação e dos processos e rotinas de trabalho. Comunicação: Transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição. Pontualidade: Cumprir integralmente a carga horária/ horário de trabalho e produzir de acordo com as metas estabelecidas observando prazos e qualidade. Autodesenvolvimento: Buscar continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado. Autocontrole: Ter capacidade de controlar as emoções evitando conflitos com chefias, equipe, colegas e clientes externos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora. Conservação de Patrimônio: usar adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções. Orientação para o Usuário: Ter capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.

Médico - Ortopedia e Traumatologia	12h	Diagnosticar e tratar de afecções agudas, crônicas ou traumatológicas dos ossos e anexos, valendo-se de meios clínicos ou cirúrgicos, para promover, recuperar ou reabilitar a saúde do paciente; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.	Comprometimento: Desempenhar as atividades profissionais de forma ética, atendendo aos interesses e objetivos institucionais. Cumprimento de Normas de Procedimento e de Conduta: Cumprir normas de procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os princípios do Conselho Profissional e da instituição. Relacionamento Interpessoal: Possuir habilidade de relacionamento interpessoal, adequando suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito, cortesia e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos. Cooperação: Ter comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e participativa, com vistas a um atendimento de excelência ao usuário. Proatividade: Atuar com intuito de dar andamento ou dar início às atividades. Investigar as possibilidades sobre a queixa do usuário podendo assim antecipar a ação com rapidez e eficácia. Conhecimento de Métodos e Técnicas: Ter conhecimento dos métodos e técnicas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades, demonstrando domínio do seu campo de atuação e dos processos e rotinas de trabalho. Comunicação: Transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição. Pontualidade: Cumprir integralmente a carga horária/ horário de trabalho e produzir de acordo com as metas estabelecidas observando prazos e qualidade.

			Autodesenvolvimento: Buscar continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado. Autocontrole: Ter capacidade de controlar as emoções evitando conflitos com chefias, equipe, colegas e clientes externos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora. Conservação de Patrimônio: usar adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções. Orientação para o Usuário: Ter capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.
Médico - Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia	12h	Diagnosticar e tratar de afecções do aparelho reprodutor feminino e órgãos anexos, empregando tratamento clínicocirúrgico, para promover ou recuperar a saúde; Realizar, supervisionar e interpretar exames radiológicos, notadamente em ultrassonografia; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.	Comprometimento: Desempenhar as atividades profissionais de forma ética, atendendo aos interesses e objetivos institucionais. Cumprimento de Normas de Procedimento e de Conduta: Cumprir normas de procedimento no desempenho das atribuições do cargo e de conduta de acordo com os princípios do Conselho Profissional e da instituição. Relacionamento Interpessoal: Possuir habilidade de relacionamento interpessoal, adequando suas respostas emocionais a cada situação, demonstrando respeito, cortesia e capacidade de mobilização com as pessoas e grupos. Cooperação: Ter comportamento cooperativo em relação à equipe, adotando uma postura profissional e participativa, com vistas a um atendimento de excelência ao usuário. Proatividade: Atuar com intuito de dar andamento ou dar início às atividades.

			Investigar as possibilidades sobre a queixa do usuário podendo assim antecipar a ação com rapidez e eficácia. Conhecimento de Métodos e Técnicas: Ter conhecimento dos métodos e técnicas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades, demonstrando domínio do seu campo de atuação e dos processos e rotinas de trabalho. Comunicação: Transmitir a informação de forma articulada e honesta, zelando pela clareza do discurso, tomando sempre cuidado em verificar que a mensagem seja compreendida e esteja em conformidade com as diretrizes da instituição. Pontualidade: Cumprir integralmente a carga horária/ horário de trabalho e produzir de acordo com as metas estabelecidas observando prazos e qualidade. Autodesenvolvimento: Buscar continuamente autodesenvolver-se, objetivando melhor performance e resultado. Autocontrole: Ter capacidade de controlar as emoções evitando conflitos com chefias, equipe, colegas e clientes externos no ambiente de trabalho, conduzindo os problemas de maneira conciliadora. Conservação de Patrimônio: usar adequadamente os equipamentos e instalações, atuando com cuidado e zelo na utilização e conservação dos mesmos no exercício de suas funções. Orientação para o Usuário: Ter capacidade de adaptar as práticas e os processos de trabalho, com vistas a oferecer serviços orientados às necessidades e expectativas do usuário, conforme a missão da instituição.
Oficial de Manutenção	44h	Executam serviços de manutenção elétrica, mecânica, hidráulica, carpintaria e alvenaria, substituindo, trocando, limpando, reparando e instalando peças,	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.

		componentes e equipamentos. conservam vidros e fachadas e limpam recintos e acessórios. Trabalham seguindo normas de segurança, higiene, qualidade e proteção ao meio ambiente.	
Cozinheiro	12X36	Receber e armazenar adequadamente os gêneros alimentícios; preparar refeições conforme técnica adequada para cada gênero alimentício; preparar e distribuir alimentos destinados às crianças; aplicar os princípios básicos de limpeza, higiene e aproveitamento dos alimentos; organizar e controlar o depósito de materiais e gêneros alimentícios, verificando estoque e estado de conservação; lavar, enxugar e guardar utensílios; zelar pela guarda e conservação dos equipamentos e materiais utilizados.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Supervisor de Recepção	44h	Elaborar escalas de trabalho e orientar a equipe sobre procedimentos a serem seguidos. Tomar medidas e ações necessárias para assegurar o bom desenvolvimento das atividades diárias. Supervisionar as atividades das recepcionistas. Identificar, prestar informações, esclarecer dúvidas, marcar entrevistas, receber recados ou encaminhar ao destinatário ou setores de interesse, lideram e motivam uma equipe de trabalhadores que prestam serviços de atendimento ao público ou coletam informações e documentos. Atuar no controle de entrada e saída de pessoas e veículos. Atualizar planilhas de controle e outros controles pertinentes ao serviço de portaria/ recepção.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Técnico em Segurança do Trabalho	44h	- Atuar em ações de prevenção nos processos hospitalares com auxílio de métodos e técnicas de identificação, avaliação e medidas de controle de riscos ambientais de acordo com normas regulamentadoras e princípios de higiene e saúde do trabalho. Desenvolver ações educativas na área de saúde e segurança do trabalho. Orientar o uso de EPI e EPC. Coletar e organizar informações de saúde e de segurança no trabalho. Executar o PPRA. Investigar, analisar acidentes e recomendar medidas de prevenção e controle. Executar atividades correlatas, dentro das políticas da organização e das legislações vigentes.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Fisioterapeuta	30h	Atender pacientes; Realizar ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação, habilitação e reabilitação do paciente, utilizando protocolos e procedimentos específicos de fisioterapia e ortoptia; Realizar diagnósticos específicos; Analisar condições dos pacientes; Desenvolver programas de prevenção, promoção de	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.

		saúde e qualidade de vida; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.	
Fisioterapeuta - Respiratória Fisioterapeuta - Aparelho Respiratório	30h	Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese; Solicitar e realizar interconsulta e encaminhamentos; Realizar ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação, habilitação e reabilitação do paciente, utilizando protocolos e procedimentos específicos de fisioterapia; Realizar avaliação física e cinesiofuncional do sistema cardiorrespiratório e neuro-músculo-esquelético; Realizar avaliação e monitoramento da via aérea natural e artificial do paciente; Prescrever e executar terapêutica cardiorrespiratória e neuro-músculo-esquelética; Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, recondicionamento cardiorrespiratório e suporte ventilatório; Monitorar os parâmetros cardiorrespiratórios do paciente; Gerenciar a ventilação espontânea, invasiva e não invasiva; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Fisioterapeuta - Terapia Intensiva	30h	Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese; Solicitar e realizar interconsulta e encaminhamentos; Realizar ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação, habilitação e reabilitação do paciente crítico ou potencialmente crítico, em Unidade de Terapia Intensiva - UTI, utilizando protocolos e procedimentos específicos de fisioterapia; Realizar avaliação física e cinesiofuncional específica; Realizar avaliação e monitoramento da via aérea natural e artificial; Planejar e executar medidas de prevenção, redução de risco e descondicionamento cardiorrespiratório; Prescrever e executar terapêutica cardiorrespiratória e neuromúsculo-esquelética; Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, recondicionamento cardiorrespiratório e suporte ventilatório; Avaliar e monitorar os parâmetros cardiorrespiratórios, inclusive em situações de deslocamentos do paciente crítico ou potencialmente crítico; Gerenciar a ventilação espontânea, invasiva e não invasiva; Realizar o desmame e extubação do paciente em ventilação mecânica; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Fonoaudiólogo	30h	Atender pacientes para prevenção, habilitação e reabilitação daqueles que utilizam protocolos e procedimentos específicos de fonoaudiologia; Tratar de	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.

		pacientes efetuando avaliação e diagnóstico fonoaudiológico; Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis; Desenvolver programas de prevenção, promoção da saúde e qualidade de vida; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.	
Nutricionista	30h	Prestar assistência nutricional a indivíduos e coletividades (sadios e enfermos); Organizar, administrar e avaliar unidades de alimentação e nutrição; Efetuar controle higiênico-sanitário; Participar de programas de educação nutricional; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Psicólogo - Área Hospitalar	30h	Estudar, pesquisar e avaliar o desenvolvimento emocional e os processos mentais e sociais de indivíduos, grupos e instituições, com a finalidade de análise, tratamento, orientação e educação; Diagnosticar e avaliar distúrbios emocionais e mentais e de adaptação social, elucidando conflitos e questões e acompanhando o paciente durante o processo de tratamento ou cura; Investigar os fatores inconscientes do comportamento individual e grupal, tornando-os conscientes; Desenvolver pesquisas experimentais, teóricas e clínicas e coordenar equipes e atividades de área e afins; Avaliar alterações das funções cognitivas, buscando diagnóstico ou detecção precoce de sintomas, tanto em clínica quanto em pesquisas; Acompanhar e avaliar tratamentos cirúrgicos, medicamentosos e de reabilitação; Promover a reabilitação neuropsicológica; Auditar, realizar perícias e emitir laudos, gerando informações e documentos sobre as condições ocupacionais ou incapacidades mentais; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Coordenador de Gestão de Pessoas	40h	Atuar no desenvolvimento de recursos humanos, seleção, acompanhamento, análise de desempenho e capacitação de funcionários; Supervisionar e capacitar residentes, estudantes e outros profissionais da área; Elaborar e monitorar projetos psicossociais voltados para saúde dos trabalhadores; Desenvolver escuta qualificada aos funcionários em caso de urgência; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.	Atendimento Humanizado, Comprometimento, Foco no Resultado, Relacionamento Interpessoal, Administração de Conflitos, Comunicação, Equilíbrio Emocional, Planejamento e Organização, Visão Sistêmica e Sustentabilidade, Autodesenvolvimento.

Biomédico	30h	Atuar em equipes de saúde, a nível tecnológico, nas atividades complementares de diagnósticos; Analisar amostras de materiais biológicos, bromatológicos e ambientais; Coletar e	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.

		preparar amostras e materiais; Desenvolver pesquisas técnico-científicas; Atuar em bancos de sangue e de células tronco hematopoiéticas; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.	
Técnico de Laboratório	30h	Auxiliar e executar atividades padronizadas de laboratório - automatizadas ou técnicas clássicas - necessárias ao diagnóstico, nas áreas de parasitologia, microbiologia médica, imunologia, hematologia, bioquímica, biologia molecular e urinálise; Colaborar, compondo equipes multidisciplinares, na investigação e implantação de novas tecnologias biomédicas relacionadas às análises clínicas, Operar e zelar pelo bom funcionamento do aparato tecnológico de laboratório de saúde; Em sua atuação é requerida a supervisão profissional pertinente, bem como a observância à impossibilidade de divulgação direta de resultados; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.
Terapeuta Ocupacional	40h	Executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacional objetivando restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente; Realizar diagnósticos, intervenções e tratamentos de pacientes utilizando os devidos procedimentos de terapia ocupacional; Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis; Desenvolver e organizar programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida; Realizar demais atividades inerentes ao emprego	Inteligência emocional; Administração do tempo; Relacionamento humanizado; Ética e honestidade.

6.6. Metodologia de Projetos

6.6.1. Proposta de Trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis

O INSTITUTO PATRIS tem o compromisso com o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, visando conjuntamente a busca pela eficiência em gestão com a implementação de metodologia de gerenciamento resolutiva, e com a apresentação desta Proposta de Trabalho, manifesta interesse em participar do certame devido ao escopo do seu objeto encontrar-se diretamente aos objetivos do Instituto estabelecidos no seu estatuto social.

Celebrar o contrato de gestão para o gerenciamento, operacionalização e a execução dos serviços de saúde no **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó** será de relevante importância para que o INSTITUTO PATRIS possa realizar as ações a que se propõe e alcançar a sua finalidade enquanto uma Organização Social de Saúde.

Assim, as execuções das atividades definidas no escopo do chamamento, associadas aos próprios propósitos da instituição, são razões fundamentais, que faz que o INSTITUTO PATRIS, se julgue com plena aptidão e condições para desenvolver o objeto proposto no certame. Somadas a essas razões fundamentais, outros relevantes se apresentam:

- Atividades consolidadas pela atuação no mercado privado;
- Capacidade jurídica, financeira e operacional dentro da legalidade e das condições ideais;
- Modelo administrativo e operacional eficaz, sustentado por gestores qualificados com experiências nas áreas de administração e técnica-científica de saúde, nas diversas especializações, e por uma estrutura moderna de gestão gerencial por resultados;
- Corpo técnico, composto por profissionais qualificados, com comprovadas experiências em coordenação e gestão de serviços de Unidade de Saúde;
- Recursos disponíveis, em sua estrutura, para os controles, utilizando softwares de gestão e controles ERP – Enterprise Resource Planning e modernos aplicativos disponíveis pela tecnologia da informação e comunicação.

A apresentação dessa Proposta de Trabalho tem o objetivo em contribuir com o alcance das metas de políticas públicas, e obedeceu às diretrizes e instruções do Chamamento.

Para o planejamento das ações, o hospital irá implementar o planejamento estratégico que deverá ser de conhecimento à toda Instituição:

- Missão: promover ações de assistência em saúde aos usuários do SUS.
- Visão: ser reconhecido como Hospital de referência na região e no Estado de Goiás.
- Valores e Princípios: Humanização, Foco no paciente, Qualidade e Segurança, Inovação, Trabalho em Equipe, Transparência e Ética.

Em relação à metodologia de planejamento da Proposta de Trabalho, o INSTITUTO PATRIS construiu as diretrizes respeitando as leis e normas jurídicas que respaldam o

procedimento de parceria. Afirma que prestará no hospital todos os serviços descritos em sua proposta de trabalho e vai realizar o gerenciamento da Unidade de Saúde respeitando o caráter público do Hospital e todos os princípios e a legislação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Foram contemplados no modelo a melhoria na atenção à saúde por meio do respeito e da valorização do paciente e do trabalhador, da humanização do atendimento; da adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidades da população e da integralidade do cuidado como síntese de múltiplos cuidados.

Foram ainda desenhadas a operacionalização da gestão do cuidado, as ações estratégicas, os instrumentos de comunicação e regulação e de relacionamento interinstitucional, que dialoguem de forma fluida com o modelo de regulação assistencial e facilitem o estabelecimento de contrarreferência com a Atenção Básica e com outras unidades de saúde e definidas as ferramentas para o modelo de governança.

Para a melhoria da Qualidade da Assistência, a proposta inclui ações e procedimentos transversais a todos os pontos de atenção do Hospital (pronto socorro, enfermarias, centro cirúrgico, ambulatório) e ainda, aos Sistemas de Apoio e Diagnóstico Terapêutico e Logístico tais como a elaboração e fortalecimento das ações para humanização, qualidade e cuidado centrado no paciente.

Comtemplou a implantação/readequação de novos fluxos e processos de gerenciamento do Hospital, tais como os Fluxos Operacionais compreendendo circulação em áreas externas e internas e em áreas restritivas; os Fluxos para registro de documentos e os fluxos unidirecionais para materiais esterilizados, para roupas e para resíduos de saúde.

A implantação da gestão está fundamentada no Regimento Interno do Hospital e nos Regimentos do Corpo Clínico; da Enfermagem; do Serviço Social; da Psicologia e da Fisioterapia e, para a implantação dos processos foram inseridos o Manual de Rotinas para Administração Financeira e o Manual de Normas e Rotinas Administrativas dos setores de Almoxarifado, Compras, Serviço de Arquivo Médico, Farmácia, Manutenção, Patrimônio e Contabilidade.

A Qualidade Objetiva está orientada a obter e garantir a melhoria na assistência, considerando os recursos e a tecnologia existente no Hospital, e o INSTITUTO PATRIS buscará implementar, implantar e acompanhar a qualidade da assistência, considerando os

recursos e a tecnologia existentes no hospital, e o INSTITUTO PATRIS buscará implementar, implantar e acompanhar a qualidade da assistência por meio de Núcleos, Comitês e Comissões propostas, bem como a implantação e fortalecimento das Políticas Institucionais, com destaque para a Política de Gestão de Pessoas, Gestão de Custos, Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente, Política de Humanização, Política para qualificação de fornecedores, entre outras.

Para avaliar a percepção do usuário e familiares que obtém de sua passagem pela Unidade, o INSTITUTO PATRIS apresenta a proposta de manutenção/fortalecimento dos Canais de Comunicação com o usuário (ouvidoria SUS, Serviço de Atendimento ao Cliente e Pesquisa de Satisfação) visando possibilitar a participação dos usuários internos e externos na gestão, com indicação das formas de recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares, proporcionando acessibilidade, humanizando os serviços e preservando os direitos dos cidadãos.

Na organização e gerenciamento pactuado das ações e serviços do Hospital, o INSTITUTO PATRIS propõe:

- Identificar áreas de intervenção prioritária para o desenvolvimento da Proposta Técnica;
- Adequar as propostas levando em conta as condições de vida dos diversos grupos e a distribuição social dos riscos e dos danos à saúde;
- Dispor de recursos humanos capacitados e de infraestrutura necessária para ter capacidade de resposta oportuna e efetiva;
- Transferir conhecimento especializado aos profissionais para que os mesmos se capacitem e fiquem mais resolutivos;
- Adequar apoio logístico e infraestrutura necessária, visando o aumento da capacidade de organização das estruturas e práticas e a melhoria do desempenho;
- Fomentar a discussão do apoio diagnóstico e terapêutico, tanto nos ciclos logísticos quanto no uso racional dos medicamentos e exames complementares;
- Desenvolver companhas educativas necessárias ao bom desempenho das atividades;
- Avaliar o resultado das ações desenvolvidas, através da avaliação de processos e resultados, da avaliação das opiniões de profissionais e usuários e da avaliação de metas estabelecidas pela Gestão Estadual.

Concluindo, o Projeto elaborado requer uma adesão responsável aos objetivos e metas e está orientado pelo Princípio da Complementaridade e pela Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual. Deve também ser flexível, para oferecer agilidade no uso dos recursos e com

sistemas de informação orientados para a sua transparência, possibilitando o controle social sobre todas as etapas do processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação.

Para acompanhamento dos resultados em saúde e alcance das metas estabelecidas por meio das linhas de contratação, bem como todos os deveres descritos em legislações do SUS e obrigações contratuais, o INSTITUTO PATRIS adotará a metodologia proposta pelo Núcleo da Qualidade do Hospital, a qual observar-se-á o planejamento das ações descritas na proposta de trabalho apresentada no presente certame, conforme cronograma abaixo:

-

Seq.	CRONOGRAMA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE METODOLOGIA DE TRABALHO	Fase de Operacionalização											
		Meses											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Elaboração de Planejamento Estratégico												
2	Apresentação do Modelo Gerencial												
3	Definição das Linhas de Cuidado Prioritário com a Gestão Estadual												
4	Adequação de Recursos Humanos/ Dimensionamento de Pessoal												
5	Implementação do novo modelo de Gestão												
6	Implementação Diretoria Colegiada												
7	Implementação Conselho Gestor												
8	Avaliação, adequação e fortalecimento do modelo de Gestão da Informação e Gestão de Serviços de Saúde												
9	Avaliação, adequação e fortalecimento das ações de segurança, humanização e qualidade												
10	Implantação dos Fluxos operacionais em áreas externas e internas												
11	Implantação dos Fluxos operacionais em restritas												
12	Implantação dos Fluxos para registros de documentos												
13	Implantação de Fluxo unidirecional para materiais esterilizados												
14	Implantação dos Fluxos unidirecional para roupas												
15	Implantação dos Fluxos unidirecional para resíduos em saúde												
16	Implantação da Gestão												

-

17	Implantação da Logística de Suprimentos	
18	Implantação da Política de Recursos Humanos	
19	Reestruturação e implementação do Regulamento do Hospital	
20	Reestruturação e implementação do Regimento do Corpo Clínico	
21	Reestruturação e implementação do Regimento do Serviço de Enfermagem	
22	Reestruturação e implementação do Regimento do Serviço Social	
23	Reestruturação e implementação do Regimento de Psicologia	
24	Reestruturação e implementação do Regimento de Fisioterapia	
25	Implantação de Processos	
26	Reestruturação e implementação do Manual de Protocolos Assistenciais	
27	Reestruturação e implementação do Manual de rotinas administrativas para o Almoxarifado e Patrimônio	
28	Implementação de Educação em saúde/capacitação	
29	Implementação dos Projetos Assistenciais e Sociais	
30	Apresentação da proposta para comissões, Núcleos e Comitês para a Diretoria Geral	
31	Apresentação de proposta para Política de Humanização como estratégia principal de Acolhimento	
32	Apresentação de mecanismos para Acolhimento e Atendimento	
33	Apresentação para implantação de manual de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme classificação, e	

	de instrumento para orientação aos usuários e visitas com definição de horários e medidas de controle de riscos, implantação do SAU e Ouvidoria	
34	Apresentação de proposta para implantação de outros serviços assistenciais e de apoio	
35	Análise, reestruturação e implantação de novo modelo para pontos de Atenção do Hospital	
36	Análise, reestruturação e implantação de normas para gerenciamento e contratação de terceiros	
37	Reestruturação e implantação de modelo de compras, contratos e terceirizações	
38	Implantação de Projeto de Desenvolvimento de Recursos Humanos	
39	Implantação de Política de Recursos Humanos	
40	Implementação de Proposta para Pesquisa de Clima Organizacional	
41	Implantação de Sistema de Avaliação de Desempenho	
42	Implantação de Proposta de Política de Contratação de RH	
43	Implementação da Política de Educação Permamente	
44	Apresentação de plano para contrarreferência	

Planilha de Despesas Mensais do **Hospital Estadual De São Luís De Montes Belos Dr. Geraldo Landó:**

Itens de Despesas	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12	TOTAL
1. Pessoal	**2.366.428,76**	**2.366.428,76**	**2.366.428,76**	**2.366.428,76**	**2.366.428,76**	**2.366.428,76**	**2.366.428,76**	**2.366.428,76**	**2.366.428,76**	**2.366.428,76**	**2.366.428,76**	**2.366.428,76**	**28.397.145,12**
1.1. Salários	720.019,85	720.019,85	720.019,85	720.019,85	720.019,85	720.019,85	720.019,85	720.019,85	720.019,85	720.019,85	720.019,85	720.019,85	8.640.238,20
1.2. Outras Formas de Contratação	1.398.600,00	1.398.600,00	1.398.600,00	1.398.600,00	1.398.600,00	1.398.600,00	1.398.600,00	1.398.600,00	1.398.600,00	1.398.600,00	1.398.600,00	1.398.600,00	16.783.200,00
1.3. Enc. Benef de 1.1 e 1.2	247.808,91	247.808,91	247.808,91	247.808,91	247.808,91	247.808,91	247.808,91	247.808,91	247.808,91	247.808,91	247.808,91	247.808,91	2.973.706,92
2. Medicamentos	**282.000,00**	**282.000,00**	**282.000,00**	**282.000,00**	**282.000,00**	**282.000,00**	**282.000,00**	**282.000,00**	**282.000,00**	**282.000,00**	**282.000,00**	**282.000,00**	**3.384.000,00**
3. Materiais	**263.900,00**	**263.900,00**	**263.900,00**	**263.900,00**	**263.900,00**	**263.900,00**	**263.900,00**	**263.900,00**	**263.900,00**	**263.900,00**	**263.900,00**	**263.900,00**	**3.166.800,00**
3.1. Materiais Hospitalares	228.500,00	228.500,00	228.500,00	228.500,00	228.500,00	228.500,00	228.500,00	228.500,00	228.500,00	228.500,00	228.500,00	228.500,00	2.742.000,00
3.2. Gases Medicinais	35.400,00	35.400,00	35.400,00	35.400,00	35.400,00	35.400,00	35.400,00	35.400,00	35.400,00	35.400,00	35.400,00	35.400,00	424.800,00
4. Materiais Diversos	**171.050,00**	**171.050,00**	**171.050,00**	**171.050,00**	**171.050,00**	**171.050,00**	**171.050,00**	**171.050,00**	**171.050,00**	**171.050,00**	**171.050,00**	**171.050,00**	**2.052.600,00**
4.1. Material de Higienização	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	680.400,00
4.2. Gêneros Alimentícios	95.200,00	95.200,00	95.200,00	95.200,00	95.200,00	95.200,00	95.200,00	95.200,00	95.200,00	95.200,00	95.200,00	95.200,00	1.142.400,00
4.3. Material Expediente	7.400,00	7.400,00	7.400,00	7.400,00	7.400,00	7.400,00	7.400,00	7.400,00	7.400,00	7.400,00	7.400,00	7.400,00	88.800,00
4.4. Combustí vel	11.750,00	11.750,00	11.750,00	11.750,00	11.750,00	11.750,00	11.750,00	11.750,00	11.750,00	11.750,00	11.750,00	11.750,00	141.000,00
4.5. GLP	14.550,00	14.550,00	14.550,00	14.550,00	14.550,00	14.550,00	14.550,00	14.550,00	14.550,00	14.550,00	14.550,00	14.550,00	174.600,00
5. Serviços de Apoio	**85.400,00**	**85.400,00**	**85.400,00**	**85.400,00**	**85.400,00**	**85.400,00**	**85.400,00**	**85.400,00**	**85.400,00**	**85.400,00**	**85.400,00**	**85.400,00**	**1.024.800,00**
5.1 Laboratório	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	1.024.800,00
6. Manutenção	**146.230,13**	**146.230,13**	**146.230,13**	**146.230,13**	**146.230,13**	**146.230,13**	**146.230,13**	**146.230,13**	**146.230,13**	**146.230,13**	**146.230,13**	**146.230,13**	**1.754.761,56**
6.1. Material / Serviços	146.230,13	146.230,13	146.230,13	146.230,13	146.230,13	146.230,13	146.230,13	146.230,13	146.230,13	146.230,13	146.230,13	146.230,13	1.754.761,56
7.Seguros/Impostos/Taxas	**32.853,00**	**32.853,00**	**32.853,00**	**32.853,00**	**32.853,00**	**32.853,00**	**32.853,00**	**32.853,00**	**32.853,00**	**32.853,00**	**32.853,00**	**32.853,00**	**394.236,00**
7.1. Seguros	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	168.000,00
7.2.Impostos/Taxas	18.853,00	18.853,00	18.853,00	18.853,00	18.853,00	18.853,00	18.853,00	18.853,00	18.853,00	18.853,00	18.853,00	18.853,00	226.236,00
8. Telefonia	**4.500,00**	**4.500,00**	**4.500,00**	**4.500,00**	**4.500,00**	**4.500,00**	**4.500,00**	**4.500,00**	**4.500,00**	**4.500,00**	**4.500,00**	**4.500,00**	**54.000,00**
9. Água	**7.500,00**	**7.500,00**	**7.500,00**	**7.500,00**	**7.500,00**	**7.500,00**	**7.500,00**	**7.500,00**	**7.500,00**	**7.500,00**	**7.500,00**	**7.500,00**	**90.000,00**
10. Energia Elétrica	**19.800,00**	**19.800,00**	**19.800,00**	**19.800,00**	**19.800,00**	**19.800,00**	**19.800,00**	**19.800,00**	**19.800,00**	**19.800,00**	**19.800,00**	**19.800,00**	**237.600,00**
11. Prestação de ServiçosTerceiros	**289.139,38**	**289.139,38**	**289.139,38**	**289.139,38**	**289.139,38**	**289.139,38**	**289.139,38**	**289.139,38**	**289.139,38**	**289.139,38**	**289.139,38**	**289.139,38**	**3.469.672,56**
12. Informática	**19.500,00**	**19.500,00**	**19.500,00**	**19.500,00**	**19.500,00**	**19.500,00**	**19.500,00**	**19.500,00**	**19.500,00**	**19.500,00**	**19.500,00**	**19.500,00**	**234.000,00**
13. TOTAL R$	**3.688.301,27**	**3.688.301,27**	**3.688.301,27**	**3.688.301,27**	**3.688.301,27**	**3.688.301,27**	**3.688.301,27**	**3.688.301,27**	**3.688.301,27**	**3.688.301,27**	**3.688.301,27**	**3.688.301,27**	**44.259.615,24**

6.6.2. Projetos táticos e operacionais a serem realizados a alcançar e definição das estratégias de implantação.

Para atingir a realização dos projetos táticos e operacionais foram definidos os objetivos estratégicos do Hospital para a sua implantação e os mesmos deverão ser revistos anualmente:

Perspectivas	Objetivos estratégicos
RESULTADOS	- Garantir a melhoria do acesso à assistência em saúde. - Ter excelência na execução orçamentária e financeira do hospital.
PARTES INTERESSADAS	**SES - SMS** - Apoiar a estruturação da rede assistencial e a articulação de políticas de saúde. **Sociedade** - Promover ações na prevenção e tratamento e educação em saúde. **Pacientes** - Garantir a melhoria contínua no cuidado ao paciente. **Corpo Profissional** - Garantir a geração e a disseminação do conhecimento.
PROCESSOS INTERNOS	**Excelência em Assistência de Média Complexidade.** - Ampliar a produtividade ambulatorial e cirúrgica.
PESSOAS ORGANIZAÇÃO, TECNOLOGIAS E INOVAÇÃO	**Gestão estratégica de Pessoas** - Consolidar a cultura organizacional de qualidade e segurança. - Promover o desenvolvimento educacional.
	Melhoria e inovação dos processos de trabalho - Melhorar e inovar continuamente os processos de trabalho. - Aprimorar as tecnologias da informação para melhoria da comunicação interna e externa.

A execução dos projetos táticos e operacionais da Proposta de Trabalho foram definidos no Plano de ação para as diversas áreas, considerando sua representatividade, validade e fidedignidade em relação às necessidades dos diversos serviços estabelecidos pelo contrato de gestão.

Complementar ao plano de ação, serão implementados Indicadores Hospitalares para avaliar o desempenho hospitalar, envolvendo sua organização, recursos e metodologia de trabalho. Os dados coletados nas diversas áreas do hospital, quando relacionados entre si, transformam- se em instrumentos de gestão úteis para a avaliação da assistência prestada, quantidade e tipo de recursos envolvidos, controle dos custos gerados na produção dos serviços e grau de resolutividade dos mesmos.

Nesse contexto, é importante salientar que o indicador é uma variável, característica ou atributo de estrutura, processo, estratégico ou resultado que é capaz de sintetizar, representar, ou dar maior significado ao que se quer avaliar, sendo válido, portanto, num contexto específico. Neste Plano, será utilizado um conjunto de indicadores que deverá mensurar a melhoria do desempenho do Hospital e sua efetividade no contexto da atenção à saúde, humanização, ensino e pesquisa e gestão administrativa e financeira.

Para tanto, o INSTITUTO PATRIS propõe a utilização, no decorrer da sua gestão, dos indicadores relacionados a seguir, os quais estão divididos em Indicadores de Resultado (RES), Indicadores de Estrutura (ESTR) Indicadores de Processos (PROC) e Indicadores Estratégicos. Todavia, ressaltamos que os indicadores propostos serão parametrizados e reavaliados no período de um ano ou sempre que necessária a implantação de outros meios de mensuração de desempenho.

Tabela de Indicadores

Classificação	Setor	Nome do Indicador	Dados / Método
ESTR	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	Índice de equilíbrio entre receita e despesa	Valor total de receita / Valor total de despesa
RES	OUVIDORIA	Resultados das Pesquisas de Satisfação e Ações de Melhorias Divulgadas	Número de divulgações
RES	OUVIDORIA	Atenção ao usuário	Queixas recebidas/queixas resolvidas
PROC	ENFERMAGEM - CENTRO CIRURGICO	Taxa de Adesão ao Protocolo de Cirugia Segura	Nº de itens em conformidade com o Protocolo de Cirurgia Segura / Nº de itens aplicáveis segundo o Protocolo
RES	ENFERMAGEM - CENTRO CIRURGICO	Taxa de cirurgias canceladas	Nº de cirurgias canceladas / Nº de cirurgias agendadas * 100
ESTR	ENFERMAGEM - CENTRO CIRURGICO	Índice de intercorrência durante a recuperação anestésica	Nº de intercorrências durante a recuperação anestésica / Nº de admissões na SRPA * 100
ESTR	ENFERMAGEM - CENTRO CIRURGICO	Taxa de ociosidade cirúrgica	Nº de horas de sala cirúrgica / Nº de horas de capacidade de sala cirúrgica X 100
PROC	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	Índice de Termos de Consentimento Aplicados	Σ procedimentos invasivos e cirúrgicos com termo de consentimento / Σ procedimentos invasivos e cirúrgicos realizados
PROC	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	Índice de Quedas Ocorridas na Instituição	Total de quedas no período / Total de pacientes-dia
RES	NUTRIÇÃO	Taxa de acompanhamento de pacientes com risco > = 3	nº de pacientes com risco > ou = 3 acompanhados / Total de pacientes avaliados com risco > = 3
ESTR	NUTRIÇÃO	Taxa de aceitação de dieta por via oral de pacientes com risco > ou = 3	nº de pacientes de risco > = 3 com aceitação VO > 70% /Total de pacientes com risco > ou =3 em VO

ESTR	NUTRIÇÃO	% De pacientes triados em até 72horas após a admissão	nº de pacientes triados em até 72 horas / nº de pacientes admitidos mês
ESTR	NUTRIÇÃO	% De pacientes com risco > = 3	nº de pacientes com risco > ou = 3 / Total de pacientes avaliados (Triados)
ESTR	NUTRIÇÃO	Adequação do volume prescrito X infundido nas Clínicas	Volume prescrito / Volume infundido (clinicas)
ESTR	NUTRIÇÃO	Adequação do volume prescrito X infundido na CTI	Volume prescrito / Volume infundido (CTI)
PROC	NUTRIÇÃO	Índice de adesão ao protocolo de jejum – Médicos	Adesão da equipe médica / Total de pacientes no pre operatório x 100
PROC	NUTRIÇÃO	Índice de adesão ao protocolo de jejum – Enfermagem	Adesão da equipe de enfermagem / Total de pacientes no pré operatório x 100
PROC	NUTRIÇÃO	Tempo médio de Jejum de 8 horas	Somatório das horas de jejum dos pacientes em jejum proposto de 4, 6 ou 8 horas / numero de pacientes em jejum de 4, 6 ou 8 horas
PROC	NUTRIÇÃO	Tempo médio de Jejum de 6 horas	Somatório das horas de jejum dos pacientes em jejum proposto de 4, 6 ou 8 horas / numero de pacientes em jejum de 4, 6 ou 8 horas
PROC	NUTRIÇÃO	Tempo médio de Jejum de 4 horas	Somatório das horas de jejum dos pacientes em jejum proposto de 4, 6 ou 8 horas / numero de pacientes em jejum de 4, 6 ou 8 horas
ESTR	NUTRIÇÃO	Giro de estoque	Valor total de saída / Valor total de Entrada
ESTR	ENGENHARIA CLINICA	Tempo médio para reparo (Dias)	Tempo médio para reparo em horas, período de 6 meses (indicado pelo sistema DÍNAMUS) / 24
RES	ENGENHARIA CLINICA	Taxa de Atendimentos das Manutenções Preventivas	Total de O.S.M.P. fechadas no período / Total de O.S.M.P. abertas no período x100
RES	ENGENHARIA CLINICA	Relação das Manutenções Preventivas e Corretivas	Total de O.S.M.P. fechadas no período / Total de O.S. fechadas no período x100
ESTR	ENGENHARIA CLINICA	Taxa de Atendimento das Inspeções dos Gases Medicinais	Total de O.S.I.G.M. fechadas no período / Total de O.S.I.G.M. abertas no período x100;
RES	ENGENHARIA CLINICA	Taxa de Atendimento das Manutenções Corretivas	Total de O.S.M.C. fechadas no período / Total de O.S.M.C. abertas no período x100
ESTR	ENGENHARIA CLINICA	Taxa de Manutenções Corretivas Internas	Total de O.S.M.C. Internas fechadas no período / Total de O.S.M.C. fechadas no período x 100;
RES	ENGENHARIA CLINICA	Taxa de Atendimento das O.S. dentro do Tempo de Criticidade	Total de O.S.M.C. Atendidas dentro do tempo estabelecido pela criticidade / Total de O.S.M.C. fechadas no período
ESTR	ENGENHARIA CLINICA	Tempo médio entre falhas (meses) Ventilador Pulmonar	Tempo do período analisado (-) (Data e Hora de Funcionamento (-) Data e Hora de Parada) / Total de ordens de serviços de manutenções corretivas

ESTR	ENGENHARIA CLINICA	Tempo médio entre falhas (meses) Monitor Multiparamétrico	Tempo do período analisado (-) (Data e Hora de Funcionamento (-) Data e Hora de Parada) / Total de ordens de serviços de manutenções corretivas
ESTR	ENGENHARIA CLINICA	Tempo médio entre falhas (meses) Desfibrilador	Tempo do período analisado (-) (Data e Hora de Funcionamento (-) Data e Hora de Parada) pelo Total de ordens de serviços de manutenções corretivas
ESTR	ENGENHARIA CLINICA	Tempo médio entre falhas (meses) Estação de Anestesia	Tempo do período analisado (-) (Data e Hora de Funcionamento (-) Data e Hora de Parada) / Total de ordens de serviços de manutenções corretivas
ESTR	ENGENHARIA CLINICA	Tempo médio para Reparo (TMPR)	TRPT = Tempo em reparo total; ? = Somatório n = quantidade de OSs por equipamento Tr = tempo de reparo i = quantidade de equipamentos Se dividirmos por n, que é o número de ciclos de trabalho ou o número de vezes em que a máquina trabalhou e quebrou
ESTR	GERÊNCIA DE PESSOAL	Quantidade de ações de treinamento nos protocolos institucionais	Somatório de ações de treinamento nos Protocolos realizados no período, / total previsto (20) mais o percentual já realizado
RES	GERÊNCIA DE PESSOAL	Índice de Satisfação quanto ao Clima Organizacional	nº de colaboradores satisfeitos / nº de pesquisas realizadas
ESTR	GERÊNCIA DE PESSOAL	% de Participação do Recém-Admitido no Treinamento Introdutório Funcional	nº de colaboradores que participaram do Treinamento Introdutório Funcional no período / nº de colaboradores que foram admitidos no período de referência
ESTR	GERÊNCIA DE PESSOAL	Índice de adequação do recém-admitido à vaga	nº de colaboradores adequados à vaga / nº de avaliações realizadas
ESTR	GERÊNCIA DE PESSOAL	Tempo médio de preenchimento de vagas	Somatório da quantidade de dias de cada vaga preenchida por grupo _____ Número de vagas 1. Soma das médias da quantidade de dias para o preenchimento da vaga para cada grupo profissional 2. nº de vagas preenchidas.
ESTR	GERÊNCIA DE PESSOAL	% de Taxa de Rotatividade (Turnover)	(Número de admissões + desligamentos)/2 / 1/Nº de colaboradores ativos no cadastro do hospital * 100
RES	GERÊNCIA DE PESSOAL	Índice de Treinamento	(Número funcionários ouvintes no curso 1 x carga horária curso 1) + (Número funcionários ouvintes no curso 2 x carga horária curso 2) + ...+ .... + (Número funcionários ouvintes no curso n x carga horária curso n) x 1000 / Numero de horas/Homem trabalha
ESTR	GERÊNCIA DE PESSOAL	Tempo médio de preenchimento de vagas	Somatório da quantidade de dias de cada vaga preenchida por grupo _____ Número de vagas 1. Soma das médias da quantidade de dias para o

			preenchimento da vaga para cada grupo profissional 2. nº de vagas preenchidas.
RES	GERÊNCIA DE PESSOAL	Índice de Treinamento	(Número funcionários ouvintes no curso 1 x carga horária curso 1) + (Número funcionários ouvintes no curso 2 x carga horária curso 2) + ...+ .... + (Número funcionários ouvintes no curso n x carga horária curso n) x 1000 / Numero de horas/Homem trabalhadas
RES	SESMT	Taxa de adesão aos exames periódicos	Número de exames periódicos realizados / Quantidade Total Convocações na semana x 100
ESTR	SESMT	Taxa de não conformidade na caldeira	Números de itens NÃO conformes encontrados /Quantidade Total de itens verificados x 100
ESTR	SESMT	Taxa de entrega de documentos de empresas terceirizadas	Números de empresas terceirizadas que entregaram toda documentação / Quantidade Total de empresas terceirizadas x 100
ESTR	SESMT	Taxa de vacinação - difteria/tétano	Servidores que comprovaram a vacina difteria/tétano / total de servidores geral * 100
ESTR	SESMT	Taxa de vacinação - febre amarela	Servidores que comprovaram a vacina febre amarela / total de servidores geral* 100
ESTR	SESMT	Taxa de vacinação - hepatite b	Servidores que comprovaram a vacina de hepatite b / total de servidores geral * 100
ESTR	SESMT	Taxa de não conformidade rede de vapor	Números de itens NÃO conformes encontrados / Quantidade Total de itens verificados x 100
RES	SESMT	Estatística de acidente de trabalho com material biológico	Número de acidentes com material biológico / número total de colaboradores * 100
ESTR	ALMOXARIFADO	Cancelamento de solicitações	Nº de solicitações canceladas / Nº total de solicitações
RES	ALMOXARIFADO	Falta de estoque	Nº itens não atendidos por falta de estoque / Nº de itens solicitados x 100
ESTR	ALMOXARIFADO	Fornecedores abaixo do índice satisfatório	Nº Fornecedores com nota insatisfatória / Nº Total de fornecedores x 100
ESTR	ALMOXARIFADO	Acurácia dos estoques	Quantidade de itens com estoque correto / Quantidade de itens contado x 100
ESTR	ALMOXARIFADO	Índice de Abastecimento de gases medicinais - cilindros	Quantidade Atendida / Quantidade Solicitada x 100
ESTR	ALMOXARIFADO	Eficiência atendimento OS almoxarifado	Qtd. Ordens de serviço concluídas / Qtd. OS solicitadas x 100

ESTR	ALMOXARIFADO	Eficiência por item atendido	Nº de itens solicitados / Nº de itens atendidos c/ divergência
RES	ALMOXARIFADO	Giro de Estoque	Saídas Setor (por custo) / Estoque Médio (E méd)
ESTR	AMBULATÓRIO	Quantidade de consultas médicas	Quantidade de consultas médicas no mês
ESTR	AMBULATÓRIO	Quantidade de consultas não médicas	Quantidade de consultas não médicas no mês
ESTR	AMBULATÓRIO	Índice de Aproveitamento de vagas	N° de consultas agendadas / N° de vagas ofertadas
ESTR	AMBULATÓRIO	Índice de Absenteísmo de Consultas Ambulatoriais	N° de consultas não realizadas / N° de consultas agendadas
ESTR	CENTRAL DE INTERNAÇÃO	Quantidade de saídas hospitalares	Soma de saídas Clinicas e Cirúrgicas no mês
ESTR	CENTRAL DE INTERNAÇÃO	Número de cancelamentos de cirurgias eletivas devido absenteísmo do paciente.	Nº de procedimentos cancelados antes da efetivação de internação do paciente / Total de cirurgias agendadas
ESTR	CENTRAL DE INTERNAÇÃO	Média de tempo de espera para a internação do paciente	Nº total de minutos gastos para as internações dos pacientes / Nº de pacientes internados
ESTR	CENTRAL DE INTERNAÇÃO	Média do tempo entre a alta médica e a alta administrativa na Central de Internação	Tempo total gasto em minutos entre a prescrição médica de alta até a alta hospitalar / Nº total de altas hospitalares
ESTR	PRONTO SOCORRO	Quantidade de Atendimentos de Urgência	Total de atendimentos de urgências no mês referência
PROC	PRONTO SOCORRO	Índice de cumprimento do Protocolo de Classificação de Riscos	Total de Pacientes atendidos no tempo preconizado de classificação de Riscos (todas) / Total de Pacientes Classificados (todos)
ESTR	FARMÁCIA	Planejamento de compras	Valor das compras emergenciais / valor da compra mensal x100
ESTR	FARMÁCIA	Recebimento de insumos	Número de entregas realizadas / nº de entregas com cancelamentos x100.
ESTR	FARMÁCIA	Avaliação de fornecedores	Número de fornecedores abaixo do esperado / nº fornecedores dentro do esperado x100.
ESTR	FARMÁCIA	% de Perda de drogas por validade	Quantitativo de itens vencidos / quantidade dos itens da mesma classe terapêutica em estoque.

ESTR	FARMÁCIA	Inventário	Quantitativo de itens divergentes / Quantidade de itens contabilizados no inventário x 100.
ESTR	FARMÁCIA	Giro de estoque	Valor de entrada no estoque / Valor de saída do estoque
ESTR	FARMÁCIA	% De erro nos kits confeccionados na dispensação	Número de kits que apresentaram erro / Número de kits analisados / x100
RES	FARMÁCIA	Atendimento dos Kits de medicamentos	Número de kits atendidos com itens faltantes / Número de kits atendidos em sua totalidade
RES	FARMÁCIA	% De intervenções propostoas na reconciliação medicamentosa	Número de intervenções propostas / Número de pacientes admitidos
ESTR	FARMÁCIA	% Intervenções propostas em acompanhamento farmacoterapêutico	Número intervenções propostas / Número prescrições avaliadas
RES	FARMÁCIA	% de altas orientadas pelo Farmacêutico Clínico	Número altas orientadas / Total de altas da enfermaria
ESTR	HOTELARIA (HIGIENIZAÇÃO)	Percentual de limpeza programada não realizada	Número de limpezas programadas não realizadas / Número de limpezas programadas
RES	HOTELARIA (HIGIENIZAÇÃO)	Percentual de limpeza terminal NÃO realizada	Número de limpezas terminais não realizadas / Número de limpezas terminais
ESTR	HOTELARIA (HIGIENIZAÇÃO)	Média de minutos de Limpeza Terminal	Somatório do tempo utilizado para realização das limpezas terminais / Número de limpezas terminais realizadas
RES	HOTELARIA (HIGIENIZAÇÃO)	Índice de Retrabalho de Limpeza Concorrente	Total de serviços repetidos de Limpeza Concorrente / Total de serviços realizados de Limpeza Concorrente
ESTR	HOTELARIA (HIGIENIZAÇÃO)	Número de resíduos gerados por setor de acordo com seu grupo Infectante	Total de quilos de resíduos infectantes gerados / Total de quilos de resíduos gerados
ESTR	HOTELARIA (HIGIENIZAÇÃO)	Número (Kg) de resíduos gerados de acordo com seu grupo - Comum	Total de quilos de resíduos comuns gerados / Total de quilos de resíduos gerados
ESTR	ENFERMAGEM – TERAPIA INTENSIVA	Taxa de ocupação	Nº de pacientes/dia / Nº de leitos/dia
ESTR	ENFERMAGEM – TERAPIA INTENSIVA	Taxa de PAV	Nº de pacientes que apresentaram PAV / Nº de dias em uso de Ventilação Mecânica * 100
ESTR	ENFERMAGEM – TERAPIA INTENSIVA	Taxa de extubação precoce/acidental	Nº de ocorrências de extubação precoce/acidental / Nº de dias em uso de Ventilação Mecânica * 100
ESTR	ENFERMAGEM – TERAPIA INTENSIVA	Média de permanência	nº de paciente dia / nº de saídas
ESTR	ENFERMAGEM – TERAPIA INTENSIVA	Taxa de mortalidade maior que 24h	nº de óbitos maiores ou iguais a 24h de internação / nº de saídas da UTI

ESTR	ENFERMAGEM – TERAPIA INTENSIVA	Taxa de reinternação na UTI em tempo inferior a 24 horas	Nº absoluto em porcentagem das ocorrências de reinternação no centro de terapia intensiva em menos de 24 horas / nº total de admissões
RES	ENFERMAGEM – TERAPIA INTENSIVA	Taxa de letalidade padronizada (TLP) - Escore SAPS 3 (equação geral /America Latina)	Valor absoluto da Taxa de letalidade padronizada (TLP) – Escore SAPS 3 /
ESTR	ENFERMAGEM - CME	Taxa de manutenção preventiva	Nº de manutenções preventivas realizadas / Nº de manutenções preventivas previstas
ESTR	ENFERMAGEM - CME	Taxa de manutenção corretiva	Nº de manutenções corretivas / Total de manutenções realizadas
RES	ENFERMAGEM - CME	Taxa de ciclos realizados	Número total de ciclos concluídos com sucesso
ESTR	ENFERMAGEM - CME	Taxa de reesterilização	Número de artigos hospitalares reprocessados / Número total de artigos hospitalares processados
ESTR	ENFERMAGEM - CME	Taxa de instrumental extraviado/quebrado	Taxa de instrumental extraviados e ou quebrados/Número total de material
RES	SADT	Índice de Intercorrência durante o procedimento	Nº de Intercorrências / Nº de exames realizados
RES	SADT	Índice de Preenchimento de Vagas Ambulatoriais	Nº de Exames Ambulatoriais agendados / Nº de vagas ambulatoriais disponibilizadas
ESTR	SADT	Índice de Realização de Consultas de Enfermagem dos exames agendados	Número de Consultas de Enfermagem / Número de Exames Ambulatoriais agendados
ESTR	SADT	Índice de Absenteísmo de Pacientes agendados	Nº de pacientes que não realizaram o exame / Nº de exames agendados
ESTR	SADT	Total de Exames Realizados	Nº de Exames Ambulatoriais Realizados / Nº de Exames Internos Realizados
ESTR	SADT	Índice de Suspensão de Exames	Nº de Exames Suspensos por diversos motivos / Nº de exames agendados
ESTR	SADT	Índice de Retificação de Laudos	Nº de Laudos Retificados / Nº de Exames Realizados

RES	SADT	Índice de entrega de laudo para pacientes	Nº de Exames de pacientes Ambulatoriais e internados (aferidos separado) entregues no prazo estipulado / Total de entregas Indice final é a média dos dois indices.
RES	SADT	Índice de Intercorrência durante o procedimento	Nº de Intercorrências / Nº de exames realizados
ESTR	ENFERMAGEM - CLÍNICA CIRÚRGICA	Taxa de ocupação	Nº de pacientes/dia / Nº de leitos/dia
ESTR	ENFERMAGEM - CLÍNICA CIRÚRGICA	Perfil de classificação do paciente de acordo com o nível de cuidado	vários indicadores - esclarecer a unificação
RES	ENFERMAGEM - CLÍNICA CIRÚRGICA	Taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura no pré-operatório	Média geral do percentual de 5 indicadores: Lateralidade, Termo cirúrgico, Termo anestégico, Avaliação anestésica e SAEP
ESTR	ENFERMAGEM - CLÍNICA CIRÚRGICA	Média de permanência	Nº de paciente/dia / Nº de saídas
ESTR	ENFERMAGEM - CLÍNICA CIRÚRGICA	Adesão dos Multiprofissionais na alta do paciente	vários indicadores - consolidar ou separar
ESTR	ENFERMAGEM - CLÍNICA CIRÚRGICA	Taxa de Mortalidade	Nº de óbitos / Nº de Saídas do Setor *100
RES	ENFERMAGEM - CLÍNICA CIRÚRGICA	Taxa de adesão ao protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão	Nº de itens em conformidade com o protocolo de prevenção de lesão por pressão/ Nº total de itens avaliados X 100
RES	ENFERMAGEM - CLÍNICA CIRÚRGICA	Taxa de adesão ao protocolo de Prevenção de Flebites	Nº de itens em conformidade com o protocolo de prevenção de flebites / Nº total de itens avaliados X 100
RES	ENFERMAGEM - CLÍNICA CIRÚRGICA	Taxa de adesão ao protocolo de Prevenção de Quedas	Nº de itens em conformidade com o protocolo de prevenção de quedas/ Nº total de itens necessários avaliados X 100
RES	ENFERMAGEM - CLÍNICA CIRÚRGICA	Taxa de adesão ao protocolo de Prevenção de Broncoaspiração	Nº de itens em conformidade com o protocolo de prevenção de broncoaspiração / Nº total de itens avaliados X 100
RES	ENFERMAGEM - CLÍNICA CIRÚRGICA	Taxa de adesão ao protocolo de Prevenção de Alergias	Nº de / Nº de pacientes avaliados X 100
RES	ENFERMAGEM - CLÍNICA CIRÚRGICA	Taxa de adesão ao protocolo de Identificação do Paciente	Nº de itens em conformidade com o protocolo de identificação do paciente / Nº total de itens avaliados X 100

ESTR	ENFERMAGEM - CLÍNICA CIRÚRGICA	Taxa de reinternação	Nº que reinternaram em menos de 30 dias / Nº de saídas hospitalares X 100
ESTR	ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA	Taxa de ocupação	Nº de pacientes/dia / Nº de leitos/dia
ESTR	ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA	Taxa de Mortalidade	Nº de óbitos / Nº de Saídas do Setor *100
PROC	ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA	Taxa de adesão ao protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão	Nº de itens em conformidade com o protocolo de prevenção de lesão por pressão/ Nº total de itens avaliados X 100
PROC	ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA	Taxa de adesão ao protocolo de Prevenção de Flebites	Nº de itens em conformidade com o protocolo de prevenção de flebites / Nº total de itens avaliados X 100
PROC	ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA	Taxa de adesão ao protocolo de Prevenção de Quedas	Nº de itens em conformidade com o protocolo de prevenção de quedas/ Nº total de itens necessários avaliados X 100
PROC	ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA	Taxa de adesão ao protocolo de Prevenção de Broncoaspiração	Nº de itens em conformidade com o protocolo de prevenção de broncoaspiração / Nº total de itens avaliados X 100
PROC	ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA	Taxa de adesão ao protocolo de Prevenção de Alergias	Nº de / Nº de pacientes avaliados X 100
PROC	ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA	Taxa de adesão ao protocolo de Identificação do Paciente	Nº de itens em conformidade com o protocolo de identificação do paciente / Nº total de itens avaliados X 100
ESTR	ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA	Perfil de classificação do paciente de acordo com o nível de cuidado	vários indicadores - esclarecer a unificação
PROC	ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA	Taxa de adesão ao Protocolo de Cirurgia Segura no Pré-operatório	Nº de itens em conformidade com o Protocolo de Cirurgia Segura no pré-operatório / Nº total de itens necessários conforme procedimento cirúrgico
ESTR	ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA	Média de permanência	nº de paciente dia / nº de saídas
ESTR	ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA	Adesão dos Multiprofissionais na alta do paciente	Nº de pacientes orientados pela equipe multiprofissional no momento da alta / Nº de pacientes de alta em acompanhamento pela equipe multiprofissional
ESTR	ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA	Taxa de reinternação >72HS	>72 horas / nº de saídas * 100

RES	MANUTENÇÃO PREDIAL	Porcentagem de atendimentos das solicitações de manutenção corretiva em obra civil	nº de ordens de serviço fechadas / nº de ordens de serviço abertas *100
ESTR	MANUTENÇÃO PREDIAL	Taxa de realização das manutenções preventivas do ar condicionado	nº de manutenções realizadas do ar condicionado / nº de manutenções planejadas do ar condionado * 100
ESTR	MANUTENÇÃO PREDIAL	Taxa de realização das manutenções preventivas do grupo gerador	nº de manutenções realizadas do grupo gerador / nº de manutenções planejadas do grupo gerador * 100
ESTR	MANUTENÇÃO PREDIAL	% Tratamento de Água nos Sistemas de Ar Condicionado	nº de tratamento de água realizados nos sistemas de ar condicionado / nº de tratamento de água planejados nos sistemas de ar condicionado * 100
RES	MANUTENÇÃO PREDIAL	% de Atendimento das OS dentro do Tempo de Criticidade	nº de ordens de serviço fechadas / nº de ordens de serviço abertas *100
ESTR	ROUPARIA E HOTELARIA	Média de quilos de roupas coletadas por dia	Quantidade total em kg de roupas coletadas mensal dividido por 30 dias /
RES	ROUPARIA E HOTELARIA	% de RELAVE	Valor total de refugo mensal / roupa lavada recebida mensal x 100
ESTR	ROUPARIA E HOTELARIA	Média de atraso mensal na entrega do enxoval pelo caminhão na Unidade	Quantidade de atrasos do caminhão registrados no mês / Quantidade de entrega dos enxovais no mês * 100
ESTR	ROUPARIA E HOTELARIA	Índice de peças costuradas	Quantidade total em kg de roupas costuradas mensal / quantidade total de roupas lavadas mensal * 100
ESTR	ROUPARIA E HOTELARIA	Número de objetos/materiais encontrados juntos ao enxovais	Soma dos materiais encontrados semanalmente
RES	SAME	Prontuários solicitados por pacientes ou procuradores (internação) / Prontuários apresentados a pacientes ou procuradores (internação) * 100	Prontuários solicitados por pacientes ou procuradores (internação) / Prontuários apresentados a pacientes ou procuradores (internação) * 100
ESTR	SAME	Prontuários solicitados por médicos auditores e ou plano de saúde / Prontuários apresentados a médicos auditores e ou plano de saúde * 100	Prontuários solicitados por médicos auditores e ou plano de saúde / Prontuários apresentados a médicos auditores e ou plano de saúde * 100
ESTR	SAME	Prontuários solicitados por pesquisadores / Prontuários apresentados a pesquisadores	Prontuários solicitados por pesquisadores / Prontuários apresentados a pesquisadores

ESTR	SAME	Prontuários solicitados sob demanda / Prontuários apresentados pelo Arquivo sob demanda	Prontuários solicitados) / Prontuários apresentados
RES	CCIH	Taxa de Infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas	nº de infecções de sítio cirúrgico em cirurgias limpas / nº de cirurgias limpas realizadas * 100
RES	CCIH	Taxa de IRAS em cirurgia limpa com prótese	nº de infecções de sítio cirúrgico em cirurgias limpas com próteses /nº de cirurgias limpas com próteses realizadas
RES	CCIH	Densidade de Incidência de IRAS_Méd.	nº de IRAS na clínica médica / nº de pacientes dia na clínica médica * 1000
RES	CCIH	Densidade de Incidência de IRAS_Cir.	nº de IRAS na clínica cirúrgica / nº de pacientes dia na clínica cirúrgica * 1000
RES	CCIH	Densidade de Incidência de IRAS_UTI	nº de IRAS na UTI / nº de pacientes dia na UTI * 1000
RES	CCIH	Taxa de uso de ventilação mecânica	nº de dias de Ventilação mecânica mês na UTI / nº de pacientes-dia da UTI * 100
RES	CCIH	Taxa de uso de sonda vesical de demora	nº de dias de sonda vesical de demora mês na UTI / nº de pacientes-dia da UTI * 100
RES	CCIH	Taxa de uso de cateter venoso central	nº de dias de cateter venoso central mês na UTI / nº de pacientes – dia da UTI * 100
RES	CCIH	Densidade de Incidência de PAV	nº de PAV / nº de pacientes em VM no mês * 1000
RES	CCIH	Densidade de Incidência de ITU	nº de ITU / nº de sonda vesical de demora no mês * 1000
RES	CCIH	Densidade de Incidência de IPCSL	nº de IPCSL / nº de cateteres venosos centrais por mês * 1000
RES	CCIH	Taxa de conformidade ao protocolo de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica	Número de observações em conformidade em relação à elevação da cabeceira da cama em 30-45º / número de observação do grau de elevação da cabeceira em pacientes em ventilação mecânica x100
RES	CCIH	Taxa de conformidade ao protocolo de prevenção de infecção urinária associada a sonda vesical de demora - **UTI**	Nº de observações em conformidade em relação à manutenção da SVD / Total de observações em relação à manutenção da SVD x 100

RES	CCIH	Taxa de conformidade ao protocolo de prevenção de infecção urinária associada a sonda vesical de demora - **Clínica Médica**	Nº de observações em conformidade em relação à manutenção da SVD / Total de observações em relação à manutenção da SVD x 100
RES	CCIH	Taxa de conformidade ao protocolo de prevenção de infecção urinária associada a sonda vesical de demora - **Clínica Cirúrgica**	Nº de observações em conformidade em relação à manutenção da SVD / Total de observações em relação à manutenção da SVD x 101
RES	CCIH	Taxa de adesão ao protocolo de prevenção de IPCSL - **UTI**	Número de observações em conformidade em relação ao curativo datado e identificado; equipo datado; aspecto do sítio de inserção do cateter / Total de observações em relação à manutenção do cateter x 100 / Total de observações em relação à manutenção do ca
RES	CCIH	Taxa de adesão ao protocolo de prevenção de IPCSL - **Clínica Cirúrgica**	Número de observações em conformidade em relação ao curativo datado e identificado; equipo datado; aspecto do sítio de inserção do cateter / Total de observações em relação à manutenção do cateter x 100 / Total de observações em relação à manutenção do ca
RES	CCIH	Taxa de adesão ao protocolo de prevenção de IPCSL - **Clínica Médica**	Número de observações em conformidade em relação ao curativo datado e identificado; equipo datado; aspecto do sítio de inserção do cateter / Total de observações em relação à manutenção do cateter x 100 / Total de observações em relação à manutenção do ca
RES	CCIH	Consumo de álcool gel em ml/paciente dia - **Clínica Médica**	Quantidade em ml consumida de álcool gel na Clínica Médica por mês / Total de pacientes-dia no mês *100
RES	CCIH	Consumo de álcool gel em ml/paciente dia - **Clínica Cirúrgica**	Quantidade em ml consumida de álcool gel na Clínica Cirúrgica por mês / Total de pacientes-dia no mês * 100
RES	CCIH	Consumo de sabonete líquido em ml/paciente dia – **Clínica Médica**	Quantidade em ml consumida de sabonete líquido na UTI por mês / Total de pacientes-dia no mês * 100
RES	CCIH	Consumo de sabonete líquido em ml/paciente dia – **Clínica Cirúrgica**	Quantidade em ml consumida de sabonete líquido na UTI por mês / Total de pacientes-dia no mês * 100
RES	CCIH	Consumo de sabonete líquido em ml/paciente dia – **CTI**	Quantidade em ml consumida de sabonete líquido na UTI por mês / Total de pacientes-dia no mês * 100
RES	CCIH	Contagem de Bactérias Heterotróficas UFC/ml – reuso	Contagem de Bactérias Heterotróficas UFC/ml
RES	SEGURANÇA PATRIMONIAL	% de Ocorrências adversas identificadas nas rondas noturnas	Número de eventos adversos identificados durante as rondas / Número de rondas realizadas registradas em bastão *100
ESTR	SEGURANÇA PATRIMONIAL	% De registro de bastão	Número de rondas registradas por meio do bastão / Número de rondas estabelecidas * 100

RES	SEGURANÇA PATRIMONIAL	% de Ocorrências adversas identificadas no Controle de liberação de Óbito	Número de eventos adversos identificados durante a liberação de óbitos / Número de óbitos liberados *100
RES	TECNOLOGIA	Índice de OS fechadas no mesmo dia por mês	Quantidade de OS fechadas no mesmo dia/ Quantidade de OS abertas no mês * 100
RES	TRANSPORTE	% de Ocorrências adversas identificadas no Controle de Transporte de Pacientes/sangue	Número de eventos adversos identificados durante o Transporte de Paciente e ou sangue / Número de Transportes solicitados
PROC	PROTOCOLO DE JEJUM	Índice de adesão ao protocolo de jejum	Adesão da equipe medica/ total de pacientes no mapa cirurgico x 100
PROC	PROTOCOLO DE JEJUM	Índice de adesão ao protocolo de jejum	Adesão da equipe de enfermagem / Total de pacientes no mapa cirurgico x 100
PROC	PROTOCOLO DE QUEDA	Índice de Termos de Consentimento Aplicados	Garantir a redução de 20% das quedas ocorridas na Instituição
PROC	PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA	Taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura	Nº de itens em conformidade com o Protocolo de Cirurgia Segura / Nº de itens aplicáveis segundo o Protocolo de Cirurgia Segura X 100

Cuiabá-MT, 11 de março de 2022. VTITTOR ARTHUR GALDINO - PRESIDENTE

ANEXO I

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA ORGANIZAÇÃO OU DOS GESTORES DO CORPO DIRETIVO

CERTIFICADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

CERTIFICANTE: **SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO - SECITECI**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ nº 03.507.415/0024-30, com sede no Centro Político Administrativo, em Cuiabá/MT, neste ato representada pelo Exmo. Sr. NILTON BORGES BORGATO, portador da cédula de identidade nº 821.192 SSP/MT, inscrito no CPF/MF sob o nº 459.769.531-15, Secretário de Estado, nomeado por força do Ato Governamental nº 10/2019, publicado no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso, em 02/01/2019.

Atestamos, para os devidos fins, nos termos do artigo 3º, II, da Lei Complementar nº 150/2004, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, que o **INSTITUTO PATRIS**, associação sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ n. 37.678.845/0001-40, representado por seu Exmo. Sr. Presidente, Vittor Arthur Galdino, inscrito no CPF sob o n. 729.096.171-49, disponibilizou à SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO – SECITECI, o total de 92 (noventa e dois) testes rápidos para Covid-19, sem contrapartida financeira.

No desenvolvimento dos trabalhos o INSTITUTO PATRIS disponibilizou profissionais habilitados na área de enfermagem, farmacologia e medicina, que coletaram e laudaram os testes de todos servidores desta pasta - que se encontravam realizando trabalho presencial - e que se prontificaram a realizar o exame.

A entrega dos testes ocorreu de forma individual à cada servidor, nas formas física e também eletrônica, ficando uma cópia dos registros arquivados nesta Secretaria.

Diante da testagem e levantamento foi possível detectar focos de pacientes contaminados (IGM), com presença ativa do vírus, fato que possibilitou o distanciamento do paciente, evitando contato com demais servidores e, consequentemente, a contaminação dos mesmos, assim como o encaminhamento dos pacientes positivados, aos tratamentos indicados pelos órgãos de saúde.

Desta forma, é possível registrar que o INSTITUTO PATRIS prestou com afinco seu objetivo, não restando registros que desabonem sua conduta e performance.

Outrossim, cabe registrar parecer favorável à qualificação do INSTITUTO PATRIS, como Organização Social, diante da conveniência e oportunidade atestada por esta Secretaria, que sagrou-se satisfeita pela parceria firmada, bem como pelos positivos resultados obtidos na atuação nas áreas de Saúde e Tecnologia.

Cuiabá-MT, 10 de Setembro de 2020.

Nilton Borges Borgato
Secretário de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação
SECITECI/MT

NILTON BORGES BORGATO
SECRETÁRIO DE ESTADO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO SECITECI/MT

Governo do Estado de Mato Grosso

FAPEMAT - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso

CERTIFICADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

CERTIFICANTE: **FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE MATO GROSSO - FAPEMAT**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ nº 02.357.455/0001-94, com sede no Centro Político Administrativo, em Cuiabá/MT, neste ato representada pelo Exmo. Sr. **MARCOS DE SÁ FERNANDES DA SILVA**, portador da cédula de identidade nº 0978393-8 SJ/MT, Presidente da FAPEMAT, nomeador por força do Ato Governamental nº 9.013/2020, publicado no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso, em 04/09/2020.

Atestamos, para os devidos fins, nos termos do artigo 3º, II, da Lei Complementar nº 150/2004, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, que o **INSTITUTO PATRIS**, associação sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ n. 37.678.845/0001-40, representado por seu Exmo. Sr. Presidente, Vittor Arthur Galdino, inscrito no CPF sob o n. 729.096.171-49, disponibilizou ao FUNDO DE AMPARO À PESQUISA DE ESTADO DE MATO GROSSO – FAPEMAT, o total de 18 (dezoito) testes rápidos para Covid-19, sem contrapartida financeira.

No desenvolvimento dos trabalhos o INSTITUTO PATRIS disponibilizou profissionais habilitados na área de enfermagem, farmacologia e medicina, que coletaram e laudaram os testes de todos servidores desta pasta - que se encontravam realizando trabalho presencial - e que se prontificaram a realizar o exame.

A entrega dos testes ocorreu de forma individual à cada servidor, nas formas física e também eletrônica, ficando uma cópia dos registros arquivados nesta Secretaria.

Diante da testagem e levantamento foi possível detectar focos de pacientes contaminados (IGM), com presença ativa do vírus, fato que possibilitou o distanciamento de pacientes, evitando contato com demais servidores e, consequentemente, a contaminação dos mesmos, assim como o encaminhamento dos pacientes positivados, aos tratamentos indicados pelos órgãos de saúde.

Desta forma, é possível registrar que o INSTITUTO PATRIS prestou com afinco seu objetivo, não restando registros que desabonem sua conduta e performance.

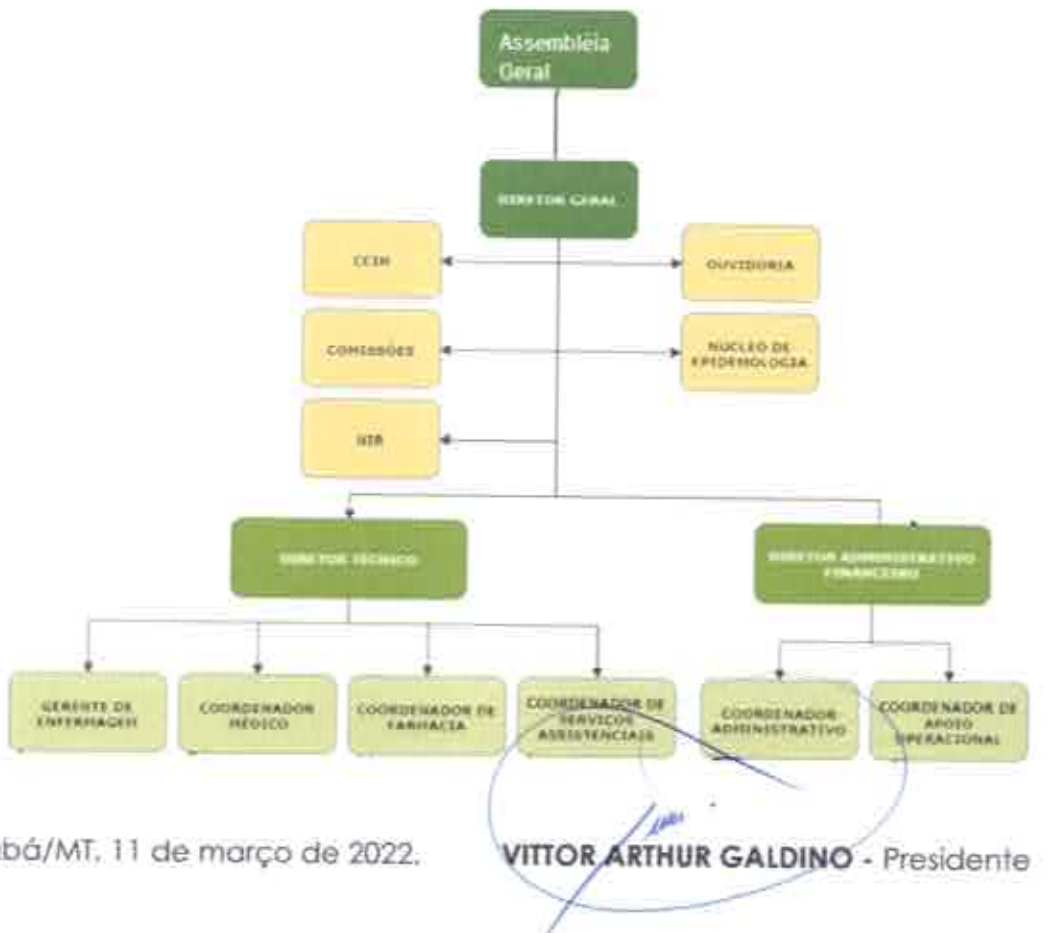
Outrossim, cabe registrar parecer favorável à qualificação do INSTITUTO PATRIS, como Organização Social, diante da conveniência e oportunidade atestada por esta Secretaria, que sagrou-se satisfeita pela parceria firmada, bem como pelos positivos resultados obtidos na atuação nas áreas de Saúde e Tecnologia.

Cuiabá-MT, 14 de Setembro de 2020.

MARCOS DE SÁ FERNANDES DA SILVA
Presidente da FAPEMAT

ORGANOGRAMA DA ORGANIZAÇÃO

Função	Nome	Experiência
Diretor Geral	VITTOR ARTHUR GALDINO	
Diretor Assistencial	ADEMÁRIO ALMEIDA MARINHO JUNIOR	Experiência anterior em gestão hospitalar superior a 100 leitos
Diretor Planejamento	RODOLFO ALVES PAULO DE SOUZA	Experiência anterior em gestão hospitalar superior a 200 leitos
Diretor Administrativo	WELLITHON JUNIOR COSTA ARRUDA	Experiência anterior em gestão hospitalar superior a 50 leitos
Diretor Financeiro	LUIZ ANTÔNIO PROCÓPIO DA SILVA	



Cuiabá/MT, 11 de março de 2022.

VITTOR ARTHUR GALDINO - Presidente

VITTOR ARTHUR GALDINO

LINKEDIN

vittor@gsv.adv.br

+55 65 99994-2402

Formação e certificações

UNIVERSIDADE UNIVAG
DIREITO
(2004/2009)

- Organização Social OS e os contratos de gestão, realizado em 03/12/2019, INSTITUTO FILANTROPIA

-Graduando em Gestão de Saúde pela FGV (2021/2022)

- AUDITORIA GOVERNAMENTAL com 24 horas/aula, realizado em 24/11/2008 a 26/11/2008;

- Elaboração de Projeto Básico e Termo de Referência com 16 horas/aula, realizado em 04/08/2009 a 05/08/2009;

- Prática de Redação Oficial e Elaboração de Relatório e Pareceres Técnicos no Setor Público com 24horas/aula, realizado em 11/08/2008 a 13/08/2008;

- Pregão com Ênfase em Registro de Preços com 89 horas/aula, realizado em 25/06/2008 a 26/06/2008.

- ISSQN, Substituição Tributária, Tribunal de Justiça e Prefeitura de Cuiabá, 3 horas/aula, realizado em 09/10/2008.

Resumo

Brasileiro, advogado, divorciado
OAB/MT 13.955
Endereço Profissional: Rua Antônio João, nº 276, Bairro Centro
Cuiabá/MT
CEP: 78000-000
Data de Nascimento: 24/02/1987

Experiência

INSTITUTO PATRIS (2020/2021) - Presidente

GALDINO, SGUAREZI & VIEIRA, Advogados- (2012 até 2021)
Advogado Sócio –especialista em Direito Empresarial / Licitações e Contratos Administrativos

OLIVO & ZANDONADI ADVOGADOS ASSOCIADOS – (2010 a 2012)
– Advogado em DireitoTributário

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MATO GROSSO – (2005 a 2010) - Oficial de Gabinete da e Assessor de Coordenadoria

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MATO GROSSO - de (2013 s 2015)
Diretor Administrativo – responsável pelo setor de licitações

Certificações cont.

- 7 Hábitos dos Gestores Altamente Eficazes com 16 horas/aula, realizado de 21/2/2014 a 22/2/2014 e ministrado pelo instrutor João Palmeira;

- As Contratações Públicas Sustentáveis com 16 horas/aula, realizado de 11/12/2014 a 12/12/2014;

- Gestão de Contratos Administrativos – Elaboração, Execução e Fiscalização com 16 horas/aula, realizado de 15/08/2013 a 16/08/2013 e ministrado por vários instrutores;

- Política de Avaliação de Desempenho com Foco em Competências para Gestores Judiciário com 4 horas/aula, realizado em 20/10/2014 e ministrado pelo instrutor Renan de Marchi Sinachi;

- Programa Liderar TJ e Comarca Polo I com 16 horas/aula, realizado de 25/06/2008.

- Seminário Nacional – O que muda com o Sistema de Registro de Preços com o novo Decreto nº 7892/2013 com 8 horas/aula, realizado de 09/05/2013 a 10/05/2013, ministrado pelo instrutora Mara Fernanda Florencio;

- Simpósio Nacional de Pregoeiros com 24 horas/aula, realizado de 02/09/2014 a 04/09/2014 e ministrado por vários instrutores.

FGV

FGV IDE
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO EDUCACIONAL

Sistema de Controle de Cursos de Divisão de Educação Continuada
Declaração de Disciplinas Cursadas

Curso: MBA EXECUTIVO EM ADMINISTRAÇÃO: GESTÃO DE SAÚDE (LMBAGS*20_01)
Turma: ONL021N5-LGSLV2113

Declaramos para os devidos fins, que **VITTOR ARTHUR GALIDNO**, portador(a) do CPF de número 729.096.171-49, está regularmente matriculado(a) no curso **MBA EXECUTIVO EM ADMINISTRAÇÃO: GESTÃO DE SAÚDE (LMBAGS*20_01)**, sob o número de matrícula 280348/2021, com data de início em 12/04/2021 e término previsto para 25/06/2022, cursou até a presente data, as seguintes disciplinas:

Disciplina	Carga Horária	Professor	Freq.%	Média
Ética e Sustentabilidade Social	24	Eduardo Elias Farah	100,00	7,00
Gestão de Custos em Saúde	24	Andréia Fátima Fernandes Limeira	100,00	9,80
Gestão de Pessoas em Organizações de Saúde	24	Sérgio Amad Costa	100,00	10,00
Marketing em Organizações de Saúde	24	Claudia Cristina Moreira Souza	100,00	8,80
Negociação e Administração de Conflitos	24	Antonio Claudio Queiroz Santiago	100,00	8,00
Planejamento e Gestão Estratégica em Organizações de Saúde	24	Wilson Rezende da Silva	100,00	8,50
Plano de Negócios em Saúde	24	Fernando Antonio Fonseca Lopes	100,00	9,50
Tecnologia da Informação e Inovação em Organizações de Saúde	24	Libânia Rangel de Alvarenga Paes	100,00	10,00

1- Critérios de aprovação:

a) Para as turmas iniciadas a partir de 2009: Frequência mínima de 75% por disciplina e média final igual ou superior a 7,0 (sete).
b) Para as turmas iniciadas até 2008: Frequência mínima de 50% por disciplina desde que obtenha no final do curso 75% de frequência e média final igual ou superior a 7,00 (sete).

2 - Prazo para conclusão do curso:

a) Conforme determina o regulamento atual da FGV, o(a) aluno(a) deverá concluir todas as atividades acadêmicas num prazo máximo de 48 meses contados a partir da data do início do curso. Este prazo não se aplica ao TCC, que deve ser entregue na data estipulada pelo Coordenador.
b) Para as turmas iniciadas até 2009, e prazo máximo para conclusão de todas as atividades acadêmicas (exceto o TCC) é de 60 meses contados a partir do início do curso. A entrega do TCC deve ser na data estipulada pelo Coordenador do Curso.

A Fundação Getulio Vargas atende ao disposto na Resolução CNE/CES nº 1, de 08 de junho de 2007 e Resolução CNE/CES nº1, de 06 de abril de 2018, bem como ao Regulamento dos cursos do Programa FGV Management.

No caso dos cursos regidos pela Resolução CNE/CES nº 1, de 08 de junho de 2007, o Coordenador Acadêmico Executivo definirá o prazo para entrega do TCC, que não deverá ultrapassar 120 (cento e vinte) dias da data de conclusão da última disciplina cursada pelo aluno.

Este documento dispensa assinatura.

Emitida no dia 21-2-2022 as 18:6, pelo site da FGV.

CURRICULUM VITAE

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: ADEMARIO ALMEIDA MARINHO JÚNIOR
Filiação: MARIA JOSÉ MOREIRA MARINHO
ADEMARIO ALMEIDA MARINHO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade: RONDONÓPOLIS-MT
Data de nascimento: 07/05/1986
Estado civil: CASADO
RG: 1549991-0 SSP-MT
CPF: 015.184.991-98
CRM-MT:7569/ TEOT: 17080/ RQE: 5120 (Ortopedia e Traumatologia)
Endereço: RUA: BEVERLY HILLS, Nº154, JARDIM CALIFÓRNIA. CUIABÁ-MT
CEP: 78070-350
CEL: (65) 99255-8072

2. HISTÓRICO ESCOLAR DO CURSO DE MEDICINA

GRADUADO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
MÉDIA DAS NOTAS DO HISTÓRICO ESCOLAR: 7,75

3. MONITORIA OFICIAL

EMBRIOLOGIA HUMANA
3.1-Tempo de exercício: 1 ANO (2009)

4. PARTICIPAÇÃO EM ASSOCIAÇÕES

4.1 - Comissões/organizações
MEMBRO DO COMITÊ DE ESTUDANTES – COMISSÃO ORGANIZADORA, II SIMPÓSIO DA LIGA ACADÊMICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE- DIABETES

4.2 - Representação de classe
MEMBRO DA COMISSÃO ORGANIZADORA DO PROGRAMA: LIGA ACADÊMCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE 2008 (392 HORAS)

5. PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSOS/JORNADAS

5.1- Congressos Estudantis

5.1.1-Titulo do congresso
SIMPÓSIO DE DIABETES (CARGA HORÁRIA 4 HORAS)
5.1.2 - Indicação do âmbito (regional, nacional ou internacional)
REGIONAL

5.1 - Congressos médicos

5.1.1-Titulo do congresso
VI CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO CENTRO-OESTE E II JORNADA DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA DO CENTRO-OESTE (CARGA HORÁRIA 24 HORAS)
5.1.2 - Indicação do âmbito (regional, nacional ou internacional)
REGIONAL

5.2.1-Titulo do congresso
X CONGRESSO DA SOCIEDADE CENTRO-OESTE DE CARDIOLOGIA (CARGA HORÁRIA 25 HORAS)
6.2.2 - Indicação do âmbito (regional, nacional ou internacional)
REGIONAL
5.3.1-Titulo do congresso

46° COBEM- CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA (18 À 21 DE OUTUBRO DE 2008)
5.3.2 - Indicação do âmbito (regional, nacional ou internacional)
NACIONAL

6. PÓS-GRADUAÇÃO
6.1 - PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

6.2 – RESIDÊNCIA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA EM HOSPITAL METROPOLITANO DE VÁRZEA GRANDE (mar/2016 à fev/2019) -RQE: 5120

6.3 – TITULO DE MEMBRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – TEOT: 17080

7. ATIVIDADES EXTRA-CURRICULARES
7.1 - Cursos de extensão
CURSO SOBRE DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS E POR IMAGEM (CARGA HORÁRIA 20 HORAS)

CURSO DE ANÁLISE DE MÉTODOS LABORATORIAIS (CARGA HORÁRIA 10 HORAS)

23° CURSO DE ATENDIMENTO AO TRAUMATIZADO 60 – CAT 60 – SUPORTE BÁSICO DA VIDA – SBV (CARGA HORÁRIA 60 HORAS)

CURSO ACLS - ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT (CARGA HORÁRIA 16 HORAS)

CURSO DE REANIMAÇÃO NEONATAL (CARGA HORÁRIA 10 HORAS)

PARTICIPANTE DO PROVAB- PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA (fev/2014 à mar/2015)

CURSO DE CIRURGIA DE OMBRO (16 E 17/09/2016)

CURSO PALS – PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT (CARGA HORÁRIA 16 HORAS)

AO TRAUMA COURSE – BASIC PRINCIPLES OF FRACTURE MANAGEMENT (CARGA HORÁRIA 32 HORAS)

8. EXPERIÊNCIA DE TRABALHO

8.1 – 2° TENENTE MÉDICO DO 58° BIMTZ- EXÉRCITO BRASILEIRO – (fev/2014 à jan 2015)

8.2 – MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM ESF- 302 DE ARAGARÇAS-GO (fev/2014 à mar/2015)

8.3 – MÉDICO PLANTONISTA EM PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE ARAGARÇAS-GO (mar/2014 à jan/2015)

8.4 - MÉDICO PLANTONISTA EM PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE VARZEA GRANDE-MT (mar/2015 à jul/2017)

8.5 - MÉDICO PLANTONISTA EM HOSPITAL SANTA ROSA (jun/2015 à mar/2020)

8.6 – MÉDICO ORTOPEDISTA EM PRONTO ATENDIMENTO, AMBULATÓRIO E CENTRO CIRÚRGICO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE CUIABÁ (nov/2019 até o momento)

8.7 – COORDENADOR DO AMBULATÓRIO DE PRONTO ATENDIMENTO DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE CUIABÁ (nov/2019 até o momento)

8.8 - DIRETOR CLÍNICO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE CUIABÁ (ago/2021 até o momento)

8.9 – MEMBRO SUPLENTE DA DIRETORIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA – REGIONAL MATO GROSSO, GESTÃO 2021-2022.

HMC
HOSPITAL MUNICIPAL DE CUIABÁ

EMPRESA CUIABANA
DE SAÚDE PÚBLICA

TABELIONATO E REGISTRO DE TITULOS DOCUMENTOS E PESSOAS JURÍDICAS
Av. Getulio Vargas, 151 - Cuiabá/MT - Fone: (0xx65) 3052-9400 - Fax: (0xx65) 3052-9084
Tabelião/Registradora: Gisela Alice Ferreira Bertoli
www.primeiroofício.com.br - mail: registro@primeiroofício.com.br
AUTENTICAÇÃO
Confere com a original que me foi apresentada do que dou fé.
BSF25351
Selo de Controle Digital
R$3,70
Em testemunho (_____) da verdade
Claudio da Conceição Escrevente Autorizado
Cuiabá 11 de março de 2022
Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso. Cod. Serv. 58 Cod
http://www.tjmt.jus.br/selos
At 175

ATESTADO

Eu, Carlos Alberto de Albuquerque Maranhão, inscrito no CRM nº 2430- MT, Diretor Técnico do Hospital Municipal de Cuiabá Dr Leony Palma de Carvalho, gerido pela Secretaria Municipal de Saúde, inscrito no CNPJ nº 15.084.338/0001-46, situado no endereço Rua Orivaldo M. de Souza, S/nº, Bairro Ribeirão do Lipa, na cidade de Cuiabá- MT, atualmente com 279 Leitos cadastrados no CNES, atestado para os devidos fins a capacidade gerencial do Sr. Ademario Almeida Marinho Júnior, inscrito no CRM/MT nº 7569, demonstrada por experiências anteriores bem sucedidades no gerenciamento dessa unidade hospitalar, quando exerce o cargo de Diretor Clínico, no período de setembro/2021 até a presente data.

Esclareço que a gestão do Hospital Municipal de Cuiabá Dr. Leony Palma de Carvalho se dá por intermédio de gestão própria do ente federado.

Cuiabá, 07 de Março de 2022.

Carlos Alberto A. Maranhão
Diretor Técnico
Hospital Municipal de Cuiabá

Dr. Carlos Alberto De Albuquerque Maranhão

Diretor Técnico do HMC

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

Certidão de Direção Técnica

Certifico para os devidos fins, que o estabelecimento **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, nome fantasia **HOSPITAL MUNICIPAL DE CUIABA DR LEONY PALMA DE CARVALHO**, registro nº **2358**, tipo de Inscriçao **DEFINITIVA - REGULAR**, sito a R **ORIVALDO M. SOUZA, S/Nº - RIBEIRÃO DO LIPA**, na cidade de **CUIABÁ/MT**, está funcionando sob a Direção Técnica do(a) Dr(a) **CARLOS ALBERTO DE ALBUQUERQUE MARANHAO**, Inscrito com o CRM nº **2430**.

Por ser verdade, firmo a presente, para os fins de direito.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **b5a8528b60a9915a07c7e1fea56e490258243b7e**

Emitida eletronicamente via internet em **21/02/2022**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do **CRM-MT**:
http://www.crmmt.org.br/

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

Inscrito sob CRM nº.	CNPJ	Inscrição	Validade
2358	15.084.338/0001-46	26/06/2019	26/06/2022

Razão Social
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome Fantasia
HOSPITAL MUNICIPAL DE CUIABA DR LEONY PALMA DE CARVALHO

Endereço	Município / UF	CEP
R ORIVALDO M. SOUZA, S/Nº - RIBEIRÃO DO LIPA	CUIABÁ/MT	78048-178

Responsável Técnico
2430 - CARLOS ALBERTO DE ALBUQUERQUE MARANHAO

Classificação
HOSPITAL GERAL

Este certificado atesta a REGULARIDADE da inscrição do estabelecimento acima neste Conselho Regional de Medicina, em cumprimento à Lei nº. 6.839, de 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº. 997 de 23/05/1980 e 1.980 de 11/07/2011. Ressalvada a ocorrência de alteração nos dados acima, este certificado é válido até 26/06/2022. Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.

Chave de validação nº. **6f1405af3c09542168599364c4bda62ca0e800a1**
Emitida eletronicamente via internet em **21/02/2022**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do **CRM-MT**:
http://www.crmmt.org.br/

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 11/03/2022

CNES: 9209352 Nome Fantasia: HOSPITAL MUNICIPAL DE CUIABA E P S DR LEONY PALMA CNPJ: --

Nome Empresarial: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE Natureza Jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: RUA ORIVALDO DE SOUZA Número: S/N Complemento: --

Bairro: RIBEIRAO DO LIPA Município: 510340 - CUIABA UF: MT

CEP: 78048-178 Telefone: -- Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: --

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ADEMARIO ALMEIDA MARINHO JUNIOR

Cadastrado em: 12/05/2017 Atualização na base local: 02/02/2022 Última atualização Nacional: 11/02/2022

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Data desativação: -- Motivo desativação: --

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 11/03/2022

CNES: 9209352 Nome Fantasia: HOSPITAL MUNICIPAL DE CUIABA E P S DR LEONY PALMA CNPJ: –

Nome Empresarial: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: RUA ORIVALDO DE SOUZA Número: S/N Complemento: –

Bairro: RIBEIRAO DO LIPA Município: 510340 - CUIABA UF: MT

CEP: 78048-178 Telefone: – Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: –

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: – Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ADEMARIO ALMEIDA MARINHO JUNIOR

Cadastrado em: 12/05/2017 Atualização na base local: 02/02/2022 Última atualização Nacional: 11/02/2022

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1031 - ORGAO PUBLICO DO PODER EXECUTIVO MUNICIPAL

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
02 - ATENDIMENTO DE DEMANDA REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 009 - INTERNACAO

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 005 - CONCESSAO, MANUTENCAO E ADAPTACAO DE OPM
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	8	8
UTI ADULTO - TIPO II	40	40
UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II	10	0
UTI PEDIATRICA - TIPO II	10	0
ESPEC - CIRURGICO		
BUCO MAXILO FACIAL	2	2
CARDIOLOGIA	4	4
CIRURGIA GERAL	34	34
NEFROLOGIAUROLOGIA	5	5
NEUROCIRURGIA	10	10
OFTALMOLOGIA	2	2

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	61	61
OTORRINOLARINGOLOGIA	2	2
PLASTICA	2	2
QUEIMADO ADULTO	17	17
QUEIMADO PEDIATRICO	5	5
TORACICA	2	2
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	36	36
NEUROLOGIA	5	5
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	14	14
PEDIATRIA CLINICA	10	10

Data desativação: – Motivo desativação: –

Currículo Lattes

Imprimir currículo

Rodolfo Alves Paulo de Souza

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/0484792175274136

Última atualização do currículo em 06/03/2022

Resumo informado pelo autor

Mestrado em ciências da saúde pela Universidade de Brasília (UNB). Preceptor do programa de Residência Médica em Oftalmologia e em Retina e Vítreo do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital Universitário de Brasília (HUB) e Centro Brasileiro da Visão (CBV). Possui residência médica em Oftalmologia pelo Hospital das Forças Armadas (HFA). Possui residência médica (fellowship) em Retina e Vítreo pelo Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) e Centro Brasileiro da Visão (CBV). Especialização em Medicina do Tráfego pela Universidade Brasília (UNB). Médico concursado - Oftalmologia - Secretaria de Estado de Saúde Pública do Distrito Federal. Médico referência e responsável pelo setor de Retina do Recém Nascido do Distrito Federal. Experiência de gestão em saúde: Gestor de Risco da Amil - Assistência Médica Internacional LTDA. Analista de Contas Médicas da Amil - Assistência Médica Internacional LTDA. SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - 2015: CGSAS: Coordenador Geral (Superintendente) de Saúde da Regional da Asa Sul. 2016: CATES: Coordenador de Atenção Especializada à Saúde. 2016: DIRETOR HOSPITALAR HMIB: Diretor do Hospital Materno Infantil de Brasília. 2019/20: DIRETOR GERAL DO HMIB: Unidade de Referência Distrital (URD) Hospital Materno Infantil de Brasília

(Texto informado pelo autor)

Nome civil

Nome Rodolfo Alves Paulo de Souza

Dados pessoais

Filiação Laércio Paulo de Souza e Jedelide Alves Paulo de Souza

Nascimento 03/05/1979 - Brasília/DF - Brasil

Carteira de Identidade 1782228 SSP - DF - 03/09/2004

CPF 809.156.983-15

Passporte FB09908

Endereço residencial SHIN QI 13 Conjunto 2
Setor de Habitações Individuais Norte - BRASILIA
71535020, DF - Brasil
Telefone: 61 35469629
Celular 61 981982447

Endereço eletrônico E-mail para contato : rodolfo.paulo@gmail.com
E-mail alternativo rodolfopaulo.oftalmo@gmail.com

Formação acadêmica/titulação

2008 - 2010 Mestrado em Ciências da Saúde.
Universidade de Brasília, UnB, Brasília, Brasil
Título: RETINOPATIA DA PREMATURIDADE:Incidência, detecção e fatores relacionados em hospital de referência do Distrito Federal., Ano de obtenção: 2010

Orientador: PROCÓPIO MIGUEL DOS SANTOS
Co-orientador: REGINA CÂNDIDO RIBEIRO DOS SANTOS

2009 - 2010 Especialização em FELLOWSHIP EM RETINA E VÍTREO.
CENTRO BRASILEIRO DA VISÃO, CBV, Brasil
Título: RETINOPATIA DA PREMATURIDADE
Orientador: MARCOS PEREIRA DE ÁVILA / WENER PASSARINHO CELLA

2007 - 2007 Especialização em Medicina do Tráfego.
Universidade de Brasília, UnB, Brasília, Brasil
Título: CAPACITAÇÃO PARA MÉDICO PERITO EXAMINADOR
Orientador: DAVID DUARTE LIMA

2009 - 2010 Especialização - Residência médica .
Escola Superior de Ciências da Saúde, ESCS, Brasília, Brasil
Título: RETINA E VITREO
Orientador: 2629

2006 - 2009 Especialização - Residência médica .
Hospital das Forças Armadas de Brasília, HFA, Brasília, Brasil
Título: OFTALMOLOGIA
Orientador: 103618-1

1999 - 2005 Graduação em Medicina.
Fahesa, FAHESA, Brasil

Título: TCC: Carcinoma Epidermóide em Paciente com Megaesôfago Chagásico
Orientador: Nader Nazir Suleiman

Formação complementar

2007 - 2008 Extensão universitária em MÉDICO PERITO EXAMINADOR TRÁFEGO - CURSO. (Carga horária: 120h).
Universidade de Brasília, UnB, Brasília, Brasil.

Atuação profissional

1. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Distrito Federal - SES-DF

Vínculo institucional

2007 - Atual Vínculo: Estatutário (Servidor Público) , Enquadramento funcional: Médico Concursado - OFTALMOLOGIA , Carga horária: 40, Regime: Integral

2006 - 2009 Vínculo: Estatutário (Servidor Público) , Enquadramento funcional: Médico Concursado - CLÍNICA MÉDICA , Carga horária: 20, Regime: Parcial

2. AMIL-ASSIST. MEDICA INTERNACIONAL LTDA. - AMI_FORN

Vínculo institucional

2008 - 2009 Enquadramento funcional: ANALISTA DE CONTAS MÉDICAS, Regime: Parcial

2008 - 2009 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: GESTOR DE RISCO, Regime: Parcial

Idiomas

Inglês Compreende Bem , Fala Bem , Escreve Bem , Lê Bem

Espanhol Compreende Bem , Fala Bem , Escreve Bem , Lê Bem

Prêmios e títulos

2020 Moção de louvor por relevantes serviços prestados à população do DF, Câmara Legislativa do Distrito Federal

2019 Moção de louvor por relevantes serviços prestados à população do DF, Câmara Legislativa do Distrito Federal

2019 23º Concurso Inovação no Setor Público, Escola Nacional de Administração Pública (ENAP)

2015 Moção de Louvor por relevantes serviços prestados à população do Distrito Federal, Câmara Legislativa do Distrito Federal

Produção

Produção bibliográfica

Capítulos de livros publicados

1. SOUZA, R. A. P.
Retinopatia da Prematuridade In: Retinopatia da Prematuridade.3 ed.Brasília: ESCS, 2013, p. 399-410.

Trabalhos publicados em anais de eventos (resumo expandido)

1. SOUZA, R. A. P.; MOREIRA, N. L. M.
NEURITE HERPÉTICA: RELATO DE CASO In: XXXIV CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2007, BRASÍLIA/DF.
RESUMOS DE TEMAS LIVRES E PAINÉIS - XXXIV CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. SÃO PAULO: IPSIS GRÁFICA E EDITORA S.A., 2007. v.70. p.148 - 148

2. SOUZA, R. A. P.; MOREIRA, N. L. M.
NEURITE ÓPTICA ISQUÊMICA ANTERIOR NÃO ARTERÍTICA: RELATO DE CASO In: XXXIV CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2007, BRASÍLIA/DF.
RESUMOS DE TEMAS LIVRES E PAINÉIS - XXXIV CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. SÃO PAULO: IPSIS GRÁFICA E EDITORA S.A., 2007. v.70. p.148 - 148

3. SOUZA, R. A. P.; Renata Vitral Costa
SÍNDROME DE HALLERMANN-STREIFF-FRANÇOIS: RELATO DE CASO In: XXXIV CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2007, BRASÍLIA/DF.
RESUMOS DE TEMAS LIVRES E PAINÉIS - XXXIV CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. SÃO PAULO: IPSIS GRÁFICA E EDITORA S.A., 2007. v.70. p.73 - 73

Artigos em revistas (Magazine)

SOUZA, R. A. P.

1. RETINOPATIA DA PREMATURIDADE. REVISTA FOCO, Brasília, p.156 - 156, 2012.

2. SOUZA, R. A. P.; MOREIRA, N. L. M.
NEURITE HERPÉTICA: RELATO DE CASO. ARQUIVO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, SÃO PAULO, p.146 - 148, 2007.

3. SOUZA, R. A. P.; MOREIRA, N. L. M.
NEURITE ÓPTICA ISQUÊMICA ANTERIOR NÃO ARTERÍTICA: RELATO DE CASO. ARQUIVO BRASILEIRO DE OFTALMOGIA, SÃO PAULO, p.146 - 148, 2007.

4. SOUZA, R. A. P.; Renata Vitral Costa
SÍNDROME DE HALLERMANN-STREIFF-FRANÇOIS: RELATO DE CASO. ARQUIVO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, SÃO PAULO, p.73 - 73, 2007.

Apresentação de trabalho e palestra

1. SOUZA, R. A. P.
IRIDOCICLITE CAUSADO PELO VÍRUS VARICELA ZOSTER, 2008. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

2. SOUZA, R. A. P.
UVEITE ANTERIOR PÓS INFECÇÃO PRIMÁRIA PELO VÍRUS VARICELA ZOSTER, 2008. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)

3. SOUZA, R. A. P.
NEURITE HERPÉTICA: RELATO DE CASO, 2007. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

4. SOUZA, R. A. P.
NEURITE ÓPTICA ISQUÊMICA ANTERIOR NÃO ARTERÍTICA: RELATO DE CASO, 2007. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

5. SOUZA, R. A. P.
SÍNDROME DE HALLERMANN-STREIFF-FRANÇOIS: RELATO DE CASO, 2007. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

6. SOUZA, R. A. P.
Dados Epidemiológicos Referentes à População da Microrregião de Cavas/DF, 2005. (Outra,Apresentação de Trabalho)

7. SOUZA, R. A. P.
O Uso da Substância Sinvastatina Em Pacientes com Dislipidemia, 2005. (Outra,Apresentação de Trabalho)

8. SOUZA, R. A. P.
Tratamento das Complicações do Megacólon Chagásico em pacientes do HRAN, 2005. (Outra,Apresentação de Trabalho)

9. SOUZA, R. A. P.
Tema Livre: Câncer e Tabagismo, 2004. (Outra,Apresentação de Trabalho)

10. SOUZA, R. A. P.; BLOIS, A. R.; Vaz, M.; Sirio, M.; Haddad, N.; Pedroso, R.
Avaliação de Calibração dos Aparelhos de Pressão Anaróides em Instituições Hospitalares em Araguaína/TO, 2003. (Outra,Apresentação de Trabalho)

11. SOUZA, R. A. P.
Dados Epidemiológicos Referentes à População da Microrregião do Bairro Ponte, Araguaína/TO, 2003. (Outra,Apresentação de Trabalho)

Produção técnica

Demais produções técnicas

1. SOUZA, R. A. P.
RETINOPATIA DA PREMATURIDADE, 2009. (Especialização, Curso de curta duração ministrado)

Educação e Popularização de C&T

Capítulos de livros publicados

1. SOUZA, R. A. P.
Retinopatia da Prematuridade In: Retinopatia da Prematuridade.3 ed.Brasília: ESCS, 2013, p. 399-410.

Artigos em revistas (Magazine)

1. SOUZA, R. A. P.
RETINOPATIA DA PREMATURIDADE. REVISTA FOCO, Brasília, p.156 - 156, 2012.

Eventos

Eventos

Participação em eventos

1. Conferencista no(a) XX CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DA CEGUEIRA, 2012. (Congresso)
Curso de fundamentos da fotocoagulação para a prevenção de cegueira.

2. XX CONGRESSO DE PREVENÇÃO A CEGUEIRA, 2012. (Congresso)
CURSO DE IMERSÃO EM FOTOCOAGUALÇÃO ALASER DA RETINA PARA EVITA CEGUEIRA.

Totais de produção

Produção bibliográfica	
Capítulos de livros publicados	1
Revistas (Magazines)	4
Trabalhos publicados em anais de eventos	3
Apresentações de trabalhos (Conferência ou palestra)	1
Apresentações de trabalhos (Congresso)	4
Apresentações de trabalhos (Outra)	6

Produção técnica	
Curso de curta duração ministrado (especialização)	1

Eventos	
Participações em eventos (congresso)	2

Outras informações relevantes

1 Como gestor busca o fomento da educação continuada e a capacitação dos servidores e dos futuros profissionais (graduandos e pós graduandos).

Página gerada pelo sistema Currículo Lattes em 07/03/2022 às 08:41:55.

ERRATA

No Anexo II do Decreto nº 39.617, de 07 de janeiro de 2019, publicado no DODF nº 5, de 8 de janeiro de 2019, páginas 01, que dispõe sobre a estrutura administrativa da Casa Civil do Distrito Federal: ONDE SE LÊ: "... CASA CIVIL - GABINETE - ASSESSORIA ESPECIAL, Chefe, CNE-02, 01; ...". LEIA-SE: "... CASA CIVIL - GABINETE - ASSESSORIA ESPECIAL, Chefe, CNE-05, 01; ..." E ONDE SE LÊ: "...SECRETARIA ADJUNTA DA CASA CIVIL - ASSESSORIA ESPECIAL, Chefe, CNE-05, 01...". LEIA-SE: "...SECRETARIA ADJUNTA DA CASA CIVIL - ASSESSORIA ESPECIAL, Chefe, CNE-02, 01...".

SEÇÃO II

PODER EXECUTIVO

DECRETO DE 08 DE JANEIRO DE 2019

O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 100, Incisos XXVI e XXVII, da Lei Orgânica do Distrito Federal, resolve:

NOMEAR CRISTIANE GEISS NARDES para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-01, de Secretária Adjunta, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR MARCELO CARDOSO DE CARVALHO para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-03, de Assessor Especial, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR SÉRGIO RICARDO COSTA REIS para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-05, de Assessor Especial, de Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

EXONERAR, por estar sendo nomeado para outro cargo, DAYANNE VERÍSSIMO ABRANTES do Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-08, de Coordenadora, da Coordenação de Orçamento, Finanças e Contratos, da Subsecretaria de Administração Geral, da Secretaria de Estado de Transporte e Mobilidade do Distrito Federal.

NOMEAR DAYANNE VERÍSSIMO ABRANTES para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-05, de Assessor Especial, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR JOSIANE KARINE BENEDET COSTA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-06, de Assessor Especial, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR ALEXANDRE BARBOSA BRANDÃO DA COSTA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-03, de Chefe, da Assessoria de Gestão por Resultado, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR MILENA TEIXEIRA SANTOS para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-04, de Assessor Especial, da Assessoria de Gestão por Resultado, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR PATRÍCIA ALVES MARTINS para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-06, de Assessor Especial, da Assessoria de Gestão por Resultado, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR KASSIA BATISTA DE CASTRO para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, de Assessor Especial, da Assessoria de Gestão por Resultado, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR DANIELA AQUINO MELO DE OLIVEIRA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, de Assessor Especial, da Assessoria de Gestão por Resultado, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

EXONERAR, por estar sendo nomeado para outro cargo, ROBERTO SEABA MACHADO POJO REGO do Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-03, de Chefe, da Unidade de Articulação de Ações do Governo, da Subsecretaria de Políticas Públicas, da Secretaria Adjunta da Casa Civil, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR ROBERTO SEABA MACHADO POJO REGO para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Subsecretário, da Subsecretaria de Desburocratização, Gestão de Riscos e Apoio ao Conselho de Governança, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR FELIPE TEIXEIRA RIBEIRO para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-04, de Assessor Especial, da Unidade de Desburocratização e Gestão de Riscos, da Subsecretaria de Desburocratização, Gestão de Riscos e Apoio ao Conselho de Governança, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR ANDRÉ LUIZ LARA RESENDE SARAIVA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-04, de Assessor Especial, da Unidade de Desburocratização e Gestão de Riscos, da Subsecretaria de Desburocratização, Gestão de Riscos e Apoio ao Conselho de Governança, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR MARCELO VINICIO RODRIGUES para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-05, de Assessor Especial, da Unidade de Desburocratização e Gestão de Riscos, da Subsecretaria de Desburocratização, Gestão de Riscos e Apoio ao Conselho de Governança, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR PAULO CESAR GOMES DE MEDEIRO para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-03, de Chefe, da Unidade de Inovação da Administração Pública e Apoio ao Conselho de Governança, da Subsecretaria de Desburocratização, Gestão de Riscos e Apoio ao Conselho de Governança, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR GERSON VICENTE DE PAULA JÚNIOR, matrícula 174943-9, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-04, de Assessor Especial, da Unidade de Inovação da Administração Pública e Apoio ao Conselho de Governança, da Subsecretaria de Desburocratização, Gestão de Riscos e Apoio ao Conselho de Governança, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR DANIELLE MELO SILVA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-05, de Assessor Especial, da Unidade de Inovação da Administração Pública e Apoio ao Conselho de Governança, da Subsecretaria de Desburocratização, Gestão de Riscos e Apoio ao Conselho de Governança, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR ROGÉRIO GALVÃO CARVALHO para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-06, de Assessor Especial, da Unidade de Inovação da Administração Pública e Apoio ao Conselho de Governança, da Subsecretaria de Desburocratização, Gestão de Riscos e Apoio ao Conselho de Governança, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR LUIZ CARLOS DOS SANTOS para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-06, de Assessor Especial, da Unidade de Inovação da Administração Pública e Apoio ao Conselho de Governança, da Subsecretaria de Desburocratização, Gestão de Riscos e Apoio ao Conselho de Governança, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR LEONARDO FELIX DE ARAUJO para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-06, de Assessor Especial, da Unidade de Inovação da Administração Pública e Apoio ao Conselho de Governança, da Subsecretaria de Desburocratização, Gestão de Riscos e Apoio ao Conselho de Governança, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR WERBISTON ALVES DO ESPIRITO SANTO JUNIOR para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-06, de Assessor Especial, da Unidade de Inovação da Administração Pública e Apoio ao Conselho de Governança, da Subsecretaria de Desburocratização, Gestão de Riscos e Apoio ao Conselho de Governança, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR ALAONDES LAZARO DE ARAUJO para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-06, de Assessor Especial, da Unidade de Inovação da Administração Pública e Apoio ao Conselho de Governança, da Subsecretaria de Desburocratização, Gestão de Riscos e Apoio ao Conselho de Governança, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR GRICE BARBOSA PINTO DE ARAUJO para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, de Assessor Especial, da Unidade de Inovação da Administração Pública e Apoio ao Conselho de Governança, da Subsecretaria de Desburocratização, Gestão de Riscos e Apoio ao Conselho de Governança, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR MARIANGELA GAMA DOS SANTOS DIAS, matrícula 175859-4, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-17, de Assessor, da Unidade de Inovação da Administração Pública e Apoio ao Conselho de Governança, da Subsecretaria de Desburocratização, Gestão de Riscos e Apoio ao Conselho de Governança, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR BONIFERTI ROSA DE OLIVEIRA para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-17, de Assessor, da Unidade de Inovação da Administração Pública e Apoio ao Conselho de Governança, da Subsecretaria de Desburocratização, Gestão de Riscos e Apoio ao Conselho de Governança, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR MARIANA CRUZ MONTENEGRO para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Subsecretário, da Subsecretaria de Compliance, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR PATRÍCIA HELENA TAVARES DOMINGOS DOS SANTOS para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-04, de Assessor Especial, da Subsecretaria de Compliance, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR DANIEL AGUIAR ESPINOLA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-04, de Assessor Especial, da Subsecretaria de Compliance, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR IZABELA ZANOTELLI LOLLARES para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-05, de Assessor Especial, da Subsecretaria de Compliance, da Secretaria Adjunta de Governança e Compliance, da Casa Civil do Distrito Federal.

NOMEAR FLÁVIO ARAUJO DE OLIVEIRA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Subsecretário, da Subsecretaria de Mobiliário Urbano e Apoio às Cidades, da Secretaria Adjunta da Casa Civil, da Civil do Distrito Federal.

CESSAR OS EFEITOS no Decreto de 06 de dezembro de 2018, publicado no DODF nº 232, de 7 de dezembro de 2018, página 37, o ato que nomeou MARCELO SILVA PONTES, Chefe da Assessoria Especial, da Subsecretaria de Políticas Públicas, para ter exercício imediatamente, no Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Subsecretário de Políticas Públicas, da Subsecretaria de Políticas Públicas, da Secretaria de Estado da Casa Civil, Relações Institucionais e Sociais do Distrito Federal.

NOMEAR MEIRE LUCIA GOMES MONTEIRO MOTA COELHO para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Subsecretário de Políticas Públicas, da Subsecretaria de Políticas Públicas, da Secretaria de Estado da Casa Civil, Relações Institucionais e Sociais do Distrito Federal.

NOMEAR RUDDI RODARTE para exercer o Cargo Natureza Especial, Símbolo CNE-06, de Chefe, da Unidade de Modernização Técnica, da Subsecretaria de Modernização de Atendimento Imediato ao Cidadão - NA HORA, da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal.

NOMEAR ANA PAULA GOMES DE SOUZA EMERICH para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-14, de Assessora, da Subsecretaria de Modernização de Atendimento Imediato ao Cidadão - NA HORA, da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal.

NOMEAR NILSON JOSE BORGES para exercer o Cargo Natureza Especial, Símbolo CNE-05, de Chefe, da Unidade de Gestão Operacional, da Subsecretaria de Modernização de Atendimento Imediato ao Cidadão - NA HORA, da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal.

NOMEAR ALINE BARROS DANTAS ARAUJO para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-12, de Assessora, da Diretoria de Qualidade de Atendimento, da Subsecretaria de Modernização de Atendimento Imediato ao Cidadão - NA HORA, da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal.

NOMEAR ANA RUBIA APARECIDA FERNANDES para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-14, de Assessora, da Subsecretaria de Modernização de Atendimento Imediato ao Cidadão - NA HORA, da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal.

NOMEAR CARLOS EMILIO AMANCIO DE OLIVEIRA para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-12, de Assessora, da Subsecretaria de Modernização de Atendimento Imediato ao Cidadão - NA HORA, da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal.

DIÁRIO OFICIAL DO DISTRITO FEDERAL

Redação e Administração:
Anexo do Palácio do Buriti, Sala 111, Térreo.
CEP: 70075-900, Brasília - DF
Telefones: (0XX61) 3961.4502 - 3961.4503
Editoração e Impressão: Imprensa Nacional

IBANEIS ROCHA
Governador

MARCUS VINICIUS BRITTO
Vice-Governador

EUMAR ROBERTO NOVACKI
Secretário de Estado Chefe da Casa Civil

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 50102019010800002

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

NOMEAR ANDERSON GOLÇALVES DUTRA para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-14, de Gerente, da Gerência da Unidade de Rodoviária, da Diretoria de Qualidade de Atendimento, da Subsecretaria de Modernização de Atendimento Imediato ao Cidadão - NA HORA, da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal.

NOMEAR MARINALVA DE SENE COBADO SOUZA LIMA para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-14, de Gerente, da Gerência de Unidade de Sobradinho, da Diretoria de Qualidade de Atendimento, da Subsecretaria de Modernização de Atendimento Imediato ao Cidadão - NA HORA, da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal.

NOMEAR ANA CAROLINE BARBOSA DE SOUZA SANTANA para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-10, de Assessor Técnico, da Unidade de Gestão Operacional, da Subsecretaria de Modernização de Atendimento Imediato ao Cidadão - NA HORA, da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal.

NOMEAR ANA CAROLINE DE MORAIS para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-12, de Assessor, da Subsecretaria de Modernização de Atendimento Imediato ao Cidadão - NA HORA, da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal.

NOMEAR ILKA MARIA CARDOSO DA COSTA para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-10, de Supervisor de Órgão, da Gerencia da Unidade de Brazlândia, da Diretoria de Qualidade de Atendimento, da Subsecretaria de Modernização de Atendimento Imediato ao Cidadão - NA HORA, da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal.

NOMEAR DEMONTIE ALVES BATISTA FILHO para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Subsecretário, da Subsecretaria do Sistema Socioeducativo, da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal.

NOMEAR ROSELISE TARTER SILVA, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, de Diretor, da Diretoria Jurídica, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR JOSÉ REINALDO RODRIGUES BALZANI, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, de Diretor, da Diretoria de Administração Geral, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR ANDERSON GOMES BRANDÃO, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-12, de Chefe, do Núcleo de Informática, da Diretoria de Administração Geral, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR DAVID KALIL BATISTA PEREIRA, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-08, de Assessor Técnico, do Núcleo de Informática, da Diretoria de Administração Geral, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR GEORGE RIBAMAR SALA, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-12, de Chefe, do Núcleo de Atendimento Presencial, da Gerência de Atendimento, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR MARCUS ANDRE GOMES MARTINS JUNIOR, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-08, de Assessor Técnico, do Núcleo de Atendimento Presencial, da Gerência de Atendimento, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR ISIS BRITO DE SOUSA MOURAO, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-08, de Assessor Técnico, do Núcleo de Atendimento Presencial, da Gerência de Atendimento, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR EMANUELLE FERNANDES ROCHA BARROS, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-12, de Chefe, do Núcleo de Atendimento Telefônico, da Gerência de Atendimento, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR VINICIUS FONSECA DOS SANTOS E SILVA, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, de Assessor Especial, do Gabinete, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal-PROCON/DF.

NOMEAR CEILA MACIADO DE SOUZA, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-11, de Assessor, do Núcleo de Atendimento Telefônico, da Gerência de Atendimento, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR MAURICIO ANTONIO DE MEDEIROS, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-08, de Assessor Técnico, do Núcleo de Atendimento Telefônico, da Gerência de Atendimento, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR BRENDA CARVALHO DE ARAUJO, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-08, de Assessor Técnico, do Núcleo de Atendimento Telefônico, da Gerência de Atendimento, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR CRISTIAN JUNIO DO NASCIMENTO, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-08, de Assessor Técnico, do Núcleo de Atendimento Telefônico, da Gerência de Atendimento, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR LORENA CONTREIRAS BRITO, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-14, de Gerente, da Gerência de Núcleos Regionais, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR ALTAIR DOS SANTOS BARRETO, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-12, de Chefe, do Núcleo de Atendimento de Brazlândia, da Gerência de Núcleos Regionais, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR PRISCILA PEREIRA BARBOSA, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-08, de Assessor Técnico, do Núcleo de Atendimento de Brazlândia, da Gerência de Núcleos Regionais, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR ANA CLÁUDIA MESQUITA GERIN, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-08, de Assessor Técnico, do Núcleo de Atendimento de Brazlândia, da Gerência de Núcleos Regionais, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR ADRIELLY ANDRADE DA SILVA, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-08, de Assessor Técnico, do Núcleo de Atendimento de Brazlândia, da Gerência de Núcleos Regionais, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR VIVIAN ABADIA POLICENA DA SILVA, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-12, de Chefe, do Núcleo de Atendimento de Brazlândia, da Gerência de Núcleos Regionais, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR MARIA LUCIA ALVES DOS SANTOS, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-12, de Chefe, do Núcleo de Atendimento do Gama, da Gerência de Núcleos Regionais, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR CRISTIANA BARBOSA MALAQUIAS LOPES, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-11, de Assessor, do Núcleo de Atendimento do Gama, da Gerência de Núcleos Regionais, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR SUSLEIDE GOMES DE CASTRO, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-12, de Chefe, do Núcleo de Atendimento do Guará, da Gerência de Núcleos Regionais, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR WILTON SATIL DE SOUSA, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-08, de Assessor Técnico, do Núcleo de Atendimento do Guará, da Gerência de Núcleos Regionais, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR NUBIA DANIELLA DA SILVA FERREIRA, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-12, de Chefe, do Núcleo de Atendimento de Planaltina, da Gerência de Núcleos Regionais, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR BRUNO BARBOSA DE SOUZA, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-12, de Chefe, do Núcleo de Atendimento de Sobradinho, da Gerência de Núcleos Regionais, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR TABATA MICHELLI FERNANDES NOGUEIRA, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-08, de Assessor, do Núcleo de Atendimento de Sobradinho, da Gerência de Núcleos Regionais, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR IVALDO DE SANTANA ALMEIDA MOREIRA, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-12, de Chefe, do Núcleo de Atendimento do Taguatinga, da Gerência de Núcleos Regionais, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR JOSE RIBAMAR COELHO DE SOUZA, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-12, de Chefe, do Núcleo de Atendimento do Riacho Fundo, da Gerência de Núcleos Regionais, da Diretoria de Atendimento ao Consumidor, do Instituto de Defesa do Consumidor do Distrito Federal - PROCON/DF.

NOMEAR MARÍLIA MARRECO CERQUEIRA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-01, de Secretário Adjunto, da Secretaria Adjunta, da Secretaria de Estado do Meio Ambiente do Distrito Federal.

NOMEAR MARIANA AMADO COSTA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Chefe de Gabinete, do Gabinete, da Secretaria de Estado do Meio Ambiente do Distrito Federal.

NOMEAR ELIANA BARRETO DE LUCENA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-05, de Chefe, da Assessoria de Comunicação, de Gabinete, da Secretaria de Estado do Meio Ambiente do Distrito Federal.

NOMEAR IZAÍAS DA SILVA ROCHA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Subsecretário, da Subsecretaria de Administração Geral, da Secretaria de Estado do Meio Ambiente do Distrito Federal.

NOMEAR MARIA SÍLVIA ROSSI para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Subsecretário, da Subsecretaria de Planejamento Ambiental e Monitoramento, da Secretaria de Estado do Meio Ambiente do Distrito Federal.

NOMEAR JAIR VIEIRA TANNUS JUNIOR para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Subsecretário, da Subsecretaria de Educação Ambiental e Resíduos Sólidos, da Secretaria de Estado do Meio Ambiente do Distrito Federal.

NOMEAR ALESSANDRA ANDREAZZI PERES para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Subsecretário, da Subsecretaria de Assuntos Estratégicos, da Secretaria de Estado do Meio Ambiente do Distrito Federal.

TORNAR SEM EFEITO ao Decreto nº 39.611, de 1º de janeiro de 2019, publicado no DODF nº 1 Edição Extra Especial, de 1º de janeiro de 2019, republicado no DODF nº 1, de 2 de janeiro de 2019, o ato que exonerou MARCELO VAZ MEIRA DA SILVA do Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Chefe de Gabinete, da Secretaria de Estado do Meio Ambiente do Distrito Federal.

EXONERAR, por estar sendo nomeado para outro cargo, MARCELO VAZ MEIRA DA SILVA do Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Chefe de Gabinete, da Secretaria de Estado do Meio Ambiente do Distrito Federal.

TORNAR SEM EFEITO ao Decreto nº 39.611, de 1º de janeiro de 2019, publicado no DODF nº 1 Edição Extra Especial, de 1º de janeiro de 2019, republicado no DODF nº 1, de 2 de janeiro de 2019, o ato que exonerou VICENTE CORREIA LIMA NETO do Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-03, de Subsecretário, da Subsecretaria de Políticas e Planejamento Urbano, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

NOMEAR GISELLE MOLL MASCARENHAS para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-01, de Secretário Adjunto, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

NOMEAR PEDRO HENRIQUE MEDEIROS DE ARAÚJO para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Chefe de Gabinete, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

NOMEAR LUIZ OTÁVIO ALVES RODRIGUES para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Subsecretário, da Central de Aprovação de Projetos, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

NOMEAR ADRIANA ROSA SAVITE para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Subsecretário, da Subsecretaria de Administração Geral, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

NOMEAR ANA LUCIA AUGUSTO DE OLIVEIRA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, de Subsecretário, da Subsecretaria de Gestão Urbana, da Secretaria de Estado Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

NOMEAR EMÍLIO RIBEIRO para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-03, de Chefe, da Assessoria Jurídico-Legislativa, do Gabinete, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

NOMEAR MAURICIO PENA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-03, de Chefe, da Unidade de Tecnologia, do Gabinete, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

NOMEAR MARCELO VAZ MEIRA DA SILVA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-04, de Assessor Especial, da Assessoria Especial, do Gabinete, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

NOMEAR ISABELA LUNA SOARES AMORELLI para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-04, de Assessor Especial, da Assessoria Especial, do Gabinete, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

NOMEAR DANIELLE BORGES SIQUEIRA RODRIGUES para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-05, de Assessor Especial, da Assessoria Especial, do Gabinete, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

NOMEAR CARMEM LUCIA DE LAVOR GONÇALVES para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-05, de Chefe, da Assessoria de Comunicação, do Gabinete, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

NOMEAR MANOEL BRANDAO BARROS para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-06, de Assessor Especial, do Gabinete, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

NOMEAR FLAVIA DEMARTINI DE MORAIS para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-06, de Chefe, da Assessoria de Gestão Estratégica e Projetos, do Gabinete, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

NOMEAR ELIETE FERREIRA DA SILVA GOES para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-06, de Chefe, da Assessoria Técnica de Órgãos Colegiados, do Gabinete, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

NOMEAR LITZ MARY LIMA BAINY para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-06, de Coordenador, da Coordenação do Sistema de Informação Territorial e Urbano do Distrito Federal, da Unidade de Tecnologia, do Gabinete, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

NOMEAR SAMUEL ARAUJO DIAS DOS SANTOS para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, de Assessor Especial, da Assessoria Especial, do Gabinete, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal.

EXONERAR, a pedido, MACIEL ALMEIDA DA SILVA, do Cargo em Comissão, Símbolo DFA-08, de Assessor Técnico, da Diretoria de Inativos, Pensionistas e Civis, do Departamento de Gestão de Pessoal, do Subcomando Geral, da Polícia Militar do Distrito Federal, a contar de 19 de dezembro de 2018.

EXONERAR, a pedido, MARTANERES LOPES GONDIM SILVA do Cargo em Comissão, Símbolo DFA-10, de Assessor Técnico, da Diretoria de Inativos, Pensionistas e Civis, do Departamento de Gestão de Pessoal, do Subcomando Geral, da Polícia Militar do Distrito Federal, a contar de 02 de janeiro de 2019.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 50102019010800003

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

NOMEAR CERIZE HELENA SOUZA SALES, Técnico Administrativo, matrícula 129.462-8, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, do Pregoeiro, da Central de Compras, da Diretoria de Aquisições, da Subsecretaria de Administração Geral, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR ERICA NEGRYS OLIVEIRA SANTOS, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, do Pregoeiro, da Central de Compras, da Diretoria de Aquisições, da Subsecretaria de Administração Geral, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR JULIANA ARAUJO E SOUZA, Enfermeiro, matrícula 1.440.981-x, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, do Pregoeiro, da Central de Compras, da Diretoria de Aquisições, da Subsecretaria de Administração Geral, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR LARISSA ALVIM DE OLIVEIRA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, do Pregoeiro, da Central de Compras, da Diretoria de Aquisições, da Subsecretaria de Administração Geral, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR MERITA SIMONE BORGES, Técnico Administrativo, matrícula 1.443.037-6, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, do Pregoeiro, da Central de Compras, da Diretoria de Aquisições, da Subsecretaria de Administração Geral, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR PRISCILA MOREIRA FALCAO FIGUEIREDO, Técnico Administrativo, matrícula 1.681.823-7, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, do Pregoeiro, da Central de Compras, da Diretoria de Aquisições, da Subsecretaria de Administração Geral, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR EVANDRO MARTINS MEDEIROS, Administrador, matrícula 1.442.934-9, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, de Diretor, da Diretoria de Aquisições, da Subsecretaria de Administração Geral, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR ADRIANO GUIMARAES ITIAPINA, matrícula 016.314-11, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-04, Superintendente da Região de Saúde Central, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR PAULO HENRIQUE PORTO DOS SANTOS, matrícula 154.237-0, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-06, Diretor Geral do Hospital São Vicente de Paulo, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR RODOLFO ALVES PAULO DE SOUSA, matrícula 015.943-97, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-06, Diretor Geral do Hospital Materno Infantil de Brasília, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR JULISTER MAIA DE MORAIS, matrícula 145.296-7, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, Diretor Geral, da Atenção à Saúde, do Hospital Materno Infantil de Brasília, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR BÁRBARA DE JESUS SIMÕES, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, Diretor Presidente da Fundação Hemocentro de Brasília, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR ANDRESSA CRISTINA DE OLIVEIRA SILVA CAVALCANTE, matrícula 139.709-3, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-14, Secretário Executivo do Conselho de Saúde do Distrito Federal, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR ALESSANDRA RIBEIRO VENTURA OLIVEIRA, matrícula 138.013-X, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-04, Superintendente da Região de Saúde Oeste, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR RENATO SERGIO DE MEDEIROS SOUZA, matrícula 013.765-22, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, Diretor Geral, da Diretoria, do Hospital Regional da Ceilândia, Superintendência da Região de Saúde Oeste, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR JULIO CESAR MENEZES SEGIS SERAFIM, matrícula 0.135.624-0, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, Diretor Geral, da Diretoria do Hospital Regional da Brazlândia, Superintendência da Região de Saúde Oeste, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR CARLA CHAVES PACHECO, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-02, Subsecretário, da Subsecretaria de Infraestrutura da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR PETRUS LEONARDO BARRON SANCHEZ, matrícula 168.892-74, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-04, Diretor Geral, do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR JESSICA BARBOSA DE OLIVEIRA, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-14, de Assessor, da Gabinete, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR IAN REIS RODRIGUES, matrícula 1.680.737-3 para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-14, de Assessor, da Gabinete, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR LARYSSA BEATRIZ BARROS CÂMARA, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-14, de Assessor, do Gabinete, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR MARA RODRIGUES PAIVA, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-05, Assessor Especial, da Secretaria-Adjunta de Assistência em Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR HUMBERTO FERNADES VIANA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, de Assessor Especial, da Assessoria de Comunicação, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR LORRAYNE BIANCA DE HERÉDIAS MIRANDA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, de Assessor Especial, da Assessoria de Comunicação, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR LUIZ ANTONIO ROBIZ BUENO, matrícula 165.943-04, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, de Diretor, da Diretoria de Enfermagem, da Coordenação de Atenção Secundária e Integral de Serviços, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR KELLY CRISTIANE BARROS MELO, matrícula 136.414-6, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, de Diretor, Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde, da Superintendência da Região de Saúde Oeste, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR TATIANA LINS BARRADAS, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-08, de Assessor Técnico, da Diretoria Executiva, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR OTÁVIO AUGUSTO SILVA DE SIQUEIRA RODRIGUES, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-06, de Coordenador, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR ADRIANA CARNEIRO SAMPAIO, matrícula nº 1443448-2, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-10, de Assessor Técnico, da Diretoria Executiva, do Fundo de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR ADRIANA BARBOSA MARTINS, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-14, de Assessor, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR CAMILA CARLONI GASPAR, Enfermeira, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-14, de Chefe, da Assessoria de Redes de Atenção à Saúde, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR JÉSSICA PROCÓPIO DE QUADROS, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-14, de Chefe, da Assessoria de Política Nacional de Humanização, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR ERICA BATISTA DE QUEIROZ RODRIGUES, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-14, de Chefe, da Assessoria de Política de Prevenção e Controle do Câncer, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR GILCILENE OLIVEIRA BARBOSA BOIBA, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-12, de Assessor, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR LAUANDA AMORIM PINTO, Enfermeira, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-12, de Assessor, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde de Distrito Federal.

NOMEAR PAMELLA MICHALICK MAFRA, Técnico Administrativo, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-12, de Assessor, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR LIDIANE MARCIANO DA SILVA MONTEIRO, Técnico Administrativo, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-14, de Assessor, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR PAMELLA MICHALICK MAFRA, Técnico Administrativo, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-12, de Assessor, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR ALEXANDRE AUGUSTO DA SILVA, Técnico de Enfermagem, para exercer o Cargo de Assessor, Símbolo DFA-12, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR ANA CAROLINA DE ARAÚJO MONJARDIM, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-12, de Assessor, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR LUCILA CAIXATA GONÇALVES PINTO, Técnico Administrativo, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-12, de Assessor, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR FERNANDA BARROS DO NASCIMENTO, Odontólogo, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-10, de Assessor Técnico, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR RITA HELENA LEAL DA SILVA MATOS LIMA, Técnico Administrativo, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-12, de Assessor, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR JEFERSON BRENO OLIVEIRA BARROZO, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-10, de Assessor Técnico, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR ANDREA DE PINHO MACHADO, Técnico Administrativo, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-10, de Assessor Técnico, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR KLICIA DE LIMA RAMOS, Técnico Administrativo, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFA-10, de Assessor Técnico, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR JOÃO FABRICIO DA SILVA JUNIOR, Técnico Administrativo, para exercer o Cargo de Assessor, Símbolo DFA-12, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR MARINA FERNANDES DO PRADO, Psicólogo, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-14, de Gerente da Gerência de Apoio à Saúde da Família, da Diretoria da Estratégia de Saúde da Família, da Coordenação de Atenção Primária à Saúde, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR SIMONE KATHIA DE SOUZA, Enfermeira, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-14, de Gerente da Gerência de Saúde do Sistema Prisional, da Diretoria de Ações Estratégicas de Atenção Primária, da Coordenação de Atenção Primária à Saúde, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR FRANCINO MACHADO DE AZEVEDO FILHO, Enfermeiro, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo CNE-07, de Diretor, da Diretoria de Serviços de Urgências, Apoio Diagnóstico e Cirurgias, da Coordenação de Atenção Especializada à Saúde, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

EXONERAR ADRIANA CARNEIRO SAMPAIO, matrícula nº 1443448-2, do Cargo em Comissão, Símbolo CNE-06, de Assessor Especial, da Diretoria Executiva do Fundo de Saúde do Distrito Federal.

EXONERAR VIVIANE GUERRA DE MOURA NUNES, matrícula nº 144356667, do Cargo em Comissão, Símbolo CNE-07, de Diretor, da Diretoria de Análise e Execução Orçamentária, da Diretoria Executiva do Fundo de Saúde do Distrito Federal.

EXONERAR ANDREIA ROSA FERREIRA, matrícula nº 143961S7, do Cargo em Comissão, Símbolo DFG-14, de Gerente, da Gerência de Execução Orçamentária, da Diretoria de Análise e Execução Orçamentária, da Diretoria Executiva do Fundo de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR FRANCISCO MARIANI DE ANDRADE NETO, matrícula nº 138050-08, para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, do Assessor Especial, da Assessoria de Gestão Participativa e Relações Institucionais, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR REBEKA BARROS SOARES, matrícula nº 1441712-X, para exercer o Cargo de Assessor, Símbolo DFA-12, da Diretoria Executiva do Fundo de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR ADRIANA CARNEIRO SAMPAIO, matrícula nº 1443448-2, para exercer o Cargo de Assessor Técnico, Símbolo DFA-10, da Diretoria Executiva do Fundo de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR HUMBERTO FERNADES VIANA para exercer o Cargo de Natureza Especial, Símbolo CNE-07, de Assessor Especial, da Assessoria de Comunicação, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR CARLOS FERNANDO DAL SASSO DE OLIVEIRA, para o Cargo em Comissão, Símbolo CNE-06, de Coordenador, da Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional, da Subsecretaria de Planejamento em Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR MARCIA BENEVOLO JOVANOVIC, matrícula nº 171869-7, para o Cargo em Comissão, Símbolo CNE-06, de Coordenadora, da Coordenação do Controle de Serviços de Saúde e de Gestão da Informação, da Subsecretaria de Planejamento em Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR MARIA KATALLINI ALVES COSTA, matrícula nº 146.944-4, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo CNE-07, de Diretor, da Diretoria de Desenvolvimento Organizacional, da Subsecretaria de Planejamento em Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR CHRISTIANE BRAGA MARTINS DE BRITO, matrícula nº 136.486-3, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo CNE-07, de Diretor, da Diretoria de Planejamento e Orçamento, da Subsecretaria de Planejamento em Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR EDUARDO FERNANDO VAZ PEREIRA DOS SANTOS, matrícula nº 142.131 -X, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo CNE-07, de Diretor, da Diretoria de Controle de Serviços de Saúde, da Subsecretaria de Planejamento em Saúde desta SES-DF.

NOMEAR RICARDO GAMARSKI, matrícula nº 1439992-4, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo CNE-07, de Diretor, da Diretoria de Gestão de Informações Estratégicas, da Subsecretaria de Planejamento em Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

NOMEAR RENATA PEREIRA DE CARVALHO, matrícula nº 154605-8, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-14, de Gerente, da Gerência de Modelagem de Processos, da Diretoria de Desenvolvimento Organizacional, da Subsecretaria de Planejamento em Saúde desta SES-DF.

NOMEAR DANIELA SILVA MIRANDA, matrícula nº 138.429-5, para exercer o Cargo em Comissão, Símbolo DFG-14, de Gerente, da Gerência de Modelagem Organizacional, da Diretoria de Desenvolvimento Organizacional, da Subsecretaria de Planejamento em Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.io.gov.br/autenticidade.html, pelo código 50100019001900000064

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 11/03/2022

CNES: 0010537 Nome Fantasia: HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASILIA HMIB CNPJ: 00.394.700/0008-84

Nome Empresarial: HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASILIA HMIB Natureza Jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: AV L2 SUL QUADRA 608 MODULA A Número: 2 Complemento: –

Bairro: ASA SUL Município: 530010 - BRASILIA UF: DF

CEP: 70203-900 Telefone: (61)3445-7500 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 01

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: – Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: MARINA DA SILVEIRA ARAUJO5/05/2021

Cadastrado em: 23/12/2002 Atualização na base local: Última atualização Nacional: 12/06/2021

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
HOSPITAL DE ENSINO	1023 - ORGAO PUBLICO DO PODER EXECUTIVO ESTADUAL OU DO DISTRITO FEDERAL

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	ATENCAO BASICA	ESTADUAL

Atividade	Nivel de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
REGULACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS
VIGILANCIA EM SAUDE	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE

013 - ASSISTENCIA OBSTETRICA E NEONATAL

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 003 - TERAPIAS ESPECIAIS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 009 - INTERNACAO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 015 - ATENCAO HEMATOLOGICA E/OU HEMOTERAPICA

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU	16	0
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	15	15
UTI ADULTO - TIPO II	10	4
UTI NEONATAL - TIPO III	30	30
UTI PEDIATRICA - TIPO II	16	16
ESPEC - CIRURGICO		

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
CIRURGIA GERAL	25	25
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	2	2
SAUDE MENTAL	10	10
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	46	46
OBSTETRICIA CLINICA	28	28
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	14	14
PEDIATRIA CLINICA	51	51

Mantenedora

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 013 - ASSISTENCIA OBSTETRICA E NEONATAL

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 003 - TERAPIAS ESPECIAIS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 009 - INTERNACAO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 015 - ATENCAO HEMATOLOGICA E/OU HEMOTERAPICA

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Data desativação: –

Motivo desativação: –

Wellithon Junior Costa Arruda

Brasileiro, casado, administrador, 32 anos
Av. das Brisas, número 45, Edifício Garden Montel Líbano, Apto 802 T2
Jardim Bom Clima – Cuiabá – MT
Telefone: (65) 99965-8883
E-mail: wellithon.arruda@gmail.com

FORMAÇÃO

- Bacharel em Administração pela Faculdade Integradas de Ariquemes – FIAR (CRA/MT n. 20-08646)
- Bacharel em Direito pela Universidade de Cuiabá – UNIC/Pantanal - cursando 10º Semestre
- Gestao Pública pelo Centro Universitário UNIFACVEST - cursando 2º semestre

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- **2021 2022– Instituto Patris**
  Local de Trabalho: Sede do Instituto Patris
  Setor: Diretoria Administrativa
  Cargo: Diretor Administrativo
  Principais atividades: Gestão, Planejamento estratégico e operacionalização dos projetos organizacionais.

- **2021 2022 – IMPECTUS ASSESSORIA E CONSULTORIA EM GESTAO**
  Local de Trabalho: Sede do Instituto Patris
  Setor: Diretoria
  Cargo: Socio Proprietario
  Principais atividades: Serviços de Assessoria e Consultoria de Gestão em Saúde com foco no gerenciamento e gestão multi-projetos eficaz e capaz de sincronizar seus esforços para atender as demandas de curto, médio e longo prazo, capacitando profissionais nas melhores técnicas administrativas hospitalares.

- **2020 – Instituto dos Lagos Rio - IRL**
  Local de Trabalho: Policlinica Regional de Posse/GO
  Setor: Diretoria Geral
  Cargo: Diretor Geral

  Principais atividades: Gestão e operacionalização da unidade policlínica regional de Posse/GO, implantação da unidade composta por 26 consultorios médicos e de especialidade não médicas, centro de endoscopia e colonoscopia, parque de imagens composto por raiox, densitometria óssea, tomografia computadorizada, ressonância magnética e ultrassonografia, além da implantação de unidade móvel de prevenção ao cÂncer de mama e colo uterino.

  Local de Trabalho: Hospital de Campanha de Águas Lindas de Goiás/GO
  Principais atividades: Implantação do Hospital de Campanha para enfrentamento do novo coronavirus, na cidade de Águas Lindas de Goiás/GO, unidade especializada de saúde, composta por 40 leitos de UTI e 160 leitos de enfermaria dedicados ao enfrentamento da pandemia, incluindo a implantação dos serviços laboratoriais de analises clínicas, tomografia computadorizada em unidade móvel e o serviço de hemodiálise à beira-leito.

- **2019 - 2020 – Empresa Cuiabana de Saúde Pública**
  Local de Trabalho: Hospital Municipal de Cuiabá e Hospital Municipal São Benedito
  Setor: Diretoria Geral
  Cargo: Assessor Técnico de Direção

Principais atividades: Gestão de equipes e desenvolvimento de ações estratégicas, Assessoria da Direção Geral junto aos diversos setores do Hospital como (Administrativo e Assistencial) e acompanhamento das demandas do hospital junto a secretária municipal de saúde. Acompannamento e Implantação de unidade hospitalar e de demais serviços assistenciais.

- **2017 - 2018 – Secretária de Estado de Saúde – SES/MT**
  Local de Trabalho: Hospital Metropolitano de Varzea Grande.
  Setor: Jurídico
  Cargo: Assessor Técnico de Direção

  Principais atividades: Gestão de equipes e desenvolvimento de ações estratégicas, Assessoria da Direção Geral junto aos diversos setores do Hospital como (Administrativo e Assistencial) e acompanhamento das demandas do hospital junto ao órgão central na SES/MT e demais decentralizadas, gerenciamento dos setores: Compras, Contratos, Almoxarifado, Farmacia/CAF e OPME.

- **2014-2017 – Instituto Pernambucano de Assistencia e Saude – IPAS**
  Local de Trabalho: Hospital Metropolitano de Varzea Grande.
  Setor: Gerência Administrativa
  Cargo: Gerente Administrativo

  Principais atividades: Gestão de equipes e desenvolvimento de ações estratégicas, voltadas ao alcance dos resultados; gerenciamento dos setores Jurídico, Contratos, Documentações, Faturamento, Custos, Recursos Humanos, Departamento Pessoal e Financeiro.

- **2012-2013 – Instituto Pernambucano de Assistencia e Saude – IPAS**
  Local de Trabalho: Hospital Metropolitano de Varzea Grande.
  Setor: Administração de Contratos.
  Cargo: Analista de Contratos

  Principais atividades da Gestão de Contratos; Produção de Contratos e Termos tais como Aditivos, Ajustamento de Condutas e demais peças, Controle da documentação Jurídica do prestador, situação fiscal e administrativa, Controle mensal dos prazos de contratos de prestadores, Renovaçoes de contratos, Rescisões Contratuais, Controle de produção e pagamento a prestadores e Auditoria.

  Principais atividades: Jurídico; Desenvolvimento de Política de Qualificação de fornecedores e análise crítica de contratos com ênfase na avaliação de desempenho, Preposto Oficial do Hospital; Acompanhamento das audiências trabalhistas, Acompanhamento dos prazos processuais, citações, intimações, sentenças, recursos, protocolo de peças no Forum e/ou Justiça do Trabalho, Atendimento as Equipes de Auditoria tais como Vigilância Sanitária, Controle e acompanhamento dos documentos e registros obrigatórios do Hospital como Alvarás, Certidões, Certificados E Licenças e suas respectivas renovações.

- **2011 - Instituto Pernambucano de Assistencia e Saude – IPAS**
  Local de Trabalho: Central Estadual de Asssistência e Distribuição de Insumos de Saúde CEADIS/MT.
  Setor: Coordenadoria Administrativa e Finaceira
  Cargo: Assistente Administrativo

  Principais atividades: Financeiro: Contas a Pagar, Contas a Receber, Adiantamentos/Pagamentos, Prestação de Contas; Compras: Cotação, Solicitação de Compras, Ordem de Compras; Contratos. Patrimônio: Controle Patrimonial, Tombamento, Inventário Patrimonial, Baixa Patrimonial, Incorporação Patrimonial e Suprimentos do Instituto.

- **2008-2011 – Secretária de Estado de Saúde – SES/MT**

Setor: Unidade Setorial de Controle Interno - UNISECI
Cargo: Assistente Administrativo I

Principais atividades: Atendimento aos Órgãos de Fiscalização Internos (AGE, AGSUS) e externos (TCE, TCU, CGU, MP), Elaboração e Acompanhamento de Plano de Providências para correção de inconformidades detectadas pelos órgãos de auditoria, Acompanhamento de Fluxo de Processos (procedimentos) das Gerências de Contratos e Transportes, Elaboração de Memorandos, Ofícios, Solicitações de processos e/ou informações, Trâmite de Processos, Atualização de legislação junto ao site da SES/MT, Apoio na elaboração de Relatório de Defesa da SES/MT dentre outros.
Cargo: Apoio Administrativo
Principais atividades: Atendimento ao Público, Trâmite de Processos, Solicitações Diversas.

- **2006-2008 – Secretária de Estado de Saúde – SES/MT**
  Estágio.

PARTICIPAÇÃO EM CONSULTORIAS PROADI-SUS

- Desenvolvimento Gerencial Integrado da Linha de Atenção às Urgências no Ambiente Intra-Hospitalar ministratado pela ASSOCIACAO BENEFICENTE SIRIA - HOSPITAL DO CORACAO (HCOR), por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) e Ministério da Saúde.
- Gestão de Serviços de Saúde ministratado pela SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS - HOSPITAL SIRIO LIBANES por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) e Ministério da Saúde.

CURSOS

- Informática (Macro Training, 2005).
- FAL – Formação Avançada de Líderes (Gupo Valure, 2014).
- Fiscalização De Contratos Administrativos (Escola Superior De Contas TCE/MT, 2017).
- Gestão Estratégica com Foco na Administração Pública (Instituto Legislativo Brasileiro, 2017).
- Direito Administrativo para Gerentes no Setor Público (Instituto Legislativo Brasileiro, 2017).

EXTRACURRICULAR

- Moção de Aplausos da Câmara Legislativa Municipal de Cuiabá em reconhecimento aos serviços prestados na Implantação do Hospital Municipal de Cuiabá por ter integrado a primeira equipe resposanvel pela gestão da unidade.
- Atestado de Capacidade Técnica emitido pela Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso por meio da Diretoria Geral do Hospital Metropolitano de Várzea Grande/MT.
- Atestado de Capacidade Técnica emitido pela Empresa Cuiabana de Saúde Pública de Cuiabá/MT por meio da Diretoria Geral do Hospital Municipal São Benedito de Cuiabá/MT.
- Atestado de Capacidade Técnica emitido pela Empresa Cuiabana de Saúde Pública de Cuiabá/MT por meio da Diretoria Geral do Hospital Municipal de Cuiabá/MT.
- Atestado de Capacidade Técnica emitido pela Empresa Instituto dos Lagos Rio – IRL/RJ por meio da Presidencia do Instituto pela implantação da unidade Policlinica Regional de Posse/GO.
- Atestado de Capacidade Técnica emitido pela Empresa Instituto dos Lagos Rio – IRL/RJ por meio da Presidencia do Instituto pela implantação da unidade Hospital de Campanha de Águas Lindas de Goiás/GO.

- Atestado de Capacidade Técnica emitido pela Empresa MAB & CIA Ltda por meio da Presidencia do Instituto pelos serviços prestados de Consultoria e Assessoria Em Gestão de Saúde a unidade de Saúde de Ceres/GO.

- Atestado de Capacidade Técnica emitido pela Empresa IBN Laboratório Ltda por meio da Presidencia, pelos serviços prestados de Consultoria e Assessoria Em Gestão de Saúde a unidade de Saúde de Ceres/GO.

CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE MATO GROSSO – CRA-MT

CERTIDÃO DE REGULARIDADE

N° 0171/2022

Validade: 31/12/2022

Certifico, para os devidos fins que o(a) ADMINISTRADOR **WELLITHON JUNIOR COSTA ARRUDA,** inscrito(a) no CPF sob o nº 020.349.181-50, com endereço situado à R DAS BRISAS, Nº 45 - APTO 802 TORRE 2 - Despraiado - Cuiabá - MT - CEP: 78048-225, está devidamente registrado(a) neste Conselho sob o nº 20-08646. Certifico ainda que o(a) referido(a) profissional, encontra-se em dia com suas obrigações financeiras para esta entidade, não respondendo a qualquer processo ético administrativo até o momento, estando apto(a) ao desenvolvimento das atividades pertinentes a profissão.

Cuiabá/MT, 10 de março de 2022.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site e número de controle abaixo:

http://cra-mt.implanta.net.br/servicosOnline/Publico/ValidarDocumentos/

a176d3db-0e6c-4ebf-822b-10b9dda7047e

*Certidão emitida pelo usuário MAYANA MEDRADO BANDEIRA

+55 65 3613-5300 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Declaro, para os devidos fins, que o senhor WELLITHON JUNIOR COSTA ARRUDA, brasileiro, inscrito no CPF sob o nº 020.349.181-50 e no RG 1839805-7 SSP/MT, residente e domiciliado no município de Cuiabá/MT, atuou na função de ***Gerente Administrativo a partir de maio de 2014 a fevereiro de 2015 do Hospital Estadual Metropolitano de Várzea Grande – Louzite Ferreira da Silva****, localizado na Av. Dom Orlando Chaves, S/N, Bairro Cristo Rei, Várzea Grande/MT, CEP 78118-187, sendo hospital com capacidade instalada de 68 leitos, sendo 58 leitos de internação clínicos e cirúrgicos, 4 salas cirúrgicas, 8 consultórios médicos e 10 leitos de UTI GERAL, sob a gestão da* ***Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso****, inscrita no CNPJ sob o nº 04.441.389/0001-61, cuja sede se localiza no Palácio Paiaguás Rua D, S/N, Bloco 5 – Centro Político Administrativo, 78049-902, Cuiabá/MT.*

Várzea Grande/MT, fevereiro de 2015.

Marcia Regina Gomes Pereira
Diretora Geral
Hospital Metropolitano de Várzea Grande
Portaria N. 068/2014/GBSES/MT

Sétimo Serviço Notarial e Registral - 4ª Circunscrição Imobiliária
Tabeliã e Registradora: Nivete Assolini Raque
Av. Sen. Filinto Muller, nº 1200 - Bairro: Quilombo - Cuiabá - MT - CEP 78043-351
Fones: (65) 3621-1513 | 3621-1440 - Fax: (65) 3621-1400 - e-mail: cartorio7oficiocba@terra.com.br

Sétimo Serviço Notarial e Registral - Cuiabá - MT

AUTENTICAÇÃO
Confere com original apresentado. E Dou fé.
Cuiabá-MT, 10 de março de 2022 Hora:16:02

Gleice Maria da Silva Rocha Escrevente Juramentada
Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso
Selo Digital:BSE19611 R$:3,30 Aled:Jair E.
Ato de Notas e Registro Cod.Cart.:63 Cod.Ato:06
Consulta: www.tjmt.jus.br/selos

73852/14 666/14	"Rui da Espada!"	Mesom Gregori Muller de Freita	Baixada Cuiabana (Várzea Grande)	20.000,00
80796/14 650/14	"Mostra Teatro Ipê Amarelo"	Marcos Aurélio do Prado	Baixada Cuiabana (Poconé)	40.000,00
80556/14 270/14	"Circuito Cultural de Dança Regional"	Valdenirio Antônio de Queiroz	Baixada Cuiabana (Cuiabá)	40.000,00
84165/14 556/14	"5º Humor do Mato"	Lucas Vilela	Baixada Cuiabana (Cuiabá)	40.000,00
77659/14 715/14	"2º Encontro dos Artistas do Pirizeiro (Arte Cosmos)"	Ivan de Oliveira	Baixada Cuiabana (Cuiabá)	32.000,00
13027/14 613/14	5º Festival de Dança de Cáceres	Sebastião Garcia Coutinho	Outras Regiões (Cáceres)	30.000,00
74140/14 089/14	"Festival de Teatro Amador de Sinop"	Anderson Alex Michel de Souza	Outras Regiões (Sinop)	30.000,00
76125/14 089/14	"Festival de Teatro de Alta"	Lucino André Bellaver Diretti	Outras Regiões (Sorriso)	30.000,00
74359/14 108/14	"Espetáculo de Teatro A Fantástica Fábrica de Brinquedos"	Juliana Miranda de Souza	Outras Regiões (Sinop)	30.000,00
595-67/14 445/14	"Sugoi!"	Rosana Rita de Moraes da Silva	Outras Regiões (Alta)	20.000,00
12052/14 602/14	"Tradição em Canto em Dança"	Isaru Alexander Antunes de Mendonça	Outras Regiões (Cáceres)	20.000,00
13540/14 604/14	"Bailes de Mato Grosso"	Josiane Miranda Pachuri	Outras Regiões (Mirassol D'Oeste)	20.000,00
84853/14 588/14	"IV EncenAtle-Festival de Cenas Curtas"	Grupo de Teatro Ogel-Resp: Andressa Viana	Outras Regiões (Campo Novo do Parecis)	29.785,00
76143/14 191/14	"Zumbizek-Experiência Afro de Teatro-Canção"	Walter de Almeida Lara de Souza	Outras Regiões (Nova Olímpia)	20.000,00

Art. 3º - Aprovar os Projetos Culturais abaixo relacionados pertencentes ao PROAC-2014 do segmento de "Cinema e Vídeo", Baixada Cuiabana e Outras Regiões (Interior), a saber:

Protocolo Nº	Projeto Cultural	Proponente	Região	Valor Aprovado
74596/14 533/14	"Documentário Assassinato-Encontros e Desencontros nas Lutas Meio-Guaraienses"	Jonathan Cesar Farias Rezende	Baixada Cuiabana (Cuiabá)	40.000,00
82689/14 454/14	"Ele Sempre Esteve Certo"	Luiz Gerardo Marchetti	Baixada Cuiabana (Cuiabá)	20.000,00
77717/14 132/14	"De Cara Limpa Contra as Drogas-Documentário"	Viviane Paula Vilela	Baixada Cuiabana (Cuiabá)	20.000,00
73055/14 085/14	"Histórias do Mercado do Porto de Cuiabá - Documentário"	Murilo Nascimento da Silva	Baixada Cuiabana (Cuiabá)	20.000,00
84728/14 554/14	"A Roca Cuiabá"	Rafael Negri Bonacina	Baixada Cuiabana (Cuiabá)	20.000,00
81141/14 566/14	"Documentário Sabas Ivo de Almeida e o Vanilão"	Luiz Fernando Wilke	Baixada Cuiabana (Várzea Grande)	20.000,00
81033/14 557/14	"Papo de Homem-Documentário"	João Carlos Ferreira Barbosa	Baixada Cuiabana (Cuiabá)	20.000,00
82381/14 151/14	"Morro de Santo Antônio - O Tempo Bonito em Lendas e Histórias"	Anderson Gabuia de Oliveira	Baixada Cuiabana (Várzea Grande)	20.000,00
81143/14 534/14	"Biografias-Personalidades da Cultura Mato Grossense-Clovis Higgins/ Vitgenio Documentário"	João Carlos Martins Teixl Junior	Baixada Cuiabana (Cuiabá)	20.000,00
82697/14 459/14	"Hip Hop em VG"	Sônia Akemi Casi-zawa Takahashi	Baixada Cuiabana (Várzea Grande)	20.000,00
78118/14 169/14	"Cinema no Bairro"	Luciele Peixoto da Silva	Baixada Cuiabana (Poconé)	20.000,00
81723/14 532/14	"Bosco Cinema"	Felipe Negri do Prado	Baixada Cuiabana (Cuiabá)	20.000,00
13533/14 608/14	"Mostra Cine Cáceres"	Alessandro Ramos Cintra	Outras Regiões (Cáceres)	20.000,00
85280/14 070/14	"Mostra Fenomeno Brasil"	Leonardo Bellafe Cunha Barbosa	Outras Regiões (Cofrigupos)	60.000,00
84409/14 088/14	"Negra Mulher Documentário"	Elizabeth Pereira de Souza	Outras Regiões (Nova Monte Verde)	20.000,00
68450/14 067/14	Exibição Radical-EXIBIDOC	Isaias Alves de Freitas	Outras Regiões (Poconé)	20.000,00
74130/14 108/14	"Curta Metragem Bullying na Escola"	Isaias Alves Pedrosso	Outras Regiões (Sorriso)	20.000,00
58478/14 085/14	"Cinema Popular nas Praças"	Rosalia da Silva Guia	Outras Regiões (Arlpuanã)	20.000,00
81619/14 302/14	"Procissão e Romaria de Nossa Senhora Aparecida"	Luiz Carlos Bordin	Outras Regiões (São José dos Quatro Marcos)	20.000,00

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Registrada, Publicada, Cumpra-se.

Conselho Estadual de Cultura de Mato Grosso, Sala das Sessões, em Cuiabá, 10/11 de abril de 2014.

Fabiano Prates
Presidente do Conselho

Conselheiros Titulares:
Alcou Marcial Cazarin
Clemance Almeida Saldanha
Darci Lovato
Eduardo Pereira
Fabiane Carla Cardoso
Fernando Cezar Baracat de Arruda
Jarbas Odelide Rokoskowski
Luiz Antonio Machado Toloti
Pedro Luiz Damas do Cunha
Tânia Mara Arantes Figueira
Teresa Meira de Rezende
Wanderley Alves da Silva

Conselheiros Suplentes:
Emio Leite de Oliveira

RESOLUÇÃO Nº 07/2014 – CEC/MT

CANCELA O PROJETO CULTURAL BAIXO

O CONSELHO ESTADUAL DE CULTURA DE MATO GROSSO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Estadual nº 9.078, de 30 de dezembro de 2008, alterada pela Lei nº. 9.482/2010 e Decreto nº. 1.842 de 11 de março de 2009 c/c o art. 10, inciso IX, do Regimento Interno e, em consonância com o princípio da legalidade administrativa:

RESOLVE:

Art. 1º - Cancelar por impossibilidade jurídica de prosseguimento o projeto cultural do PROAC/2014 conforme o que consta do processo abaixo, "ad referendum" do Plano, a saber:

Protocolo nº	Projeto	Proponente	Segmento	Valor Aprovado
81338/2014 261/2014	Mostra Cultural Rafaela Capi-nas	Emely Rodrigues Portela Fraga Wanderley	Artes Integradas	40.000,00

Registrada, Publicada, Cumpra-se.
Conselho Estadual de Cultura de Mato Grosso, em Cuiabá, 16 de maio de 2014.

Fabiano Prates
Secretário de Estado de Cultura
Presidente do Conselho

* Original assinado.

SES

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
GERÊNCIA DE GESTÃO DE CONTRATOS – GGC/SES/MT
EXTRATO DO CONTRATO Nº 019/2014/SES/MT, PREGÃO ELETRÔNICO Nº 079/2013/SES/MT

CONTRATANTE: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/SES/MT – Representada por seu Secretário Adjunto de Administração Sistêmica, nos termos da Portaria Nº 130/2013/GBSES Sr. Marcos Rogério Lima Pinto e Silva.
CONTRATADO: PRODUTOR RURAL – Eduardo Jarcint Tolomei.
OBJETO: O presente contrato tem por objeto a "Aquisição de Ovos não fértels para atender a Central de Preparo de meio de Cultura e Reagentes Químicos do MT Laboratório", conforme especificações e condições constantes no Termo de Referência, e seus anexos.
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: Unidade Orçamentária: 21501, Projeto Atividade: 4300, Natureza da Despesa: 3390-30, Fonte: 112.
VIGÊNCIA: A vigência do presente Contrato será de 12 (doze) meses, com início em 01/04/2014 e término em 31/03/2015.
VALOR DO CONTRATO: R$ 14.261,21.
EMPENHO: 21601.0001.14.003304-5, valor R$ 14.261,21.
DATA DE ASSINATURA: 01/04/2014.
FISCAL DO CONTRATO: Suélde Almeida Cabral – Matrícula: 96596.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
GERÊNCIA DE GESTÃO DE CONTRATOS – GGC/SES/MT
EXTRATO DO CONTRATO Nº 025/2014/SES/MT, PREGÃO ELETRÔNICO Nº 078/2013/SES/MT

CONTRATANTE: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/SES/MT – Representada por seu Secretário Adjunto de Administração Sistêmica, nos termos da Portaria Nº 130/2013/GBSES Sr. Marcos Rogério Lima Pinto e Silva.
CONTRATADA: SEMO ENERGIA INDUSTRIA E COMERCIO DE MÁQUINAS LTDA – Representada pelo Sr. Luciano Rossi.
OBJETO: O presente contrato tem por objeto a Aquisição de 02 (dois) Grupos Geradores para atender a demanda do MT – Laboratório, unidade da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, conforme especificações e condições constantes no Termo de referência, Edital e seus anexos.
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: Unidade Orçamentária: 21501, Projeto Atividade: 4300, Natureza de Despesa: 3390-52, Fonte: 112.
VIGÊNCIA: A vigência do presente Contrato será de 12 (doze) meses, com início em 17/04/2014 e término em 16/04/2015.
VALOR DO CONTRATO: R$ 269.990,00.
EMPENHO: 21601.0001.14.004127-9, valor R$ 269.990,00.
DATA DE ASSINATURA: 17/04/2014
FISCAL DO CONTRATO: Suélde Almeida Cabral – Matrícula: 96596.

PORTARIA N. 068/2014/GBSES

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e,

Considerando a rescisão do Contrato de Gestão n. 001/SES/MT/2011, celebrado entre esta Secretaria de Estado da Saúde e o Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde - IPAS, cujo objeto consiste em estabelecer o compromisso entre as partes visando o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no **Hospital Metropolitano de Várzea Grande**, com a pactuação de indicadores de qualidade e resultado.

Considerando que a partir de 01/05/2014 os serviços de gerenciamento do Hospital Metropolitano de Várzea Grande - HMVG passam a ser de responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde, que o fará pelo prazo de 120 (cento e vinte) dias ou até a conclusão do novo processo de contratação, isso para garantir a Continuidade dos Serviços Públicos considerados de caráter essencial.

R E S O L V E:

Art. 1º Designar a servidora **Márcia Regina Gomes Pereira**, matrícula n. 58263, PTNSSS do SUS, para estar à frente da Direção Geral do Hospital Metropolitano de Várzea Grande, pelo período necessário.

Parágrafo único. Poderá a Servidora ora designada como Diretora solicitar pessoas para auxiliá-la, na função investida, podendo delegar atribuições específicas de sua missão a auxiliares e prepostos individualmente ou em conjunto.

Art. 2º A Diretora designada nos termos desta portaria, gozará de plenos poderes para a administração do Hospital Metropolitano de Várzea Grande e a praticar todos os atos necessários para fiel cumprimento desta, entre outros:

I- Requisitar de órgãos e entidades da Administração Pública Estadual e solicitar a órgãos e entidades de outras esferas de governo serviços e informações necessárias ao cumprimento de sua missão;

II- Gerenciar os recursos destinados ao Hospital Metropolitano de Várzea Grande;

III- Solicitar, quando necessário, à Auditoria Geral do Estado – AGE e à Procuradoria Geral do Estado – PGE estudos e avaliações, bem como consultoria para melhor administrá-lo.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 15 de maio de 2014, revogando-se as disposições em contrário em especial a Portaria n. 057/2014/GBSES.

Registrada, Publicada, CUMPRA-SE.
Cuiabá, 16 de maio de 2014.

(original assinado)
JORGE ARAÚJO LAFETÁ NETO
Secretário de Estado de Saúde

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Declaro, para os devidos fins, que o senhor WELLITHON JUNIOR COSTA ARRUDA, brasileiro, inscrito no CPF sob o nº 020.349.181-50 e no RG 1839805-7 SSP/MT, residente e domiciliado no município de Cuiabá/MT, atuou na função de ***Gerente Administrativo*** *no período de 08 de junho de 2015 a* 28 de junho de 2017, *do* ***Hospital Estadual Metropolitano de Várzea Grande – Louzite Ferreira da Silva****, localizado na Av. Dom Orlando Chaves, S/N, Bairro Cristo Rei, Várzea Grande/MT, CEP 78118-187, sendo hospital com capacidade instalada de 68 leitos, sendo 58 leitos de internação clínicos e cirúrgicos, 4 salas cirúrgicas, 8 consultórios médicos e 10 leitos de UTI GERAL, sob a gestão da* ***Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso****, inscrita no CNPJ sob o nº 04.441.389/0001-61, cuja sede se localiza no Palácio Paiaguás Rua D, S/N, Bloco 5 – Centro Político Administrativo, 78049-902, Cuiabá/MT.*

Várzea Grande/MT, 28 de junho de 2017.

Ines De Souza Leite Sukert
Diretora Geral
Hospital Metropolitano de Várzea Grande
Portaria N. 103/2015/GBSES/MT

Sétimo Serviço Notarial e Registral - 4ª Circunscrição Imobiliária
Notaria e Registradora: Nilcéia Aparecida
Av. Sen. Filinto Muller, nº 1300 - Bairro Goiabeiras - Cuiabá - MT - CEP 78043-4
Fones: (65) 3621-1613 / (65) 3621-1600 - E-mail: cartorio7@hotmail.com

Serviço Notarial e Registral - Cuiabá - MT

AUTENTICAÇÃO
Confere com original apresentado. E Dou fé.
Cuiabá-MT, 10 de março de 2022 Hora:16:02

Gleice Maria da Silva Rocha Escrevente Juramentada
Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso
Selo Digital BSE 19609 R$ 3,30 Ated: Jair E.
Ato de Notas e Registro Cod.Cart.:63 Cod.Ato:06
Consulta: www.tjmt.jus.br/selos

PORTARIA Nº 099/2015/GBSES

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e

R E S O L V E:

Art. 1º Substituir a servidora ***LUCIANA BOSCARATO MENDES DE QUEIROZ POLETTO,*** matrícula Nº 124851, designado como Fiscal do Contrato nº. 003/2015/SES/MT empresa **MÁXIMA AMBIENTAL SERVIÇOS GERAIS E PARTICIPAÇÕES LTDA- EPP**, pelo servidor ***VALDELICE DA SILVA ORMOND,*** matrícula Nº 120062.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Registrada, Publicada, CUMPRA-SE.

Cuiabá-MT, 02 de junho de 2015.

(original assinado)

MARCO AURÉLIO BERTÚLIO DAS NEVES

Secretário de Estado de Saúde

PORTARIA Nº 103/2015/GBSES

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e;

CONSIDERANDO a Portaria nº 060/2015/GBSES, publicada no Diário Oficial do Estado de 09/04/2015, que designou o servidor **JONAS ALVES RIBEIRO,** para assumir a Direção Geral do *HOSPITAL METROPOLITANO DE VÁRZEA GRANDE*.

R E S O L V E:

Art. 1º Substituir o servidor acima em referência pela servidora ***INÊS DE SOUZA LEITE SUKERT,*** para assumir a Direção Geral do *HOSPITAL METROPOLITANO DE VÁRZEA GRANDE*.

Art. 2º Ficam ratificadas os demais artigos da Portaria nº 060/2015/GBSES, sendo eles:

Parágrafo único. Poderá a servidora ora designada como Diretora solicitar pessoas para auxiliá-la, na função investida, podendo delegar atribuições especifica de sua missão a auxiliares e prepostos individualmente ou em conjunto.

Art. 2º A Diretora designada nos termos desta portaria, gozará de plenos poderes para a administração do Hospital Metropolitano de Várzea Grande e a praticar todos os atos necessários para fiel cumprimento desta, entre outros:

I- Requisitar de órgãos e entidades da Administração Pública Estadual e solicitar a órgãos e entidades de outras esferas de governo serviços e informações necessárias ao cumprimento de sua missão;

II- Gerenciar os recursos destinados ao Hospital Metropolitano de Várzea Grande;

III- Solicitar, quando necessário, à Auditoria Geral do Estado - AGE e à Procuradoria Geral do Estado - PGE estudos e avaliações, bem como consultoria para melhor administrá-lo.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor a partir desta data, com seus efeitos a partir de 01/06/2015.

Registrada, Publicada, CUMPRA-SE.

Cuiabá-MT, 08 de junho de 2015.

(original assinado)

MARCO AURÉLIO BERTULIO DAS NEVES

Secretário de Estado de Saúde

SEAF

SECRETARIA DE ESTADO DE AGRICULTURA FAMILIAR E ASSUNTOS FUNDIÁRIOS

EXTRATO DO CONTRATO Nº 003/2015 (Proc. 144371/2015 -SEAF -MT)

Extrato do Contrato n º 003/2015, tendo por objeto a prestação de serviços de locação de veículos para atender as necessidades da SEAF-MT, conforme condições constantes no edital e seus anexos que o integram e complementam, nos termos e condições estabelecidas no Edital de Pregão nº 76/2014/TJ/MT Ata de Registro de Preços Nº 131/2014/TJ/MT.

CONTRATANTE - SECRETARIA DE ESTADO DE AGRICULTURA FAMILIAR E ASSUNTOS FUNDIÁRIOS- SEAF-MT, CNPJ sob nº 03.507.415/0012-05.

CONTRATADA - GONÇALO DE SOUZA E MARQUES DE SOUZA LTDA-EPP, CNPJ sob nº 13.843.787/0001-03.

VALOR ESTIMADO DO CONTRATO - R$ 293.399,40 (Duzentos e noventa e três e trezentos e noventa e nove reais e quarenta centavos).

PRAZO: 12 (doze) meses, contados a partir da data da sua assinatura (25/05/2015).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: Projeto/Atividade: 4390/Fonte: 161/ Elemento de Despesa: 39

ASSINAM: Pela **SEAF** o Secretário **SUELME EVANGELISTA FERNANDES** e pela empresa **GONÇALO DE SOUZA E MARQUES DE SOUZA LTDA-EPP**, seu representante **ANDRÉ LUIS MARQUES DE SOUZA.**

Cuiabá-MT, 25 de maio de 2015.

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

FAPEMAT

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA

EXTRATO DE TERMO DE CONCESSSÃO E ACEITAÇÃO DE BOLSA NO PAÍS - IC - EDITAL UNIVERSAL Nº 003/2014 /FAPEMAT - Processo: 227454/2015

Espécie: Termo de Concessão de bolsa de Iniciação Científica firmada entre FAPEMAT e Thalita Bohnem Carneiro

Objeto: Bolsa de Iniciação Científica; **Valor:** R$ 450,00

Duração: 12 (doze) meses; **Data da assinatura:** 01/06/2015

Assinam: Antonio Carlos Maximo - **Presidente da FAPEMAT**, Thalita Bohnem Carneiro - **Bolsista** e Gustavo Tadeu Volpato - **Orientador**

EXTRATO DE TERMO DE CONCESSÃO E ACEITAÇÃO DE AUXILIO A EVENTOS - EDITAL 001/2015.

PROCESSO: 112313/2015

Espécie: Termo de Concessão firmado entre a FAPEMAT e Marcelo Fronza, com interveniência Universidade Federal de Mato Grosso- UFMT.

Objeto: Auxílio Financeiro para execução do Evento "XV Congresso Internacional das Jornadas de Educação Histórica consciência histórica e interculturalidade ""

Valor: R$ 38.300,00 (trinta e oito mil e trezentos reais).

Dotação Orçamentária: 4097.9900.3390.2000 - FONTE 145;

Data da Assinatura: 15/05/2015. **Duração:** 04 (quatro) meses **Vigência:** 15/05/2015 à 15/09/2015.

Assinam: Antonio Carlos Maximo - Presidente da FAPEMAT, Joanis Tilemahos Zervoudakis- Pró-reitor de pesquisa- UFMT e Marcelo Fronza - Concessionário.

EXTRATO DE TERMO DE CONCESSÃO E ACEITAÇÃO DE AUXILIO A EVENTOS - EDITAL 001/2015.

PROCESSO: 115426/2015

Espécie: Termo de Concessão firmado entre a FAPEMAT e Teresa Cristina da Silveira Anacleto, com interveniência da Universidade do Estado de Mato Grosso- UNEMAT.

Objeto: Auxílio Financeiro para execução do Evento "Simpósio Regional de Biologia/2015"

Valor: R$ 8.279,02 (oito mil duzentos e setenta e nove reais e dois centavos).

Dotação Orçamentária: 4097.9900.3390.2000 - FONTE 145;

Data da Assinatura: 19/05/2015. **Duração:** 03 (três) meses **Vigência:** 19/05/2015 à 19/08/2015.

Assinam: Antonio Carlos Maximo - Presidente da FAPEMAT, Ana Maria Di Renzo- Reitora UNEMAT e Teresa Cristina da Silveira Anacleto - Concessionário.

EXTRATO DE TERMO DE CONCESSÃO E ACEITAÇÃO DE AUXILIO A EVENTOS - EDITAL 001/2015.

PROCESSO: 108051/2015

Espécie: Termo de Concessão firmado entre a FAPEMAT e Claumir Cesar Muniz, com interveniência da Universidade do Estado de Mato Grosso-UNEMAT.

Objeto: Auxílio Financeiro para execução do Evento "IX Congresso de Iniciação Científica- IX CONIC"

Valor: R$ 17.526,00 (dezessete mil quinhentos e vinte e seis reais).

Dotação Orçamentária: 4097.9900.3390.2000 - FONTE 145;

Data da Assinatura: 25/05/2015. **Duração:** 06 (seis) meses **Vigência:** 25/05/2015 à 25/11/2015.

Assinam: Antonio Carlos Maximo - Presidente da FAPEMAT, Ana Maria Di Renzo- Reitora UNEMAT e Claumir Cesar Muniz - Concessionário.

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 11/03/2022

CNES: 6853781 Nome Fantasia: METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA CNPJ: --

Nome Empresarial: SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE MATO Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: AVENIDA DOM ORLANDO CHAVES Número: S/N Complemento: --

Bairro: CRISTO REI Município: 510840 - VARZEA GRANDE UF: MT

CEP: 78118-187 Telefone: (65) 3054-9497 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 001

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ALCINDO FERNANDEZ 05/01/2017

Cadastrado em: 21/09/2011 Atualização na base local: Última atualização Nacional: 11/02/2017

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1236 - ESTADO OU DISTRITO FEDERAL

Infraestrutura

INTERNET

Conexão a internet	Tipo de conexão
SIM	ADSL

TELEFONIA

Telefonia fixa	Telefonia móvel

SIM	NÃO

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
02 - ATENDIMENTO DE DEMANDA REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UTI ADULTO - TIPO II	10	10
ESPEC - CIRURGICO		
BUCO MAXILO FACIAL	2	2
CIRURGIA GERAL	5	5
GASTROENTEROLOGIA	1	1
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	36	36
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	6	6
OUTRAS ESPECIALIDADES		
CRONICOS	2	2

Mantenedora

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

LUIZ ANTÔNIO PROCÓPIO DA SILVA

Luiz.antonio02@gmail.com

+55 65 98463-0389

Resumo

Brasileiro, contador, casado
CRC/MT – 020317/O-4
Rua – Dom Manuel, Quadra 02 – Lote 13ª, Bairro Centro Sul, Várzea Grande-MT
CEP: 78.125-705
Data de Nascimento: 26/09/1987

Formação

UNIC – UNIVERSIDADE CUIABA
Bacharel Ciências Contábeis
Diplomação (18/07/2014)

Experiência

Gaiotti Contabilidade e Assessoria LTDA
MAR 2010 a DEZ 2012 -Cargo Aux. Contábil

Millabelli Logística LTDA
DEZ 2012 a SET 2013 – Cargo Administrativo

Gaiotti Contabilidade e Assessoria LTDA
SET 2013 a SET 2015 -Cargo Analista Contábil

Cavalca Construções e Mineração LTDA
SET 2015 a MAI 2019 – Analista Contábil

Cavalca Construções e Mineração LTDA(atual)
MAI 2019 – Contador

Cursos

PER/DCOMP WEB –NOV/2019

Atualização ECF – 06-2020

Atualização ICMS -MT – 01-2022

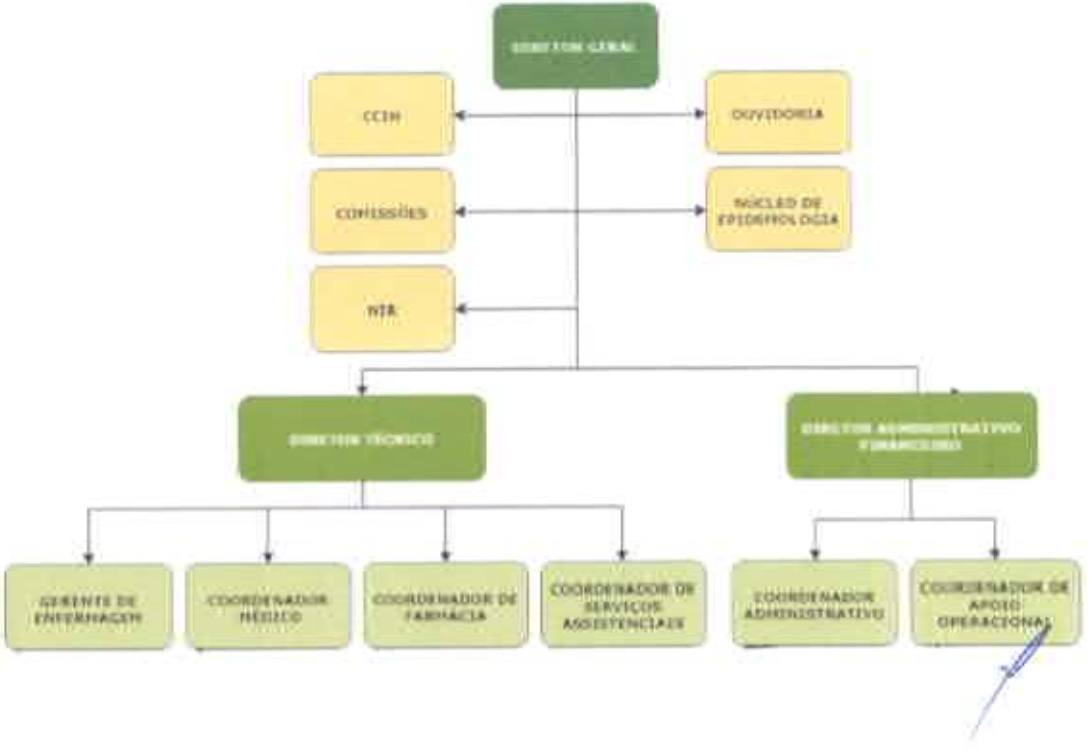
L.pres x L. Real 02-2022

ANEXO II

Titulação de especialistas em Administração/gestão Hospitalar dos membros da Diretoria e Coordenações

Instituto patris ®

ORGANOGRAMA DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS/GO



Rua Antônio João, Caixa Postal 010-5, Centro, Cuiabá/MT
contato@institutopatris.com.br – (65) 9.9994-2402 (62) 3015-2402

Função	Nome	Titulação de Especialistas	Experiência Minima
Diretor Geral	FABIO LEANDRO RODRIGUES ERTEL	Pós Adm. Hospitalar	H. Sta. Casa Pelotas
Diretor Técnico (MED)	DOUGLAS DOLCE DOMINGUES		H. PS. Mun. Cuiabá
Diretor Adm Financeiro	ONAIR AZEVEDO NOGUEIRA	Pós Adm. Hospitalar	H. Reg. Cáceres
Gerente de Enfermagem	ANA CAROLINA SAMPAIO GARCIA FERNANDES	Pós Gestão Saúde	H. Camp. Águas Lindas/GO
Coordenador Médico	ALISSON TIAGO ARRUDA DE ARAUJO		H. Mun. S. Benedito. Cuiabá
Coordenador Farmácia	ANGELICA CARLA BRAGA DE OLIVEIRA		H. Sta. Luzia. Goianésia
Coordenador de Serviços Assistenciais	ROZE MEIRY BENEDITO SOUZA DA COSTA GUSMÃO	Pós Auditoria e Gestão em Saúde	H. Sta. Casa Cuiabá
Coordenador Administrativo	CASSIANO MORAES FALLEIROS	Pós Gestão de Hospitais	H. U. Julio Muller
Coordenador de Apoio Operacional	GILSON FERREIRA ORTIZ	Pós Gestão Saúde	H. Reg. Cáceres

Cuiabá/MT, 11 de março de 2022.

VITTOR ARTHUR GALDINO
Presidente

Rua Antônio João, Caixa Postal 010-5, Centro, Cuiabá/MT
contato@institutopatris.com.br – (65) 9.9994-2402 (62) 3015-2402

FÁBIO LEANDRO RODRIGUES ERTEL

Rua Corredor Goelzer, 45 Bl. 01 Apto 113
Centro – Santa Cruz do Sul - RS
(051) 9.9688-9607
f.fabioleandro@gmail.com
Brasileiro - casado – 01 filha
CRA/RS: 22.897

DIRETOR HOSPITALAR

APRESENTAÇÃO

Executivo de Saúde com Especialização em Administração Hospitalar, experiência de 27 anos em Hospitais Filantrópicos, privados, públicos, Cooperativa de Saúde e OSS como Pró-Saúde, Unimed, Santa Casa de Pelotas, Sociedade Beneficente São Camilo, Grupo Athena Saúde entre outras, responsável por atividades de administração geral, financeira e operacional, relacionamento com entes públicos, clientes, fornecedores e convênios médicos. Implantação, reestruturação e gestão de unidades hospitalares utilizando ferramentas de gestão estratégica, tática e operacional para padronização de fluxos e redução de custos para atingimento dos objetivos.

Atuação: Direção Geral, Direção Administrativa/Operacional/Financeira.

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Pós-graduado em Administração Hospitalar | IAHCS – Instituto de Adm. Hospitalar e Ciências da Saúde – RS ano: 1999
Pós-graduação em Administração Hospitalar I São Camilo – SP ano: 1994 – sem conclusão.
Graduado em Administração de Empresas| FISC – Faculdades Integradas de Santa Cruz – RS ano: 1990

Março/21 – Nov./21 — **Grupo Athena Saúde – Hospital do Coração de Natal – RN**
Hospital Geral com 159 leitos (50 leitos de UTI) – Alta complexidade em clínica médica, cardiologia, otorrino, neurocirurgia, traumato-ortopedia, nefrologia/urologia, ginecologia e transplante de órgãos. – Pronto Socorro de cardiologia, traumatologia e clínica geral com 6.000 atendimentos/mês – 1.157 funcionários
Diretor Administrativo

Abril/2019 — **GeXCon – Gestão e Consultoria Hospitalar - Eireli**

2017 – março/19 — **Hospital Regional dos Vales – Rio Pardo – RS**
Hospital Geral com 96 leitos - Ênfase em traumatologia e saúde Mental
Diretor Administrativo

2013 – 2016 — **Santa Casa de Misericórdia de Pelotas – Pelotas - RS**
Hospital Geral / Ensino – alta complexidade - 356 leitos – 1.100 internações -18.000 atendimentos/mês - 1.057 colaboradores
Diretor Geral

Responsável pela gestão de todas as áreas da instituição e aplicação das políticas institucionais. Acompanhamento dos custos, Planejamento estratégico e gestão financeira. Relacionamento com o corpo clínico, negociação com Secretaria Municipal e Estadual de Saúde e convênios em geral.

2009 – 2012 — **Hospital de Caridade Santa Rita – Triunfo – RS**
Hospital Geral – médio porte - 50 leitos – 165 internações / 2.236 atendimentos/mês - 90 colaboradores
Diretor Geral

Responsável pela administração geral da unidade hospitalar, prestação de contas e desempenho mensal da unidade de negócio, elaboração do orçamento programa anual e custos mensais, desenvolvimento e implantação dos objetivos estratégico e orçamentário, possibilitando melhor controle dos processos institucionais, negociação com prestadores de serviços médicos, terceiros, fornecedores, convênios médicos, credenciamento junto ao IPE e órgãos públicos. Revitalização das áreas da unidade hospitalar e recuperação de recebíveis.

2008 – 2008 **Hospital Unimed Mossoró – Cooperativa Médica – Mossoró - RN**
Hospital Geral – pequeno porte - 45 leitos – 170 internações / 3.131 atendimentos/mês - 87 colaboradores
Diretor Administrativo

Gestão geral, readequação do quadro funcional, carga horária e turnos, aplicação de questionário de clima organizacional, negociação de leitos fixos da UTI com a Secretaria Estadual de Saúde. Negociação com as UNIDAS para atendimento de outros convênios, responsável pela instalação física do setor de internação, responsável pela modificação do layout do pronto-atendimento com melhora do fluxo, visita semanal a consultórios de médicos cooperados, etc.

2004 - 2008 **SEC - Sociedade Educacional e Caridade – Hospital de Caridade São Jerônimo - RS**
Hospital Geral – médio porte - 96 leitos – 409 internações / 4.100 atendimentos/mês - 146 colaboradores
Diretor Geral

Principal responsável pela unidade, respondendo pela política de compras e pessoal, negociação do contrato da CONTRATUALIZAÇÃO com o Governo Federal com aumento de receita, negociação com operadoras de saúde e convênios médicos com aumento do volume de atendimento, renegociação de contratos médicos e serviços terceirizados. Negociação do quantitativo de serviços pactuados/ ofertados à Secretaria Estadual da Saúde.

2000 – 2003 **PRÓ-SAÚDE - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar - SP**
Empresa segmento hospitalar – 18 Mil Colaboradores.
Administrador Hospitalar
Diretor Administrativo Financeiro

Responsável por projetos na região Nordeste, atuando na abertura/implantação geral de unidades e reestruturação de outras em funcionamento. Implantação de controles organizacionais, gestão de suprimentos, pessoas, rotinas assistenciais em conjunto com a área médica/assistencial e relacionamento com o ente público contratante local. Auditorias da evolução dos processos de trabalho, por meio dos indicadores de melhoria contínua.
Liga Norte Rio-grandense Contra o Câncer – Hospital do Câncer como **Administrador Hospitalar**
Hospital Regional Tarcísio Maia - Mossoró-RN como **Diretor Administrativo Financeiro**

1997 - 2000 **Fundação de Saúde Dr. Jacób Blész – Hospital Vera Cruz - RS**
Hospital Geral – pequeno porte - 49 leitos – 167 internações / 1.980 atendimentos/mês - 73 colaboradores
Diretor Hospitalar

Implantação da Unidade hospitalar atuando no Planejamento, organização e direção geral.

1992 – 1997 **SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - GH Sul - RS**
Empresa segmento hospitalar
Administrador Adjunto
Gerente de Apoio e Internação
Estagiário - Trainee

Administrador assistente respondendo pela área operacional em quatro hospitais da Rede São Camilo – GH Sul atuando nas áreas Administrativas, financeira, apoio/infraestrutura em conjunto com a área médica assistencial.
Interno do programa de Estágio São Camilo.
Projetos: Hospital de Caridade Beneficente Cachoeira do Sul, Hospital Santa Cruz, Hospital Estrela, Estrela e Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul – RS.

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO:

Domínio em Informática e Sistema de Gestão Hospitalar – InfoSaúde, Hospidata, RGM, Solus e Plxeon(Smart)

Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: **23/12/2019**

Nome Civil: **ANTONIO CARLOS LUNA SOARES**
CPF: **571.685.630-68**
Data de Nascimento: **20/07/1969**
Sexo: **Masculino**
Nacionalidade: **Brasileiro**
Nome da Mãe: **IVONI LUNA SOARES**

Contratos de Trabalho

- 19/03/1998 - Aberto

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PELOTAS
CNPJ: 92.219.559/0001-25
Ocupação: **142205 - GERENTE DE RECURSOS HUMANOS**
Salário Contratual: **R$ 5.303,48**
Remuneração Inicial: **R$ 414,36**
Última Remuneração Informada: **R$ 6.376,65** (01/2022)

Anotações

01/01/2021 - Ocupação alterada para GERENTE DE RECURSOS HUMANOS
11/07/2021 - Férias de 20 dia(s) com previsão de encerramento em 30/07/2021
03/11/2020 - Férias de 20 dia(s) com previsão de encerramento em 22/11/2020
03/06/2019 - Férias de 20 dia(s) com previsão de encerramento em 22/06/2019
05/07/2021 - Salário alterado para R$ 6.133,65
01/01/2021 - Salário alterado para R$ 5.955,00
23/07/2020 - Salário alterado para R$ 5.576,93
14/07/2020 - Salário alterado para R$ 5.576,93
07/07/2020 - Salário alterado para R$ 5.576,93
01/07/2019 - Salário alterado para R$ 5.576,93
01/06/2019 - Salário alterado para R$ 5.484,25
01/05/2019 - Salário alterado para R$ 5.393,11
19/03/1998 - Admissão

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 06/03/2023.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

REGISTRO M.T.P.S.: 0

Ficha Registro Funcionário

Cadastro do Empregador

Razão Social	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PELOTAS - SANTA CASA DE PELOTAS
Endereço	PRACA PIRATININO DE ALMEIDA 53
Bairro	CENTRO
Cidade	PELOTAS/RS

Cadastro do Empregado

Nome	ANTONIO CARLOS LUNA SOARES	Telefone	53984243289
Nome Pai	ALCI CONCEICÃO SOARES	CNH	
Nome Mãe	IVONI LUNA SOARES	Categoria CNH	
Data Nascimento	20/07/1969	Naturalidade	CANGUCU
UF Naturalidade	RS	Nacionalidade	BRASILEIRO
Sexo	MASCULINO	C.P.F.	571.685.630/68
Endereço	9 DISTRITO - 54 -	Bairro	MONTE BONITO
Município	PELOTAS	UF	RS
C.E.P.	96115000	Grau Instrução	EDUCACAO SUPERIOR COMPLETA
Est.Civil	CASADO	NR.Tit.Eleitor	
C IDT Número	1037141494	Zona Eleit./Sessão	0 / 0
C IDT Dt Emissão	10/01/1993	C IDT Org. Emiss.	
Cart.Tab	19.080 / 20	C IDT UF	
Pis/Pasep	12249629694	Dt. Emiss. CTPS	18/12/1985
Admissão	19/03/1998	Cutis	BRANCA
ção	COORDENADOR DE RH SENIOR	C.B.O.	142205
Salário Atual	6.133,65	Forma Pagto	MENSAL
Conta FGTS		Jornada Trabalho	210 Horas
Setor de Trabalho	GESTAO DE PESSOAS	Nº Reservista	0
Profissão	SEM DEFINICAO		
Sindicato	SINDICATO TRABALHADORES DA SAUDE PELOTAS		
Jornada	HORARIO PADRAO		

Alterações de Salário

Mês	Salário	Motivo	Mês	Salário	Motivo
05/2017	1.994,64	Convenção Coletiva			
03/2018	5.218,67	Promoção			
05/2018	5.303,48	Reajuste Salarial			
05/2019	5.393,11	Antec Dissidio			
06/2019	5.484,25	Antec Dissidio			
07/2019	5.576,93	Antec Dissidio			
01/2021	5.855,00	NOVA TABELA SANTA CASA 2021			
06/2021	6.133,65	Acordo Coletivo			

Assinatura do funcionário

Demissão:

Saiu em: ___/___/_____ Data com aviso prévio: ___/___/_____

1 SANTA CASA DE PELOTAS	3 COORDENADOR DE RH SENIOR	7 Recursos Humanos		01/02/2021
1 SANTA CASA DE PELOTAS	3006 SUPERVISOR DE RECURSOS HUM	7 RECURSOS HUMANOS		01/03/2021
1 SANTA CASA DE PELOTAS	3 COORDENADOR DE RH SENIOR	7 RECURSOS HUMANOS		01/04/2021
1 SANTA CASA DE PELOTAS	3 COORDENADOR DE RH SENIOR	1203 GESTÃO DE PESSOAS		01/05/2021
1 SANTA CASA DE PELOTAS	3 COORDENADOR DE RH SENIOR	1203 GESTÃO DE PESSOAS		01/09/2021

Afastamentos Legais

Tipo	Data Inicial	Data Final

Observações

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 11/03/2022

CNES: 2253054 Nome Fantasia: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PELOTAS CNPJ: 92.219.559/0001-25

Nome Empresarial: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PELOTAS Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

Logradouro: PCA PIRATININO DE ALMEIDA Número: 53 Complemento: --

Bairro: CENTRO Município: 431440 - PELOTAS UF: RS

CEP: 96015-290 Telefone: (53) 284-4701 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: RS

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: CRISTIANA SOUTO CORREA

Cadastrado em: 17/03/2003 Atualização na base local: 02/03/2022 Última atualização Nacional: 07/03/2022

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
HOSPITAL DE ENSINO	3999 - ASSOCIACAO PRIVADA

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
AMBULATORIAL	ATENCAO BASICA	MUNICIPAL
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PUBLICO
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PRIVADO
AMBULATORIAL	PARTICULAR
INTERNACAO	SUS
INTERNACAO	PARTICULAR
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PRIVADO
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PUBLICO
SADT	PLANO DE SAUDE PUBLICO
SADT	SUS
SADT	PARTICULAR
SADT	PLANO DE SAUDE PRIVADO
URGENCIA	SUS
URGENCIA	PLANO DE SAUDE PRIVADO

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Endereço Complementar

ENDERECO COMPLEMENTAR 1

Logradouro	Número	Complemento	Bairro
MARECHAL DEODORO	1160		

Telefone	Fax	E-mail	Município	Uf	Cep
32276180			PELOTAS	RS	96020220

Serviço	Classificação	Tipo
130	001	PROPRIO

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE	009 - INTERNACAO

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 003 - TERAPIAS ESPECIAIS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 005 - CONCESSAO, MANUTENCAO E ADAPTACAO DE OPM
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 015 - ATENCAO HEMATOLOGICA E/OU HEMOTERAPICA

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	3	3
UTI ADULTO - TIPO II	33	17
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	10	6
ESPEC - CIRURGICO		
BUCO MAXILO FACIAL	2	2
CARDIOLOGIA	5	3
CIRURGIA GERAL	10	5
NEFROLOGIAUROLOGIA	5	2
NEUROCIRURGIA	6	4
ONCOLOGIA	10	5
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	38	34
ESPEC - CLINICO		

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
CARDIOLOGIA	11	7
CLINICA GERAL	36	22
NEFROUROLOGIA	12	7
ONCOLOGIA	14	7

Data desativação: – Motivo desativação: –

DOUGLAS DOLCE DOMINGUES

AV. HAITI N. 115 ED. ARQUITETO ARTIGAS JD. DAS AMÉRICAS, CUIABA, MT 7806618
65- 99626-6686 - douglas.dolce87@gmail.com

RESUMO PROFISSIONAL

MÉDICO motivado, com 11 anos de experiência progressiva em setor de URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. Oferecendo conhecimentos em **CIRURGIA GERAL**, INTENSIVISTA e GESTOR, com aptidão em UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVO ADULTO. Empreendedor energético, independente e formador de equipes, capaz de navegar por situações de alto estresse e atingir os objetivos pontualmente.

HISTÓRICO PROFISSIONAL

08/2011 para Atual **MÉDICO ESPECIALISTA EM CIRURGIA GERAL RQE – CRM/MT 3511**

- Estágio Extracurricular em Cirurgia Geral pelo Hospital Santa Rosa de 03/2011 a 2/2012
- Residencia Medica em Cirurgia Geral pelo Hospital Santa Rosa de 03/2013 a 02/2015

HOSPITAL E PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE CUIABA – CUIABA, MT

- Diagnóstico e tratamento de pacientes com problemas de saúde crônicos e agudos, incluindo enfarte do miocárdio, arritmias, asma, DPOC e pneumonia.
- Prestação de excelente cuidado direto ao paciente por meio de URGENCIA e EMERGENCIA
- Orientação de pacientes e familiares sobre as opções de tratamento e cuidados para casos de DOENÇAS COMUNITARIAS.
- Entrevista com pacientes para avaliar histórias, investigar questões e concluir exames físicos.
- Monitoramento de pacientes com condições TRAUMA, GRAVES e URGÊNCIA E EMERGÊNCIA agudas quanto a mudanças, melhorias ou necessidades de intervenção.
- Encaminhamento de pacientes a especialistas externos ou internação hospitalar para cuidados avançados.
- Entrega de serviço excepcional para cada consumidor, ouvindo preocupações e respondendo dúvidas.
- Experiência como GESTOR/SUPERINTENDENTE da Unidade PRONTO ATENDIMENTO MORADA DO OURO - 2017 à 2018
- Experiência como **DIRETOR TÉCNICO** da Unidade HOSPITAL E PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE CUIABÁ – 07/ 2018 01/2022
  - ✓ Atualmente: Experiência em Gestão e Coordenação de Equipe Médica de Cirurgia Geral pela Empressa Pró-Ativo – HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CUIABÁ – 12/2019 para atual data
  - ✓ Atualmente: Experiência em Gestão e Coordenação de Equipe Médica de Cirurgia Geral pela Empresa MEDS – HOSPITAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA – METROPOLITANO / VARZEA GRANDE – 02/2021 para atual data

FORMAÇÃO ACADÊMICA

2010 **MÉDICO: MEDICINA**
UNIVERSIDADE DE CUIABÁ – CUIABÁ

COMPETÊNCIAS

MÉDICO ESPECIALISTA EM CIRURGIA GERAL
#MÉDICO COM EXPERIÊNCIA EM URGENCIA E EMERGÊNCIA
#MÉDICO COM EXPERIENCIA EM SALA VERMELHA
#MÉDICO COM EXPERIENCIA EM UNIDADE DE REMOÇÃO E RESGATE

REALIZAÇÕES

GESTOR E MÉDICO INTENSIVISTA DE UNIDADES DE ATENDIMENTO DE PRONTO ATENDIMENTO

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA – MATO GROSSO

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
DOUGLAS DOLCE DOMINGUES

CRM/UF
5462/MT

FILIAÇÃO
LOURDES DOLCE DOMINGUES

SIDNEY GARCIA DOMINGUES

DATA DE INSCRIÇÃO
17/01/2011

VIA
02

ASSINATURA DO PORTADOR

CPF
052.747.639-43

IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR
34.958.678-3 / SSP-SP

TÍTULO DE ELEITOR
[illegible]

SEÇÃO
0299

ZONA
065

DATA DE NASCIMENTO
04/09/1987

NATURALIDADE
SUDIATÍ-SP

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CUIABÁ-MT 01/06/2015

433134

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFEITO DE ACORDO COM A LEI 8.906/94.

Sétimo Serviço Notarial e Registral - 4ª Circunscrição Imobiliária
Notário e Registradora: Nicele Alevinaque
Av. Gen. Ponto Muller, nº 1203 - Bairro: Goiabeiras - Cuiabá - MT - CEP 78043-400
Fones: (65) 3621-1615 / 3621-1440 - Fax: (65) 3621-3305 - e-mail: cartorio7oficialmt@terra.com.br

AUTENTICAÇÃO

Confere com original apresentado. E Dou fé.

Cuiabá-MT, 11 de março de 2022 Hora:12:55

Gleice Maria da Silva Rocha Escrevente Juramentada

Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso

Selo Digital BSE 19940 R$ 3,30 Ated: Gleice

Ato de Notas e Registro Cod.Cart.:63 Cod.Ato:06

Consulta: www.tjmt.jus.br/selos

CUIABÁ
PREFEITURA
SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

15 084 338/0001-45
Secretaria Municipal de Saúde-SMS
Rua General Anibal de Mata, nº 139
Bairro Duque de Caxias I
CEP 78043-268
Cuiabá - MT

DECLARAÇÃO FUNCIONAL 3176/2022

NOME: DOUGLAS DOLCE DOMINGUES
CPF: 352.747.678-42
VINCULO: PRESTADOR

DECLARAMOS para os devidos fins que for necessário, que consta nos registros do Sistema de Recursos Humanos da **Secretaria Municipal de Saúde - SMS**, que o servidor acima citado exerce o cargo abaixo relacionado com sua respectiva matrícula e lotação:

Matrícula: 4021763
Cargo: MÉDICO – 20 HORAS SEMANAIS
Lotação: DIRETORIA TÉCNICA DO HPSMC.
Período: 16/07/2018 a 14/01/2022

Matrícula: 4898651
Cargo: MÉDICO – 20 HORAS SEMANAIS
Lotação: DIRETORIA TÉCNICA DO HPSMC.
Período: 18/12/2019 a 17/05/2021

Matrícula: 4021764
Cargo: MÉDICO – 20 HORAS SEMANAIS
Lotação: DIRETORIA TÉCNICA DO HPSMC.
Período: 06/02/2018 a 31/12/2019

Por ser verdade, assino a presente declaração.

Thaissa Cardoso Mendonça Haponiuk
Coordenadora de Administração de Pessoas
Secretaria municipal de saúde – SMS

Thaissa Cardoso Mendonça Haponiuk
Coordenadora de Gestão de Pessoas
SMS

Cuiabá, 07 de MARÇO de 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Sétimo Serviço Notarial e Registral - 4ª Circunscrição Imobiliária

AUTENTICAÇÃO
Confere com original apresentado. E Dou fé.
Cuiabá-MT, 11 de março de 2022 Hora:12:55

Gleice Maria da Silva Rocha Escrevente Juramentada
Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso
Selo Digital BSE 19944 R$ 3,30 Ated: Gleice
Ato de Notas e Registro Cod.Cart.:63 Cod.Ato:06
Consulta: www.tjmt.jus.br/selos

Tribunal de Contas
Mato Grosso
INSTRUMENTO DE CIDADANIA

Diário Oficial de Contas
Tribunal de Contas de Mato Grosso

Ano 8 Nº 1611 – Página 47
Divulgação terça-feira, 7 de maio de 2019 Publicação quarta-feira, 8 de maio de 2019

a) A Secretaria Municipal de Saúde/SMS **pagará somente pelos produtos entregues, confirmados por atesto às notas fiscais pelo (s) fiscal (ais) / gestor do contrato;**

b) O pagamento será no prazo não superior a 30 (trinta) dias de cada mês subsequente, a Nota Fiscal, relatórios, conforme normalização pertinente e vigente dos fornecimentos realizados; estando tudo de acordo com as exigências e comprovações necessárias, contados da data do aceite definitivo, vedada a cobrança via banco e a negociação das respectivas duplicatas na rede bancária ou com outra empresa ou por interposta pessoa. Caso o banco informado seja outro diverso ao Banco do Brasil S/A, o custo do DOC/TED correspondente ficará a cargo da FORNECEDORA;

c) A SMS verificará se os produtos descritos na Nota Fiscal correspondem aos solicitados para aprová-los ou rejeitá-los;

d) Para efeito de pagamento, a nota fiscal/fatura das aquisições deverá estar acompanhada das guias de comprovação de recolhimento dos encargos previdenciários (INSS e FGTS) e dos encargos fiscais (Certificado de Regularidade Fiscal) em original ou em fotocópias autenticadas;

e) Os pagamentos serão efetuados mensalmente, desde que atenda as exigências, após a entrega dos produtos e entrega dos relatórios finais juntamente com a Nota Fiscal.

f) A SMS reserva-se o direito de recusar o pagamento se, no ato da atestação, o fornecimento dos produtos não estiver de acordo com a especificação apresentada e aceita;

g) Nenhum pagamento será efetuado a FORNECEDORA enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira, sem que isso gere direito a alteração dos preços ou de atualização monetária por atraso de pagamento.

h) Os **quantitativos poderão sofrer acréscimos e supressões**, até o limite fixado na Lei, desde que atenda às exigências legais;

i) Os **valores** poderão eventualmente sofrer revisão, se for do interesse da Administração Pública (acréscimo ou supressões), nas seguintes hipóteses:

I) Para mais, visando restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro inicial do contrato, na hipótese de sobrevir fatos supervenientes imprevisíveis ou previsíveis, porém, de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou ainda em caso de força maior caso fortuito, fato do príncipe e fato da administração, nos termos do art.65, II "d" e §6° da Lei 8.666/93;

II) Para menos, na hipótese do valor contratado ficar muito superior ao valor do mercado, ou, ainda, quando ocorrer o fato do princípio previsto no art. 65, §5° da Lei 8.666/93.

Caso constatado alguma irregularidade na Nota Fiscal/Fatura, esta será devolvida a FORNECEDORA para as necessárias correções, sendo informadas os motivos que levaram à sua rejeição.

Somente após o recebimento da Nota Fiscal/Fatura devidamente corrigida é que se iniciará a contagem dos prazos fixados para pagamento, a partir da data de sua reapresentação.

A Nota Fiscal/Fatura deverá ser devidamente atestada pelo Fiscal do Contrato, antes da sua efetiva liquidação.

O pagamento dar-se-á por intermédio de Ordem Bancária e em moeda corrente nacional, conforme Artigo 5° da Lei n° 8666/93.

O pagamento não será considerado como aceitação definitiva do material ou serviço e não isentará a FORNECEDORA das suas responsabilidades e obrigações, quaisquer que sejam.

Nenhum pagamento isentará a Fornecedora das suas responsabilidades e obrigações, nem implicará aceitação definitiva da aquisição.

Nenhum pagamento será efetuado enquanto pendente de liquidação quaisquer obrigações financeiras impostas a FORNECEDORA em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito de atualização monetária.

A SMS não efetuará pagamento de título descontado, ou por meio de cobrança em banco, bem como, os que forem negociados com terceiros por intermédio da operação de "factoring".

As despesas bancárias decorrentes de transferência de valores para outras praças serão de responsabilidade da FORNECEDORA.

É vedado caucionar ou utilizar o contrato decorrente do presente instrumento para quaisquer operação financeira, sem prévia e expressa autorização da Administração.

O pagamento será efetuado obsevando-se a ordem cronológica estabelecida no art. 5° da Lei n° 8666/93.

11. CLÁUSULA DÉCIMA primeira – DA dotação orçamentária

As despesas decorrentes dessa ata, correrão à conta dos recursos específicos consignados no orçamento da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS**, a seguir:

Bloco de custeio
Exercício – 2019
Órgão – 16 - Secretaria Municipal de Saúde
Unidade - 601 - Fundo único municipal de saúde
Função - 10 – Saúde
Sub função - 301 - atenção básica
Sub função – 302 – assistência hospitalar e ambulatorial
Sub função – 303 – suporte profilático e terapêutico
Sub função – 305 - vigilância epidemiológica
Programa - 0032 - atenção básica à saúde
Programa - 0033 - atenção de média e alta complexidade
Programa – 0035 – assistência farmacêutica
Programa – 0034 – vigilância em saúde
Projeto atividade - 2380 - implementar a assistência de atenção básica no município
Projeto atividade - 2381 - implem. Os programas especiais de atenção básica no sus cuiabá
Projeto atividade - 2382 - implem. Assist. Ambul. E hosp. Esp. S.i.a./s.i.h. No mun. De cuiabá
Projeto atividade - 2383 - fomentar a rede de atenção à urgência e emergência (raue/sos)
Projeto atividade - 2385 - manter upa's de morada ouro e pascoal ramos
Projeto atividade – 2383 – implementar ações da vigilância hiv/aids, hepatites virais e outras dst's
Projeto atividade – 2400 – atender a população com medicamentos básicos e de alto custo
Fonte – 0102000000 – recursos municipais destinados as ações de saúde (para portaria 1555)
Fonte - 0114009000 - recursos de transferências da união para o sus - repasse fundo a fundo
Fonte - 0142000000 - recursos de transferências do estado para o sus - repasse fundo a fundo
Fonte - 0114017000 - recursos de transferências da união para o sus - remuneração da rede privada**Conta de despesa** - 33.90.30 – material de consumo

12. CLÁUSULA DÉCIMA segunda – DA FISCALIZAÇÃO

12.1 O controle do objeto da ata será fiscalizado pela SECRATARIA MUNICIPAL DE SAÚDE-SMS, com poderes para poder verificar se os materiais estão em acordo com este instrumento, através dos servidores designados como fiscal, suplente e gestor:

GESTOR DO CONTRATO	HPSMC Nome: Douglas Dolce Domingues CPF: 352.747.678-42 RG: 34050578-3 SSP/SP Matrícula: 4021763 Cargo: Diretor Técnico SAE Nome: Kennady Rodony de Jesus Marques CPF: 007.250.611-38 RG: 15886203 Matrícula: 4884166 Cargo / Lotação: Coordenador Esp. De Rede Assistencial Geral/DTAS
FISCAL DO CONTRATO	HPSMC Nome: Stefany Von Braun CPF: 018.373.951-52 RG: 2051291-0 SSP/MT Matrícula: 4876363 Cargo: Especialista em Saúde - Nutricionista CDM/C Nome: Renaudt Fernando Tedesco Carvalho CPF: 003.794.371-55 RG: 1387106-4 Matrícula: 4028726 Cargo: Agente Operacional de Saúde/RECEBIMENTO SAE Nome: Dayanne Sousa Oliveira CPF: 014.152.841-99 RG: 16685032 Matrícula: 4882155 Cargo / Lotação: Administrativo/SAE
SUPLENTE	HPSMC Nome: Viviane C. Marques de Araújo CPF: 981.333.731-15 RG: 1065314-3 SSP/MG Matrícula: 4876527 Cargo: Especialista em Saúde - Nutricionista CDM/C Nome: Rodrigo Kássio Barros de Lima CPF: 727.331.871-04 RG: 1263879-0 Matrícula: 4885366 Cargo: Agente Operacional de Saúde/RECEBIMENTO Nome: Celso Alexandre Rodrigues CPF: 930.574.151-72 RG: 1237104-1 Matrícula: 4891035 Cargo: Agente Operacional de Saúde/RECEBIMENTO SAE Nome: Luciana Pinheiro Correa CPF: 001.752.051-75 RG: 11076623 Matrícula: 4006651 Cargo / Lotação: Especialista em Saúde/ Nutricionista SAE

Caberão ao gestor do contrato as seguintes atribuições:

a) Realizar conferências das notas fiscais atestadas pelo Fiscal do contrato, e posteriormente encaminhar para o pagamento;

b) Atentar aos valores a serem pagos, tomando cuidado para que os pagamentos não ultrapassem o valor do contrato;

c) Acompanhar e analisar os relatórios que por ventura venham a ser emitidos pelo Fiscal do contrato. Havendo qualquer apontamento que acuse atraso ou descumprimento da aquisição/serviço, o gestor deverá notificar a Fornecedora solicitando justificativa e o cumprimento no prazo estabelecido pela Secretaria demandante;

d) Deverá lançar as informações que forem de sua responsabilidade no Sistema Informatizado de Controle de Contratos Municipal, e;

e) Quaisquer outras ao qual a Administração julgar necessárias e convenientes para o excelente andamento do contrato e que estiverem em conformidade com a IN 06/2014.

12.3 Caberão ao fiscal do contrato as seguintes atribuições:

a) Orientar: estabelecer diretrizes, dar e receber informações sobre a execução do contrato;

Tribunal de Contas
Mato Grosso
INSTRUMENTO DE CIDADANIA

Diário Oficial de Contas
Tribunal de Contas de Mato Grosso

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 06 de Julho de 2020.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 430/2020

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

NOMEAR, PUBLIO PAES DE BARROS JUNIOR, para exercer o cargo de Gestão, Direção e Assessoramento de Assessor Especial, Símbolo CGDA 6, na Secretaria Municipal da Mulher, **à partir de 03/07/2020.**

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 06 de Julho de 2020.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 431/2020

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

NOMEAR, LITIA PATRICIA DA SILVA, para exercer o cargo em comissão de Direção e Assessoramento Superior, Assessor Técnico, Símbolo DAS-03, na Secretaria Municipal de Gestão, **à partir de 09/07/2020.**

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 06 de Julho de 2020.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 432/2020

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

EXONERAR, THALITA LEITE GONÇALVES, do cargo em comissão de Direção e Assessoramento Superior, Gerência de Administração de Pessoas, Símbolo DAS - 05, na Secretaria Municipal de Saúde, **à partir de 09/07/2020.**

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.

Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 07 de Julho de 2020.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 436/2020

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

NOMEAR, THAISSA CARDOSO MENDONÇA HAPONIUK, para exercer o cargo em comissão de Direção e Assessoramento Superior, Gerência de Administração de Pessoas, Símbolo DAS - 05, na Secretaria Municipal de Saúde, **à partir de 09/07/2020.**

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 07 de Julho de 2020.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 437/2020

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

EXONERAR, FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DE ARAÚJO, do cargo em comissão de Direção Geral e Assessoramento de Diretor Especial de Projetos Urbanísticos, Símbolo DGA-03, na Secretaria Municipal de Planejamento/Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano **a partir de 08/07/2020.**

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 08 de Julho de 2020.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 438/2020

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

NOMEAR, JESSICA NOLASCO FIORENZA, para exercer o cargo em comissão de Direção Geral e Assessoramento de Diretor Especial de Projetos Urbanísticos, Símbolo DGA-03, na Secretaria Municipal de Planejamento/Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano **a partir de 08/07/2020.**

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 08 de Julho de 2020.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 439/2020

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

EXONERAR, ALLAN AUGUSTO ROCHA, do cargo em comissão de Direção Geral e Assessoramento de Coordenador de Plano Diretor, Símbolo DAS-03, na Secretaria Municipal de Planejamento/Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano **a partir de 08/07/2020.**

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 08 de Julho de 2020.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

LEGISLAÇÃO

DECRETO Nº 7.092 DE 08 DE JULHO DE 2020

DECRETA LUTO OFICIAL DURANTE TRÊS DIAS NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ – MT, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O Prefeito Municipal de Cuiabá-MT, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando o profundo sentimento de pesar do povo cuiabano pelo falecimento do Pastor ***Sebastião Rodrigues de Souza***, na manhã deste quarta-feira (08/07/2020), aos 89 (oitenta e nove) anos, vítima da COVID-19. Pastor Sebastião Rodrigues de Souza era Presidente da Assembleia de Deus de Mato Grosso e liderou a Assembleia de Deus por quase 50 anos. O pastor Sebastião Rodrigues foi enviado para Cuiabá em 12 de dezembro de 1974 para assumir a liderança da Igreja Assembleia de Deus na capital mato-grossense. Na época, Cuiabá e Várzea Grande tinham, juntas, apenas seis igrejas. Hoje já somam 2 mil em todo o Estado, com mais de 150 mil fiéis. Foi com o pastor Sebastião à frente da Assembleia que foi construído o Grande Templo, na Avenida Historiador Rubens de Mendonça. A construção, maior marco da Igreja Assembleia de Deus no Estado, comporta 22,5 mil pessoas sentadas, tem estacionamento com mil vagas, além de ter uma Escola de Ensino Fundamental e Médio com capacidade para 1,5 mil alunos, a rádio Nazareno FM 107,9MHz e a Livraria Cantares de Salomão. O pastor também era presidente da Convenção Estadual das Assembleia de Deus do Estado de Mato Grosso e vice-presidente da Convenção Geral das Assembleias de Deus do Brasil.

DECRETA:

Art. 1º Fica declarado Luto Oficial no Município de Cuiabá – MT, por 03 (três) dias, a partir desta data pelo falecimento do senhor ***SEBASTIÃO RODRIGUES DE SOUZA.***
Art. 2º Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio Alencastro, em Cuiabá (MT), 08 de julho de 2020.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 27 de Outubro de 2021.

JOSÉ ROBERTO STOPA

Prefeito Municipal

(em Exercício)

ATO GP Nº 1400/2021

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

NOMEAR, LUCAS CRISTIANO DE AMORIM SODRÉ, para exercer o cargo de Gestão, Direção e Assessoramento de Assistente III, Simbologia CGDA 11, na Secretaria Municipal de Saúde, à partir de 01/11/2021.

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.

Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 27 de Outubro de 2021.

JOSÉ ROBERTO STOPA

Prefeito Municipal

(em Exercício)

ATO GP Nº 1401/2021

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

NOMEAR, THAISSA CARDOSO MENDONÇA HAPONIUK, para exercer o cargo de Gestão, Direção e Assessoramento de Coordenador de Gestão de Pessoas, Simbologia CGDA 8, na Secretaria Municipal de Saúde, à partir de 01/11/2021.

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.

Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 27 de Outubro de 2021.

JOSÉ ROBERTO STOPA

Prefeito Municipal

(em Exercício)

ATO GP Nº 1402/2021

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

EXONERAR, LAWRENCE SANTOS LUNA, do cargo de Gestão, Direção e Assessoramento e Assistente I, Simbologia CGDA 9, na Secretaria Municipal de Fazenda, à partir de 1/11/2021.

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.

Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 27 de Outubro de 2021.

JOSÉ ROBERTO STOPA

Prefeito Municipal

(em Exercício)

ATO GP Nº 1403/2021

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

EXONERAR, GABRIEL DE CAMPOS OLIVEIRA, do cargo de Gestão, Direção e Assessoramento de Assistente I, Simbologia CGDA 9, na Secretaria Municipal de Fazenda, à partir de 01/11/2021.

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.

Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 27 de Outubro de 2021.

JOSÉ ROBERTO STOPA

Prefeito Municipal

(em Exercício)

ATO GP Nº 1404/2021

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

EXONERAR, ALESSANDRA LEMOS MOTA CAMPOS, do cargo de Gestão, Direçã e Assessoramento de Assistente I, Simbologia CGDA 9, na Secretaria Municipal d Fazenda, à partir de 01/11/2021.

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.

Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 27 de Outubro de 2021.

JOSÉ ROBERTO STOPA

Prefeito Municipal

(em Exercício)

ATO GP Nº 1405/2021

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

EXONERAR, JOSÉ GUILHERME DOS SANTOS SOUZA, do cargo de Gestão, Direç e Assessoramento de Assistente I, Simbologia CGDA 9, na Secretaria Municipal Fazenda, à partir de 01/11/2021.

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.

Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 27 de Outubro de 2021.

JOSÉ ROBERTO STOPA

Prefeito Municipal

(em Exercício)

ATO GP Nº 1406/2021

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

NOMEAR, ALESSANDRA LEMOS MOTA CAMPOS, para exercer o cargo de Ge Direção e Assessoramento de Assistente III, Simbologia CGDA 11, na Secre Municipal de Fazenda, à partir de 01/11/2021.

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.

Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 27 de Outubro de 2021.

JOSÉ ROBERTO STOPA

Prefeito Municipal

(em Exercício)

Secretarias

Secretaria Municipal de Gestão

Secretaria Adjunta Especial de Licitações e Contratos

AVISO DE PRORROGAÇÃO DE LICITAÇÃO

PREGÃO ELETRÔNICO Nº. 043/2021/FUNED

(PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 047.510/2021)

ÓRGÃO SOLICITANTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME

OBJETO: REGISTRO DE PREÇOS PARA EVENTUAL E FUTURA AQUISIÇÃO DI (EQUIPAMENTOS DE CLIMATIZAÇÃO) PARA ATENDER AS AÇÕES DO PLA AÇÕES ARTICULADAS (PAR) ORIGINADOS DO TERMO DE COMPROMISSO F 2020018345 E EMENDA PARLAMENTAR 30970007/2-19 FEITAS CONFOR NORMAS ESPECIFICAS EDITADAS PELO FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVI DA EDUCAÇÃO/FNDE DESTINADO A ATENDER AS UNIDADES EDUCACION REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE ENSINO, DEMAIS SETORES VINCULADOS E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE CUIABÁ, CONFORME DESCF TERMO DE REFERÊNCIA E DEMAIS DOCUMENTAÇÕES EM ANEXO.

Informamos que devido ao ponto facultativo do dia 28 de outubro de 2021 e a demanda de pregões agendados no dia 29 de outubro de 2021, fica prorr abertura para o dia 03 de novembro de 2021 às 16:00h (horário de Brasília).

Outras informações e edital completo poderão ser retiradas no site da Prefeit Municipal de Cuiabá no site http://licitacao.cuiaba.mt.gov.br/licitacao/ e http www.licitacoes-e.com.br/

Onair Azevedo Nogueira

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/7109793300708311

Última atualização do currículo em 27/04/2021

Resumo informado pelo autor

Possui graduação em Administração pela Universidade de Cuiabá (2010).Especialista em Administração Hospitalar pela Faculdade Einstein, Salvador - BA. Exerceu o cargo de Diretor Executivo pela Associação Congregação Santa Catarina no período de setembro de 2011 a julho de 2016. Possui experiência em Administração com ênfase em gestão de serviços de saúde. Atualmente, Diretor Administrativo do Hospital Regional de Cáceres "Dr. Antônio Fontes" e preceptor na disciplina de Planejamento e Gestão na Faculdade de Ciências Medicas da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). Membro efetivo da Federação Brasileira de Administradores Hospitalares (FBH), sob registro 04637.

(Texto informado pelo autor)

Nome civil

Nome Onair Azevedo Nogueira

Dados pessoais

Nome em citações bibliográficas NOGUEIRA, O. A.

Sexo Masculino

Cor ou Raça Parda

Filiação Onari Gomes Nogueira e Maltona Azevedo Nogueira

Nascimento 15/11/1977 - Campo Grande/MS - Brasil

Carteira de Identidade 05284 CRA - MT - 25/11/2019

CPF 111.915.791-53

Endereço residencial Rua dos Carvalhos, 21, quadra 21
Cohab Nova - Cáceres
78200000, MT - Brasil
Telefone: 65 99890048
Celular 65 999890057

Endereço eletrônico Enviar para correio: adminnogueira@uhotz.com
E-mail alternativo: jgsousa@gmail.com

Formação acadêmica/titulação

2022 Especialização em Gestão e Excelência Operacional na Área da Saúde.
Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, IIEPAE, Sao Paulo, Brasil.

2011 - 2012 Especialização em Administração Hospitalar.
Faculdade Einstein, FADEI, Brasil
Título: Uma visão reflexiva da Gestão Hospitalar.

2006 - 2010 Graduação.
Universidade de Cuiabá, UNIC, Cuiabá, Brasil, Ano de obtenção: 2010
Áreas do conhecimento: Administração.

Formação complementar

2019 - 2019 Desenvolvimento Gerencial Integrado da linha de atenção às urgências. (Carga horária: 168h).
HCOR - Associação Beneficente Sirio, HCOR, Brasil

2012 - 2012 Programa de Imersão em Gestão Empresarial. (Carga horária: 120h).
Fundação Dom Cabral, FDC, Nova Lima, Brasil

2002 - 2003 Atualização Estatregapom. (Carga horária: 1152h).
Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, SENAC, Brasil

Atuação profissional

1. Engenharia e Consultoria Ltda - EEEPRA

Vínculo institucional

1996 - 1998 Vínculo: Celetista formal , Enquadramento funcional: Operador de Posto de Pesagem, Regime: Parcial

2. União Social de Assistência - USA

Vínculo institucional

1993 - 1994 Vínculo: Celetista formal , Enquadramento funcional: Office Boy , Carga horária: 44, Regime: Integral

3. Hospital Sao Luiz - HSL

Vínculo institucional

1997 - 2016 Vínculo: Celetista formal , Enquadramento funcional: Diretor Executivo , Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva

Atividades

09/2012 - 07/2015 Direção e Administração, Hospital São Luiz

Cargos ocupados:
Diretoria Executiva

08/2011 - 08/2012 Direção e Administração, Hospital São Luiz

Cargos ocupados:
Gerencia Executiva

07/2008 - 07/2011 Direção e Administração, Hospital São Luiz

Cargos ocupados:
Coordenador de suprimentos

02/2007 - 07/2009 Direção e Administração, Hospital São Luiz

Cargos ocupados:
Supervisor de suprimentos

07/2004 - 02/2007 Direção e Administração, Hospital São Luiz

Cargos ocupados:
Comprador

08/2001 - 07/2004 Direção e Administração, Hospital São Luiz

Cargos ocupados:
Chefe de Almoxarifado

11/1999 - 05/2001 Direção e Administração, Hospital São Luiz

Cargos ocupados:
Auxiliar Logist

08/1997 - 10/1999 Direção e Administração, Hospital São Luiz

Cargos ocupados:
Recepcionista

A. Hospital Ortopedico - Cuiaba MT - HJO

Vinculo institucional

2016 - 2017 Enquadramento funcional: Diretor Executivo , Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva

B. Hospital Regional de Cáceres Dr. Arnaldo Fontes - HRCAF

Vinculo institucional

2017 - Atual Vínculo: Servidor público , Enquadramento funcional: Diretor Administrativo e Financeiro , Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva

1. Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT

Vinculo institucional

2018 - Atual Vínculo: Preceptoria , Enquadramento funcional: Preceptoria , Carga horária: 40, Regime: Integral

Áreas de atuação

1. Administração
2. Administração hospitalar

Idiomas

Inglês Lê Pouco

Espanhol Compreende Pouco , Fala Pouco , Escreve Pouco , Lê Pouco

Prêmios e títulos

2019 Título de Cidadão Matogrossense, Assembléia Legislativa do Mato Grosso

2018 Título honorífico de Cidadão Cacerense, Câmara Municipal de Cáceres

Eventos

Eventos

Participação em eventos

1. **2º Simpósio de Gestão Hospitalar de Mato Grosso**, 2017, (Seminário)
2. **1º Fórum Jurídico da ACSC - Associação Congregação de Santa Catarina**, 2014, (Encontro)
3. **V Seminário de Planejamento Estratégico da ACSC**, 2011, (Seminário)
4. **Treinamento aos membros da CIPA**, 2010, (Outra)
5. **Curso de Análise técnica e fundamentalista do mercado**, 2009, (Outra)
6. **Curso de Padronização - Normas da ABNT**, 2009, (Outra)
7. **IV Seminário de Planejamento Estratégico da ACSC**, 2009, (Seminário)
8. **Treinamento em Plano de Gerenciamento de Resíduos Serviços de Saúde**, 2009, (Outra)
9. **Curso Fluxo de Caixa**, 2009, (Outra)
10. **Curso Gerência Financeira na Prática**, 2008, (Outra)

11. Curso de Matemática Comercial e Financeira, 2006. (Outro)

12. III EMECADE, 2006. (Encontro)

13. III Seminário de Planejamento Estratégico ACIAC, 2006. (Seminário)

14. Palestra Sucesso em Vendas, 2006. (Outro)

15. Encontro de Administradores A.C.S.C., 2004. (Encontro)

16. Seminário de Planejamento Estratégico, 2006. (Seminário)

17. III SIPAT, 2004. (Outro)

18. Segurança e manuseio de gases, 2004. (Outro)

Organização de evento

1. NOGUEIRA, O. A.
II Campanha de Saúde Preventiva em doenças renais, DM e HAS, 2006. (Outro, Organização de evento)
Área do conhecimento: Enfermagem Medicina
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Palavras-chave adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro
Campanha preventiva realizada em 07 dias.

2. NOGUEIRA, O. A.
Semana Interna de Prevenção de Acidentes HBL, 2005. (Outro, Organização de evento)
Palavras-chave adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro

3. NOGUEIRA, O. A.
Semana Interna Prevenção de Acidentes, 2006. (Outro, Organização de evento)
Palavras-chave adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

Totais de produção

Eventos	
Participações em evento (ambiental)	0
Participações em evento (ensino)	3
Participações em evento (outro)	10
Organização de evento (outro)	3

República Federativa do Brasil

CÓPIA COLORIDA

Faculdade Einstein

Facei
Faculdade Einstein

CERTIFICADO

O Diretor da FACEI – Faculdade Einstein certifica que

ONAIR AZEVEDO NOGUEIRA

RG nº 10170731 SSP/MT e CPF nº 771.915.791-53

Concluiu em 18 de março de 2012
o curso de Pós-Graduação (Lato Sensu) em

PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Com carga horária de 500 horas-aulas nos termos da Resolução CNE/CES nº 1/2007 publicada no D.O.U em 08 de junho de 2007 e da Portaria de Credenciamento da FACEI: Portaria MEC/SESu nº 6 de 7/1/2008 no DOU 8/1/2008.

Salvador, Bahia, 15 de janeiro de 2014.

Prof. Dr. José Augusto Maciel Torres
Diretor

Concluinte

SES

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PORTARIA Nº 192/2017/GBSES

O **SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**, no uso de suas atribuições previstas no inciso II do Art. 71, da Constituição Estadual, e;

CONSIDERANDO que em 30/09/2017, encerrou-se o Contrato de Gestão nº. 004/SES/MT/2011, celebrado entre esta Secretaria de Estado de Saúde e a Associação Congregação de Santa Catarina, cujo objeto consiste no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **HOSPITAL REGIONAL DE CACERES** - "Dr. Antônio Fontes".

CONSIDERANDO a decisão da Secretaria de Estado de Saúde de retomar a administração direta do Hospital Regional de Cáceres, a partir de 01/10/2017.

RESOLVE:

Art. 1º Designar o servidor, **ONAIR AZEVEDO NOGUEIRA**, para estar à frente do cargo de Diretor Administrativo do Hospital Regional de Cáceres, pelo período necessário.

Art. 2º Poderá o Servidor, ora designado, como Diretor usar de todas as atribuições e/ou determinações contidas no Decreto nº. 1.213/2017, bem como, solicitar pessoas para auxiliá-lo na função investida, podendo delegar atribuições específicas e fazer desligamentos quando necessário.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 1º/10/2017, revogando-se as disposições em contrário.

Registrada, Publicada, CUMPRA-SE.

Cuiabá-MT, 04 de outubro de 2017.

LUIZ ANTONIO VITORIO SOARES
Secretário de Estado de Saúde

PORTARIA Nº 194/2017/GBSES

O **SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**, no uso de suas atribuições previstas no inciso II, do Art. 71, da Constituição Estadual, e;

CONSIDERANDO o encerramento do Contrato de Gestão nº. 004/SES/MT/2011, celebrado entre esta Secretaria de Estado de Saúde e a Associação Congregação de Santa Catarina, cujo objeto consiste no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES** -"Dr. Antônio Fontes".

CONSIDERANDO a Resolução nº. 2.146/2016 do Conselho Federal de Medicina que estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos, bem como, a decisão desta Secretaria de Estado de Saúde em retomar a administração direta do referido nosocômio a partir de 01/10/2017.

RESOLVE:

Art. 1º Designar o servidor **HERNANDEZ SILVA COUTINHO** para o cargo de Diretor Técnico do Hospital Regional de Cáceres a partir de 01/10/2017.

Art. 2º O servidor designado poderá utilizar-se das prerrogativas contidas no Decreto Estadual nº. 1.213/2017, assim como, solicitar pessoas para auxiliá-lo na função investida, delegar atribuições específicas e operar desligamentos de funcionários quando necessário.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 01/10/2017, revogando-se as disposições em contrário.

Registrada, Publicada, CUMPRA-SE.

Cuiabá, 09 de outubro de 2017.

LUIZ ANTONIO VITORIO SOARES
Secretário de Estado de Saúde

RETIFICAÇÃO DA PÚBLICAÇÃO - DIÁRIO OFICIAL N.º 27121, PÁG. 55.
PORTARIA N. 193/2017/GBSES

Designa servidores para exercer a função de Fiscal Titular, Fiscal Substituto e Gestor dos contratos abaixo.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso das atribuições legais;
CONSIDERANDO o disposto no art. 67 da Lei n.º 8.666/93 e o art. 102 do Decreto Estadual n.º 7.217/06, acerca da necessidade de acompanhamento, fiscalização dos contratos celebrados através de um representante da Administração;
CONSIDERANDO que os órgãos públicos devem manter fiscal formalmente designado durante toda a vigência dos contratos celebrados;
RESOLVE:
Art. 1º. Designar os servidores abaixo elencados, para responder pelo acompanhamento, fiacalização e avaliação da execução dos contratos da Secretaria de Estado de Saúde abaixo discriminados:

CONTRATO N. 054/2014/SES - ALC AUTO CENTER LTDA
Contratação de empresa especializada em manutenção corretiva e preventiva, com fornecimento de peças genuínas ou originais, de primeira linha para veículos e motocicletas independente de marca, com a utilização de Sistema de Gestão Gerencial e Operacional, para atender a demanda, da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, conforme condições e especificações constantes no Termo de Referência e Plano de Trabalho.
Fiscal Titular: José Roberto da Silva Filho - Matrícula: 278101 - CPF: 830.634.041-87 em substituição à Mardem Aparecido dos Santos - Matrícula: 114223 - CPF: 280.523.061-15.
Fiscal Substituto: Leandro Luiz de Souza - Matrícula: 280014 - CPF: 695.905.241-68 em substituição à Djalma José da Silva - Matrícula: 263074 - CPF: 306.186.651-53.
CONTRATO N. 057/2015/SES - SIEMENS HEALTHCARE DIAGNÓSTICOS S.A
Locação de equipamento e aquisição de reagentes para testes de sorologia - MT Hemocentro.
Fiscal Titular: Leonardo Marin - Matrícula: 95599 e CPF: 888.813.691-68 em substituição à Maria Alice Fernandes Martins Matrícula: 58257 e CPF: 107.691.098-02.
Fiscal Substituto: Benedito Elias Avanço - Matrícula: 58285 - CPF: 424.079.829-91 em substituição à Leonardo Marin Matrícula: 95599 e CPF: 888.813.691-68
CONTRATO N. 003/2017/SES - TICKET SOLUÇÕES HDFGT S/A
Contratação de empresa especializada na prestação de serviços continuados de gerenciamento e controle de fornecimento de combustíveis (Gasolina comum; Diesel comum e S10; etanol comum), em rede de postos credenciados, com implantação e operação de sistema informatizado e integrado, acessível via WEB, e tecnologia de pagamento por meio de cartão micro processado (com chip ou magnético), visando ao abastecimento de veículos, motores estacionários e embarcações oficiais dos órgãos/entidades do poder executivo do Estado de Mato Grosso.
Fiscal Substituto: Emany Jose da Conceição - Matrícula: 279685 - CPF: 460.684.731-04 em substituição à Djalma José da Silva - Matrícula: 263074 - CPF: 306.186.651-53
CONTRATO N. 004/2017/SES - MAXIMA AMBIENTAL SERVIÇOS GERAIS E PARTICIPAÇÕES LTDA EPP
"Contratação de Empresa Especializada na prestação de Serviços de Coleta Transbordo (se necessário), Tratamento e Destinação e/ou Disposição final dos RSS (Resíduos de Serviço de Saúde) GRUPOS "A" e "E", definidos pela, RDC ANVISA nº 306/2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Saúde, Resolução CONAMA nº 358/2005, para atender as Unidades da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso geradoras de RSS".
HOSP. ALTA FLORESTA - Fiscal Titular: José Marcos Santos da Silva - Matrícula: 93464 - CPF: 157.163.845-87
HOSP. COLIDER - Fiscal Titular: Jéssika Domingos - Matrícula: 60285 - CPF: 033.061.031-79
Fiscal Substituto: Abimael Baptista Ribeiro - Matrícula: 60215 - CPF: 038.614.561-09
HOSP. METROPOLITANDO VG - Fiscal Titular: Andreia Regina da Luz Silva - Matrícula: 0520 - CPF: 018.936.421-19
CONTRATO N. 010/2017/SES - LIDERANÇA LIMPEZA E CONSERVAÇÃO LTDA
Contratação de empresa para prestação de serviços de Oficial de Serviços Gerais, para atuar com manutenção predial e serviços eventuais, tais como mão de obra especializada, que ira atender a SES/SEDE e Descentralizada.
Fiscal Titular: Ivanilda Batista dos Santos - Matrícula: 263327 - CPF: 009612871-28 Rosinaldo Azevedo Abres - Matrícula: 273626 - CPF: 703.188.101-97.
Fiscal Substituto: Marcelo Gláucio da Silva Nunes - Matrícula: 111129 em substituição à Ivanilda Batista dos Santos - Matrícula: 263327 - CPF: 009612871-28.
CONTRATO N. 022/2017/SES/MT - LM ORGANIZAÇÃO HOTELARIA LTDA
Contratação de empresa especializada na prestação de serviços de hospedagem e fornecimento de alimentação incluindo Coffee Break para atender a demanda do conselho Estadual de Saúde
Fiscal Titular: Francisco Wagner Lopes Simplicio - Matrícula: 43370 em substituição à Lucia Maria Almeida - Matrícula: 115471
Fiscal Substituto: Maria Jose Vieira da Silva - Matrícula: 63930 - CPF: 328.845.751-20 em substituição à Luciana de Miranda - Matrícula: 126974 - CPF: 629.665.741-91

SEPLAG
Secretaria de Estado
de Planejamento
e Gestão

Governo de
Mato Grosso

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS

CERTIDÃO DE VÍNCULO FUNCIONAL

CERTIFICO QUE, EM CONSULTA AO SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO, CONSTA EM NOME DO(A) SENHOR(A)

ONAIR AZEVEDO NOGUEIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 10170731/SSP, INSCRITO(A) SOB O CPF Nº 771.915.791-53, MATRÍCULA FUNCIONAL Nº 280800, O(S) SEGUINTE(S) VÍNCULO(S) ATIVO(S):

- COMISSIONADOS (DGA-2) LOTADO(A) NO(A) SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE, CARGA HORÁRIA DE 40H HORAS SEMANAIS;

INEXISTINDO QUALQUER OUTRO VÍNCULO ATIVO NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA, AUTÁRQUICA OU FUNDACIONAL DO PODER EXECUTIVO ESTADUAL.

CUIABÁ-MT, 08 DE MARÇO DE 2022.

NÚMERO DE VALIDAÇÃO: 701067

Observações:

a) Certidão expedida gratuitamente, através da Internet;

b) A informação dos dados acima é de responsabilidade do solicitante da Certidão, devendo a titularidade ser conferida pelo interessado e destinatário;

c) A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada na página da Secretaria de Estado de Gestão através do seguinte endereço: http://www.gestao.mt.gov.br/certidao_vinculo_funcional

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 11/03/2022

CNES: 2534480 Nome Fantasia: HOSPITAL REGIONAL DR ANTONIO FONTES CNPJ: –

Nome Empresarial: SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE MATO Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: AV GETULIO VARGAS Número: 1670 Complemento: –

Bairro: SANTA IZABEL Município: 510250 - CACERES UF: MT

CEP: 78200-000 Telefone: (65)3706-2300 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 002

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: – Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: PRISCILLA PARREIRA DUARTE DE MENEZES

Cadastrado em: 15/06/2004 Atualização na base local: 21/09/2020 Última atualização Nacional: 04/03/2022

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1236 - ESTADO OU DISTRITO FEDERAL

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGÊNCIA	SUS

Fluxo de clientela
02 - ATENDIMENTO DE DEMANDA REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

04 - OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS A SAUDE HUMANA 026 - HOSPITALIDADE

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 009 - INTERNACAO

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UTI ADULTO - TIPO II	6	6
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	10	10
UTI PEDIATRICA - TIPO I	10	0
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	21	21
ONCOLOGIA	4	4
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	29	29
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	29	29
HOSPITAL DIA		
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	10	10
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	4	4
PEDIATRIA CLINICA	19	19

Data desativação: –

Motivo desativação: –

ANA CAROLINA SAMPAIO GARCIA FERNANDES
Rua 21 norte, lote 5 – Águas Claras / Brasília - DF
CEP: 71.916-000
Celular: (61) 99187-7654
e-mail: anacarol.sgf@gmail.com

Formação Acadêmica

2011: Lato Sensu em Gestão de Negócios com Ênfase em Saúde - Fundação Dom Cabral;

2005: Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia - Universidade Gama Filho.

Histórico Profissional

Empresa: Hospital de Campanha de Ceilândia – Escola Parque Anísio Teixeira

Cargo: Gerente Assistencial

Período: Maio/2021 até Dezembro/2021

Perfil da Empresa: Atua no segmento de serviços médicos hospitalares – especializada no tratamento dos pacientes com COVID-19.

Gerente de Enfermagem/RT - Responsável pelas áreas de Enfermagem, NúcleoInterno de Regulação da Unidade e das equipes Multidisciplinares como Psicologia, Nutrição e Fisioterapia, agindo na elaboração, implantação e manutenção dos protocolos clínicos, fluxos, processos internos e intersetoriais de atendimento assistenciais e administrativos, levantamento e aplicação de treinamentos, gestão de leitos, controle de materiais e equipamentos.

Empresa: Hospital de Campanha de Águas Lindas de Goiás

Cargo: Gerente de enfermagem / Enfermeiro Assessor de Operações

Período: Junho/2020 até Novembro/2020

Perfil da Empresa: Atua no segmento de serviços médicos hospitalares – especializada no tratamento dos pacientes com COVID-19.

Gerente de Enfermagem - Desde 06/2020 à 08/2020 - Responsável pelas áreas de Enfermagem, Núcleo Interno de Regulação e das equipes Multidisciplinares como Psicologia, Nutrição e Fisioterapia, agindo na elaboração, implantação e manutenção dos protocolos clínicos, fluxos, processos internos e intersetoriais de atendimento assistenciais e administrativos, levantamento e aplicação de treinamentos, gestão de leitos, controle de materiais e equipamentos.

Enfermeiro Assessor de Operações - Desde 09/2020 à 11/2020 - Responsável por assistir, auxiliar e assessorar a Diretoria Executiva e Diretoria Administrativa e Financeira no que diz respeito as informações internas assistenciais e operacionais, desenvolvimento, suporte e execução de ações

administrativas e de relacionamento interno e externo.

EMPRESA: OBJETIVAR – ASSESSORIA ESTRATÉGICA

CARGO: GERENTE OPERACIONAL

PERÍODO: NOVEMBRO/2018 ATÉ JULHO/2020

Perfil da Empresa: Atua no segmento de serviços médicos hospitalares – especializado em suporte e assessoria técnica de micro e macro ambientes das empresas.

Responsável pelas áreas de Captação de novos negócios, Gestão de contratos e relacionamento com o mercado, Relacionamento com o Corpo Clínico, Diagnóstico situacional, Planejamento estratégico, Implantação e manutenção dos processos internos de atendimento, administrativos e comerciais.

EMPRESA: OFTALMED HOSPITAL DA VISÃO

CARGO: GERENTE COMERCIAL / RT DE ENFERMAGEM

PERÍODO: AGOSTO/2015 ATÉ SETEMBRO/ 2018

Perfil da Empresa: Atua no segmento de serviços médicos hospitalares – especializado em Oftalmologia.

Gerente Comercial - Desde 08/2015 à 09/2018 - Responsável pelas áreas de Gestão de contratos e relacionamento com o mercado, Relacionamento com o Corpo Clínico, Faturamento, Autorização de Exames e cirurgias, Marcação de Cirurgias e Almoxarifado.

RT de Enfermagem - Desde 10/2015 à 09/2018 - Responsável pelas áreas de Centro Cirúrgico, CME e Segurança do Paciente.

EMPRESA: HOSPITAL SANTA MARTA LTDA

CARGO: GERENTE DE ATENDIMENTO/ RELACIONAMENTO COM CORPO CLÍNICO

PERÍODO: JANEIRO/2012 ATÉ JULHO/2015

PERFIL DA EMPRESA: Atua no segmento de serviços médicos hospitalares – Hospital Geral

Gerente de Relacionamento com Médicos e Clínicas – Desde 07/2014 à 08/2015 - Responsável pelas áreas de Atendimento como Corpo Clínico Externo e Interno, Credenciamento, Central de Autorizações, Marcação de Cirurgias e Centro Clínico Ambulatorial.

Responsabilidades: Captação de médicos externos, retenção do corpo clínico, negociações de pacotes e valores de honorários médicos, atuação junto aos auditores de convênios para autorizações e glosas, controle de prontuários, gestão da agenda de consultas, gestão das autorizações de OPME, medicações de alto custo, transferências, remoções e procedimentos eletivos e urgências, gestão da agenda cirúrgica, controle e apresentação de Análise Crítica setorial e gerencial.

Gerente de Atendimento – Desde 01/2012 à 06/2014 - Responsável pelas áreas de Atendimento como Recepção da Internação, Central de Serviços, Central de Autorizações, Recepção do Pronto Socorro, Recepção da Radiologia, Central Telefônica, Marcação de Consultas, Centro Clínico Ambulatorial e Balcão de Informações/Identificação.

Responsabilidades: Levantamento e aplicação de treinamentos, controle de materiais e equipamentos, elaboração de fluxos e processos internos e intersetoriais, controle de prontuários, gestão da agenda de consultas e exames, gestão das autorizações de OPME, medicações de alto custo, transferências,

remoções e procedimentos eletivos e urgências, gestão da agenda cirúrgica, gestão de leitos e atendimento ao cliente internado, gestão da demanda de ligações, controle e apresentação de Análise Crítica setorial e gerencial.

EMPRESA: HOSPITAL JUSCELINO KUBITSCHEK – BRASÍLIA
CARGO: SUPERVISÃO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
PERÍODO: SETEMBRO/2009 ATÉ JANEIRO/2012
PERFIL DA EMPRESA: Atuava no segmento de serviços médicos hospitalares – Hospital Geral

EMPRESA: VENERÁVEL ORDEM TERCEIRA DE SÃO FRANCISCO DA PENITÊNCIA – RIO DE JANEIRO
CARGO: ROTINEIRA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
PERÍODO: AGOSTO/2005 ATÉ DEZEMBRO/2007
PERFIL DA EMPRESA: Atuava no segmento de serviços médicos hospitalares – Hospital Geral

EMPRESA: HOSPITAL SANTA THEREZINHA – RIO DE JANEIRO
CARGO: ENFERMEIRA ASSISTENCIAL DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
PERÍODO: JULHO/2005 ATÉ JANEIRO/2008
PERFIL DA EMPRESA: Atuava no segmento de serviços médicos hospitalares – Hospital Geral

QUALIFICAÇÕES PROFISSIONAIS

- Especialista no segmento de serviços com experiência na área Comercial atuando na administração de contratos, manutenção de carteira ativa, desenvolvimento e execução de ações de captação de novos clientes e relacionamento (fidelização) com clientes/parceiros internos e externos, revisão dos contratos e negociação com fontes pagadoras;
- Experiência em desenvolvimento e implantação de processos, desenvolvimento e execução das ações nas áreas de Atendimento, Autorização, Marcação de Cirurgias, Controle de Compras e Almoxarifado com a reformulação de todos de fluxos e controles, com a implantação de planejamento estratégico, elaboração e acompanhamento de orçamentos e formação de preços;
- Experiência em implantação dos processos de certificação de qualidade como ONA e ISO;
- Experiência em implantação de controles administrativos, treinamento e acompanhamento das equipes e respectivos processos, elaboração e acompanhamento de orçamentos e formação de preços, estratégia de captação por recompensas.

Certificado

O Prof. Emerson de Almeida,
Presidente da Fundação Dom Cabral, certifica que

Ana Carolina Sampaio Garcia Fernandes

concluiu o Curso de Aperfeiçoamento em Gestão
(Pós-Graduação *Lato Sensu*), realizado pela Fundação Dom Cabral
no período de 05 de novembro de 2009 a 17 de novembro de 2011,
com carga horária de 315 horas.

Nova Lima, 12 de março de 2012

Fundação Dom Cabral

Silene Magalhães
Gerente Coordenadora de Pós-Graduação

FUNDAÇÃO DOM CABRAL
FDC
DESENVOLVIMENTO DE EXECUTIVOS E EMPRESAS

HISTÓRICO ESCOLAR

Curso de Pós-Graduação Lato Sensu
Aperfeiçoamento em Gestão de Negócios

Ana Carolina Sampaio Garcia Fernandes

Coren DF
Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal

Protocolo Nº: 13857/16-FISC

Interessado: **NUCLEO DE DIAGNOSE E MICROCIRURGIA OCULAR DE BRASILIA LTDA**

CNPJ: 37.992.740/0001-61
Tipo: 04-PESSOA JURÍDICA
Assunto: RENOVAÇÃO RT
Atividade: OFTALMOLOGIA

RENOVAÇÃO RT - ENFERMEIRA - ANA CAROLINA SAMPAIO FERNANDES - RETIRAR CERTIDÃO DE RT DIA 12/04/2016 AS 09H NO AUDITÓRIO COREN-DF (SDS ED. ELDORADO LOJA 35 1º SUBSOLO - CONIC)

Validade: 12/04/2016

3º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS BRASÍLIA
AUTENTICAÇÃO
Autentico esta cópia conforme Art.7,V, da Lei 8935/94.
Brasília-DF, 11/03/2022 - 15:24:50
007-RENATE ALCIDES SOARES DOS SANTOS
ESCREVENTE AUTORIZADO
Selo:TJDFT20220008600422PVQC
Consultar: www.tjdft.jus.br
SECURE SECURE

Brasília , 08 de março de 2016

Michelly Silva Pazutti
Agente Administrativo
Mat. 162

Michelly Silva Pazutti
Agente Administrativo

250443

mediall Brasil

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES

Por meio da presente, certifica-se que Ana Carolina Sampaio Garcia Fernandes, Enfermeira, COREN/DF: 165.923, CPF n. 087.355.667-44, na qualidade e condição de acionista da MEDIALL BRASIL S/A, inscrita no CNPJ sob o n. 27.229.900/0011-33, representou a citada empresa nas atividades de Gerente de Enfermagem junto à Unidade de Cuidados Intermediários do Hospital de Campanha de Ceilândia, situado em Brasília/DF, com início em 24/05/2021 e término em 20/12/2021, tendo-o feito conforme sua disponibilidade e autonomia, integridade e independência técnica e profissional, nos termos definidos pelo Conselho de classe e legislação pertinente.

Brasília, 21 de fevereiro de 2022

Ana Carolina Sampaio Garcia Fernandes
COREN/DF: 165.923
CPF: 087.355.667-44

De acordo:

Fábio Paulo Vilela
Mediall Brasil S/A
Gerente Operacional COREN 202201

Gerente Operacional
Mediall Brasil S/A

DECLARAÇÃO

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, regularmente inscrita no CNPJ sob o Nº 05.029.600/0002-87, declara, a pedido do (a) interessado (a), que o (a) Sr. (a) **ANA CAROLINA SAMPAIO GARCIA FERNANDES**, inscrito (a) no CPF sob o nº 087.355.667-44, trabalhou no Hospital de Campanha para o enfrentamento ao Coronavírus - Águas Lindas de Goiás, de **03/09/2020 a 10/11/2020**, ocupando função de **ASSESSOR (A) DE OPERAÇÕES**, atuando nas seguintes atividades: Assessorar a cadeia operacional de apoio da unidade, acompanhando as rotinas e resultados do serviço, para garantir efetividade, diariamente. Assessorar a gerência quanto aos custos operacionais e realizar a gestão de contratos, utilizando meios físicos e sistemas institucionais, para garantir a entrega dos serviços, bem como o cumprimento dos contratos, diariamente. Acompanhar as escalas de trabalho e programação de férias, alimentando e analisando os dados, para realizar a distribuição assertiva do quadro de colaboradores, diariamente. Assessorar a gerência quanto às decisões, realizando levantamento de dados e análises estatísticas, para subsidiar o processo decisório, sempre que necessário. Assessorar e acompanhar a análise crítica de indicadores de processo, riscos e de gestão. Demais atividades correlatas

Por ser verdade, firmamos a presente.

Goiânia, 22 de fevereiro de 2022.

Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR

Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde
José Augustinho Zago
Coordenador de Formalização de Pessoal

Instituto dos Lagos RIO

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2022.

Declaração

Declaramos para os devidos fins que a Sra. **ANA CAROLINA SAMPAIO GARCIA FERNANDES**, portador da Carteira de Trabalho nº 27223 série 131 RJ, CPF nº 087.,355.667-44, trabalhou no Instituto dos Lagos Rio, no período de 01/06/2020 até 02/09/2020, lotada na Unidade HOSP. CAMPANHA AGUAS LINDAS - GO, exercendo a função de Gerente de Enfermagem, tendo como atividades desenvolvidas: Gerenciar e coordenar 200 leitos sendo 40 UTI e 160 Internação Clínica Médica e toda a equipe de Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros, garantir o processo de classificação de risco na unidade, de acordo com o protocolo estabelecido, Monitorar o desempenho técnico dos profissionais de Enfermagem e protocolos médicos assistenciais de atendimento, qualidade do acolhimento e classificações de risco assim como proporcionar e garantir o processo continuo de busca ativa na área interna e externa da unidade; Acompanhar os casos das salas de observação. Apoiar ao cumprimento das metas ao que tange o tempo de espera dos pacientes e quando elevado, implantar ações efetivas em conjunto com a coordenação médica, Buscar melhorias para inconformidades e conflitos no interior da unidade que possam comprometer a assistência ao paciente e o desempenho profissional de qualquer colaborador, Colaborar com as ações de monitoramento e Humanização implantadas, Remanejar e repor a equipe conforme a demanda e necessidade dos setores a fim de prever recursos humanos para a cobertura da escala de serviço, principalmente nas férias e licenças prolongadas, Organizar os horários das refeições e descanso de forma que não haja desassistência durante as 24h; Selecionar os enfermeiros líderes dos plantões diários e monitorar o cumprimento das suas atribuições, Acompanhar os prazos para as devidas revisões/calibração dos equipamentos.

Instituto Lagos Rio

OFTALMED
Hospital da Visão

3º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS DE BRASÍLIA
AUTENTICAÇÃO
Autentico esta cópia conforme Art.7,V, da Lei 8935/94.
Brasília-DF, 11/03/2022 - 15:20:42
007-RENICE ALCIDES SOARES DOS SANTOS
ESCREVENTE AUTORIZADO
Selo:TJDFT20220080080387TJWR
Consultar: www.tjdft.jus.br

CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Pelo presente instrumento particular, de um lado, **OFTALMED – NÚCLEO DE DIAGNOSE E MICROCIRURGIA OCULAR DE BRASÍLIA LTDA**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 37.992.740/0001-61, com sede no SEPS 714/914, Conjunto D, nº 41, 1º andar, Ed. Sabin, Brasília – DF, neste ato representado pela Diretoria Executiva **SELMA DE MORAES XAVIER**, brasileira, jornalista, portador da Cédula de Identidade de nº 06683489-6 –IFP/RJ e inscrito no CPF sob o nº 853.590.687-87, doravante denominado **CONTRATANTE** e, de outro lado, **ANA CAROLINA SAMPAIO GARCIA FERNANDES**, brasileira, enfermeira, portadora da Cédula de Identidade nº 771103-4 –MB/DF e inscrita no CPF sob o nº 087.355.667-44, doravante denominada simplesmente de **CONTRATADA**, tem entre si, justo e contratado o presente, que se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

A **CONTRATADA** é empresa de prestação de serviços combinados de escritórios e apoio administrativo e pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, obriga-se a executar para o contratante serviços gestão comercial, atuando na gestão de contratos e credenciamentos juntos as operadoras de saúde, conforme solicitação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A **CONTRATADA** prestará os serviços constantes do caput desta cláusula sem qualquer exclusividade, desempenhando atividades para terceiros em geral, desde que não haja conflito de interesses com o pactuado no presente contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Os serviços serão prestados com total autonomia, liberdade de horário, sem pessoalidade e sem qualquer subordinação ao **CONTRATANTE**.

OFTALMED
Hospital da Visão

3º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS DE BRASÍLIA
SCS Quadra 08, Bloco B-60, Loja 140-0, Venâncio Shopping, 1º Andar, Brasília/DF, CEP: 70333-900 - Fone: (61) 3321-2212
Site: www.3oficiobsb.com.br Email: 3oficio@3oficiobsb.com.br
AUTENTICAÇÃO
Autentico esta cópia conforme Art.7,V, da Lei 8935/94.
Brasília-DF, 11/03/2022 - 15:20:43
007-RENISCE ALCIDES SOARES DOS SANTOS
ESCREVENTE AUTORIZADO
Selo:TJDFT20220060080388JUSA
Consultar: www.tjdft.jus.br

PARÁGRAFO TERCEIRO - Da mesma forma, o **CONTRATANTE** poderá contratar outros profissionais ou empresas para prestar os serviços constantes do caput desta cláusula sem qualquer exclusividade da **CONTRATADA**, e sem que haja conflito de interesses com o pactuado no presente contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA – SERVIÇOS

Os serviços acima mencionados serão prestados pela **CONTRATADA**, por meio de seus sócios e/ou prepostos, sob sua única e exclusiva responsabilidade, em locais a serem definidos de comum acordo entre as partes, podendo, inclusive, serem prestados na própria sede do **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA – PRAZO

O presente instrumento vigorará a partir da data de sua assinatura, com vigência pelo prazo de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado, tacitamente, caso não haja manifestação em sentido contrário, até 30 (trinta) dias antes de seu término.

CLÁUSULA QUARTA – REMUNERAÇÃO

Como remuneração pelos serviços a serem prestados, o **CONTRATANTE** remunerará a **CONTRATADA**, da seguinte forma: R$ 18.000,00 (Dezoito mil reais)

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A remuneração pelos serviços contratados inclui todos os encargos trabalhistas, sociais, previdenciários, securitários e outros não nominados, gastos e despesas relativos ao exercício dos serviços contratados, por mais especiais que sejam, nada mais sendo devido pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, a qualquer título.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Os pagamentos serão efetuados até o dia 10 (dez) de cada mês, contra apresentação da competente Nota Fiscal de prestação de serviço.

PARÁGRAFO TERCEIRO - O presente contrato não implica em qualquer vínculo empregatício da **CONTRATADA** pelos serviços prestados ao **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA QUINTA – OBRIGAÇÕES

OFTALMED
Hospital da Visão

3º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS DE BRASÍLIA
AUTENTICAÇÃO
Autentico esta cópia conforme Art.7,V, da Lei 8935/94.
Brasília-DF, 11/03/2022 - 15:21:18
007-RENICE ALCIDES SOARES DOS SANTOS
ESCREVENTE AUTORIZADO
Selo:TJDFT20220[illegible]392SSHE
Consultar: www.tjdft.jus.br

Fica estabelecido que o relacionamento entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, visando resguardar responsabilidades, será normalmente pela forma escrita, por meio de consultas e respostas.

I) São obrigações exclusivas da **CONTRATADA**:

a) prestar os serviços contratados na forma e modo ajustados, dentro das normas e especificações técnicas aplicáveis à espécie, dando plena e total garantia dos mesmos;

b) executar os serviços contratados utilizando a melhor técnica e visando sempre atingir o melhor resultado, sob sua exclusiva responsabilidade, sendo-lhe vedada a transferência dos mesmos a terceiros, sem prévia e expressa concordância do contratante;

c) a total responsabilidade pelos atos e/ou omissões praticados por seus sócios e/ou prepostos, bem como pelos danos de qualquer natureza que os eles venham a sofrer ou causar para o **CONTRATANTE** e seus clientes ou terceiros em geral, em decorrência da prestação dos serviços prestados neste contrato;

d) o pagamento da remuneração de seus sócios, empregados e/ou prepostos, sendo responsável por todos e quaisquer ônus e encargos decorrentes da legislação trabalhista, fiscal e previdenciária, além dos impostos, taxas, obrigações, despesas e afins, que venham a ser reclamados ou tornados obrigatórios em decorrência das obrigações assumidas neste contrato;

e) a responsabilidade única e exclusiva por qualquer espécie de indenização pleiteada por seus sócios, empregados e/ou prepostos, principalmente no tocante a reclamações trabalhistas e acidentes do trabalho;

f) o cumprimento de todas as determinações impostas pelas autoridades públicas competentes, relativas aos serviços aqui contratos, bem como o pagamento de todos os tributos federais, estaduais e municipais que incidam ou venham a incidir sobre os referidos serviços;

g) a total responsabilidade pelas despesas decorrentes dos serviços ora contratados, seja por exigência legal ou em decorrência da necessidade dos serviços, nada podendo ser cobrado ou exigido do **CONTRATANTE**, desde que não haja qualquer outra expressa previsão contratual em contrário.

3º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS DE BRASÍLIA
AUTENTICAÇÃO
Autentico esta cópia conforme Art.7,V, da Lei 8935/94.
Brasília-DF, 11/03/2022 - 15:21:18
007-RENICE ALCIDES SOARES DOS SANTOS
ESCREVENTE AUTORIZADO
Selo:TJDFT20220080080393MHTD
Consultar: www.tjdft.jus.br

II)São obrigações exclusivas do **CONTRATANTE**:

a) efetuar o pagamento na forma e modo aprazados.

b) comunicar a **CONTRATADA** sobre as reclamações feitas contra seus sócios, empregados e/ou prepostos, bem como com relação a danos por eles causados.

c) fornecer à **CONTRATADA** todas as instalações necessárias à sua atividade.

CLÁUSULA SEXTA - DISPOSIÇÕES GERAIS

Os serviços estabelecidos por este instrumento não possuem qualquer vinculação trabalhista com o **CONTRATANTE**, sendo de exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA** quaisquer relações legais com o pessoal necessário à execução dos serviços, possuindo este contrato um cunho independente e devendo a **CONTRATADA** manter em ordem as obrigações previdenciárias decorrentes da vinculação, assumindo responsabilidade integral e exclusiva quanto aos salários e demais encargos trabalhistas e previdenciários de seus sócios, empregados e/ou prepostos, principalmente com relação a possíveis reclamatórias trabalhistas, não existindo solidariedade entre o **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**.

a) a responsabilidade trabalhista, individual ou solidária, eventualmente estabelecida, entre **CONTRATANTE** e o pessoal do quadro de empregados da **CONTRATADA**, é imputável única e exclusivamente a esta última, que deste modo se obriga a ressarcir civilmente ao **CONTRATANTE** nos valores que porventura forem despendidos à verificação de vínculo laboral, judicialmente declarado como existente, inclusive no que pertine a possíveis danos morais.

b) as alterações de valores que venham a ser discutidos e aprovados pelas partes, deverão necessariamente ser objeto de Termo Aditivo.

c) fica expressamente vedada, no todo ou em parte, a transferência ou cessão dos serviços de que trata o presente instrumento, sem o expresso consentimento da outra parte.

d) é expressamente vedado à **CONTRATADA** a utilização de trabalhadores menores, púberes ou impúberes, para a prestação dos serviços.

OFTALMED
Hospital da Visão

3º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS DE BRASÍLIA
AUTENTICAÇÃO
Autentico esta cópia conforme Art.7,V, da Lei 8935/94.
Brasília-DF, 11/03/2022 - 15:21:20
007-RENATO ALCIDES SOARES DOS SANTOS
ESCREVENTE AUTORIZADO
Selo:TJDFT20220080080394NKYV
Consultar: www.tjdft.jus.br

CLÁUSULA SÉTIMA – RESCISÃO

Qualquer das partes poderá rescindir unilateralmente, de pleno direito o presente contrato, a qualquer tempo, independente de notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, sem que assista a outra parte qualquer direito a reclamação ou indenização, desde que comunicado por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvando o pagamento de serviços já prestados.

PARÁGRAFO ÚNICO - O presente contrato também será rescindido de pleno direito nos seguintes casos, sem que assista à **CONTRATADA** direito a qualquer tipo de indenização, ressarcimento ou multa, por mais especial que seja:

a) por insolvência, impetração ou solicitação de concordata ou falência da **CONTRATADA**;

b) o não cumprimento de qualquer obrigação da **CONTRATADA** para com o contratante, sejam obrigações originadas no presente instrumento ou em outras relações comerciais;

c) inadimplemento contratual.

CLÁUSULA OITAVA – PREJUÍZOS

A **CONTRATADA** responderá por qualquer prejuízo que direta ou indiretamente cause ao **CONTRATANTE**, seja por ação ou omissão, sua ou de seus prepostos.

CLÁUSULA NONA – FORO

Elegem as partes o foro de Brasília - DF, para nele serem dirimidas todas e quaisquer dúvidas ou questões oriundas do presente contrato, renunciando as partes a qualquer outro, por mais especial e privilegiado que seja.

E por estarem assim justos e contratados, assinam o presente em três (03) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas instrumentárias, obrigando-se por si e seus sucessores, para que produzam todos os efeitos de direito.

Brasília – DF, 10 de agosto de 2015.

OFTALMED
Hospital da Visão

3º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS DE BRASÍLIA
AUTENTICAÇÃO
Autentico esta cópia conforme Art.7,V, da Lei 8935/94.
Brasília-DF, 11/03/2022 - 15:21:58
007-RENICE ALCIDES SOARES DOS SANTOS
ESCREVENTE AUTORIZADO
Selo:TJDFT20220089080398PLBV
Consultar: www.tjdft.jus.br

Brasília – DF, 10 de agosto de 2015.

Selma Moraes
Diretora Executiva
Hospital da Visão

ROSEMBERG
3º OF. NOTAS BRASÍLIA-DF

NÚCLEO DE DIAGNOSE E MICROCIRURGIA OCULAR DE BRASÍLIA LTDA
CONTRATANTE

ROSEMBERG
3º OF. NOTAS BRASÍLIA-DF

ANA CAROLINA SAMPAIO GARCIA FERNANDES
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1._____
NOME:
CPF:

2._____
NOME:
CPF:

3º. OFÍCIO DE NOTAS DE BRASÍLIA
S.C.S QD 8 - BL B60 - LJ 140 D
BRASÍLIA-DF - FONE: 3321-2212
RECONHECO e dou fé por SEMELHANÇA a(s) firma(s) de:
ANA CAROLINA SAMPAIO GARCIA...
TESTEMUNHA...
Em Testemunho da verdade.
Brasília 12 de Setembro de 2017
054 - PATRICIA SANTOS REIS
ESCREVENTE AUTORIZADO
Selo: TJDFT20170089897156ASQ e
TJDFT20170089897167EZK
consulte em: www.tjdft.jus.br

Cartório do 3º Ofício de Notas e Protesto de Títulos
PATRICIA SANTOS REIS
Escrevente Autorizado
Brasília-DF

Allison Tiago Arruda de Araujo
RUA PRESIDENTE WASHINGTON , 152, TORRE 2 AP 31, QUILOMBO, CUIABÁ-MT
allisontiago@hotmail.com (065) 99990-1222

Médico graduado em dezembro de 2007, pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), titulado especialista pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) em janeiro de 2012 e subespecialista em Cirurgia do Membro Superior pela Universidade Federal de Uberlândia em março de 2013, bom comunicador, dotado de ampla iniciativa e postura.

Formação

- Graduado em Medicina **pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)** em dezembro/2007;
- Curso de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS) pelo **Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP)** em junho/2008;
- Curso de Cirurgia do Joelho – Trauma pela **Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP – USP)** em junho/2010;
- Curso AOTrauma Principles of Fracture Treatment Course pelo grupo **AOTRAUMA** América Latina em outubro/2010;
- Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia pela **Universidade Federal de Uberlândia (UFU)** em fevereiro/2012;
- Título de Especialista pela **Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT)** em janeiro/2012;
- Residência Médica em Cirurgia do Membro Superior (Ombro, Cotovelo e Mão) pela **Universidade Federal de Uberlândia (UFU)** em março/2013;

Experiência

- **Fevereiro/2008 a Janeiro/2009** – Médico em Serviço Militar Obrigatório pelo Comando do 6° Distrito Naval de Ladário – MS (Marinha do Brasil);
- **Agosto/2008 a Janeiro/2009** – Médico concursado em Clínica Geral pela Prefeitura Municipal de Corumbá – MS;
- **Agosto/2008 a Janeiro/2009** – Médico contratado em Clínica Geral pela Prefeitura Municipal de Aquidauana – MS;
- **Fevereiro/2009 a Março/2010** – Médico contratado em Clínica Geral pela Prefeitura Municipal de Tupaciguara – MG;
- **Março/2009 a Agosto/2012** – Médico contratado em Traumatologia pela Prefeitura Municipal de Uberlândia – MG;
- **Novembro/2010 a Janeiro/2013** – Médico contratado em Ortopedia e Traumatologia pelo Hospital Santa Catarina de Uberlândia – MG;
- **Março/2012 a Dezembro/2013** – Médico contratado em Ortopedia e Traumatologia pelo Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia (HMMDOLC) em Uberlândia – MG;
- **Março/2012** – Médico contratado em Ortopedia e Traumatologia pelo Hospital Regional do Sudoeste do Goiás (HURSO) em Santa Helena de Goiás – GO;

- **Dezembro/2012** – Médico prestador de serviço em Ortopedia e Traumatologia no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Belém – PA;
- **Janeiro/2013 a Dezembro/2013** - Médico prestador de serviço em Ortopedia e Traumatologia pelo Hospital Santa Genoveva, Uberlândia - MG;
- **Janeiro/2014** - Médico contratado em Ortopedia e Traumatologia pelo Hospital Regional do Paranoá - DF (HRPa);
- **Abril/2014** - Médico contratado em Ortopedia e Traumatologia pelo Hospital Santa Helena, Brasília - DF;
- **Dezembro/2014** - Médico contratado em Ortopedia e Traumatologia pelo Hospital Brasília, Brasília – DF;
- **Março/2015** – Médico prestador de serviço em Ortopedia e Traumatologia pelo Hospital Santa Rosa;
- **Agosto/2015** – Médico prestador de serviço em Ortopedia e Traumatologia pelo Hospital São Benedito, Cuiabá - MT;
- **Agosto/2017** - Diretor Clínico do Hospital São Benedito, Cuiabá - MT até o mês de **Janeiro 2019**;
- **Setembro/2019** – Médico prestador de serviço em Ortopedia e Traumatologia pelo Hospital Municipal de Cuiabá, Cuiabá – MT, em atividade;
- **Abril/2021** - Médico prestador de serviço em Ortopedia e Traumatologia pelo Hospital Sotrauma/Hbento, em atividade;

Allison T. Araujo

ALLISON TIAGO ARRUDA DE ARAUJO
CRM/MT 8248

Cuiabá, 07/03/22

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DO MATO GROSSO

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
ALLISON TIAGO ARRUDA DE ARAUJO

CRM/UF
006248/MT

FILIAÇÃO
ALDOCIRIO DE ARAUJO

JOSEFINA BENEDITA ARRUDA DE ARAUJO

DATA DE INSCRIÇÃO
14/07/2015

VIA
1

ASSINATURA DO PORTADOR

CPF
004.230.191-04

RG / ÓRGÃO EMISSOR
860.952/SSP-MT

TÍTULO DE ELEITOR
20571011161/3

SEÇÃO
0166

ZONA
0037

DATA DE NASCIMENTO
04/02/1978

NATURALIDADE
CUIABA-MT

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CUIABA,14/07/2010

0170536

ASSINATURA DO DIRETOR DO DRM

VALIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFEITO DE ACORDO COM A LEI 9.2061TE.

Serviço Notarial e Registral do 1º Cartório de Cuiabá

Cartório 2º Ofício

BHE 36805 <- SELO DE CONTROLE DIGITAL
VALOR R$ 3,00
CODIGO DO ATO 6
CONSULTE
http://www.tjmt.jus.br/selos
(001 410856 02 00003 0004 KAMILA I)
AUTENTICACAO
CONFERE COM A ORIGINAL
QUE ME FOI APRESENTADA
DOU FE CUIABA (MT) 22/07/2019 17:08:24
DEBORA LIMA BARBOSA - ESCREVENTE

Tribunal de Contas
Mato Grosso
FORTALECIMENTO DE CIDADANIA

Diário Oficial de Contas
Tribunal de Contas de Mato Grosso

Ano 6 Nº 1171 – Página 40
Divulgação segunda-feira, 7 de agosto de 2017 Publicação terça-feira, 8 de agosto de 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONFRESA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONFRESA/MT
AVISO DE RESULTADO DE LICITAÇÃO
PREGÃO PRESENCIAL Nº 68/2017
PROCESSO Nº 1327/2017

A Prefeitura Municipal de Confresa/MT torna público, para o conhecimento dos interessados, o resultado do processo licitatório na modalidade Pregão Presencial SRP Nº 68/2017 conforme segue:

OBJETO: CONTRATACAO DE EMPRESA PARA PRESTAR SERVICO DE GERENCIAMENTO DE COMBUSTIVEL AUTOMOTIVO POR MEIO DE CARTAO MAGNETICO E RASTREAMENTO VEICULAR DA FROTA PERTENCENTE AO MUNICIPIO DE CONFRESA/MT.

ADJUDICADO E HOMOLOGADO para a empresa: **SAGA COMÉRCIO E SERVIÇOS TECNOLOGIA E INFORMÁTICA LTDA**, CNPJ nº 05.870.713/0001-20, Vencedora dos itens 01 no valor de R$ 42,00 (quarenta e dois reais), Item 02 percentual 3,5% e Item 03 R$ 167,00 (cento e sessenta e sete reais) Unitário, para um período de 12 meses, visto que a empresa atendeu todos os requisitos do Edital e seus Anexos.

Reinaldo Heverton Ferraz de Oliveira
Pregoeiro

PREFEITURA MUNICIPAL DE COTRIGUAÇU

HOMOLOGAÇÃO DE ADESÃO A ATA DE REGISTRO DE PREÇO

O Prefeito Municipal, JAIR KLASNER, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, especialmente sob Lei nº 10.520/02 e em face aos princípios ordenados através da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores, a vista do parecer conclusivo exarado pelo Pregoeiro e sua equipe de apoio, resolve: HOMOLOHAR A PRESENTE LICITAÇÃO OBJETO: "ADESÃO A ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 094/2017 REGISTRO DE PREÇO PARA FUTURA E EVENTUAL AQUISIÇÃO DE VEÍCULO RODOVIÁRIO (MICROÔNIBUS/VAN) PARA TRANSPORTE DE PASSAGEIROS, PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE."

PROCESSO: 86/2017 - LICITAÇÃO NR: 55/2017 - HOMOLOGAÇÃO: 04/08/2017 - PREGÃO PRESENCIAL – ADESÃO A ATA 094/2017 DE CAMPO NOVO DO PARECIS.

( ) Fornecedores e Itens declarados Vencedores (cfe. Cotação): ENZO CAMINHÕES LTDA CNPJ: 09.137.236/0001-49 : QUANTIDADE 01 (UM) MICROÔNIBUS - VALOR GLOBAL: 183.800,00 - Cotriguaçu, 04 de Agosto de 2017.

JAIR KLASNER
PREFEITO MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ

ATOS

ATO GP Nº 1.218 /2017

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

EXONERAR, IVONE DE SOUZA, do cargo em comissão de Direção Geral e Assessoramento, Secretário Adjunto, Símbolo DGA 01, na Secretaria Municipal de Trabalho e Desenvolvimento Econômico, **à partir de 31/07/2017.**

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 17 de julho de 2017.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 1.222/2017

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

NOMEAR, MARCELO PIRES DE SOUZA, no cargo em comissão de Direção Geral e Assessoramento, Secretário Adjunto, Símbolo DGA-01, na Secretaria Municipal de Trabalho e Desenvolvimento Econômico, **à partir de 01/08/2017.**

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 17 de julho de 2017.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 1.290/2017

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

TORNAR SEM EFEITO, o **ATO GP Nº 1.248/2017**, publicado no DOC/TCE Nº 1157 de 18/07/17, de **NOMEAÇÃO** de **LEOVALDO CASTRO DE CAMPOS**, do cargo em comissão de Direção e Assessoramento Superior, Gerente de Suporte, Símbolo DAS-05, na Secretaria Municipal de Trabalho e Desenvolvimento Econômico, **a partir de 18/07/2017.**

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 02 de agosto de 2017.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 1.291/2017

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

NOMEAR, VILMAR JOSE DE OLIVEIRA, no cargo em comissão de Direção e Assessoramento Superior, Gerente de Suporte, Símbolo DAS-05, na Secretaria Municipal de Trabalho e Desenvolvimento Econômico, **à partir de 03/08/2017.**

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 02 de agosto de 2017.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 1.293/2017

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

NOMEAR, ALLISON TIAGO ARRUDA DE ARAUJO, no cargo em comissão de Direção e Assessoramento Superior, Diretor Clínico, Símbolo DAS-02, na Empresa Cuiabana de Saúde Pública, **à partir de 03/08/2017.**

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 02 de agosto de 2017.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 1.296/2017

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

EXONERAR, WALKIRIA ALVES MARTINS, no cargo em comissão de Direção e Assessoramento Superior, Coordenador Especial Rede Assistencial Imagem e Laboratorial, Símbolo DAS-03, na Secretaria Municipal de Saúde, **à partir de 04/08/2017.**

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 02 de agosto de 2017.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 1.297/2017

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

EXONERAR, ANDRÉ WALLAS FERREIRA, do cargo em comissão de Direção e Assessoramento Superior, Coordenador Especial de Rede Assistencial Geral, Símbolo DAS 03, na Secretaria Municipal de Saúde, **à partir de 04/08/2017.**

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 02 de agosto de 2017.

EMANUEL PINHEIRO

Jusbrasil Todos Pesquisar no Jusbrasil CADASTRE-SE ENTRAR

Página 21 da Edição Normal do Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso (TCE-MT) de 9 de Janeiro de 2019

Publicado por Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso
há 3 anos

Por que esse conteúdo está aqui?

O Jusbrasil não cria, edita ou altera o conteúdo exibido. Replicamos somente informações que foram veiculadas pelos órgãos oficiais. Toda informação aqui divulgada é pública e pode ser encontrada, também, nos sites que publicam originalmente esses diários.

Reportar página

Tribunal de Contas de Mato Grosso

em comissão de Direção e Assessoramento Superior, Coordenador Administrativo, Símbolo DAS-02, na Empresa Cuiabana de Saúde Pública, **à partir de 09/01/2019** .

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.

Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 08 de Janeiro de 2019.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 21/2019

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

EXONERAR, ALLISON TIAGO ARRUDA DE ARAUJO, do cargo em comissão de Direção e Assessoramento Superior, Diretor Clinico, Símbolo DAS-02, na Empresa Cuiabana de Saúde Pública, **à partir de 09/01/2019** .

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.

Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 08 de Janeiro de 2019.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 22/2019

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

Listagem de Profissionais

Data: 11/03/2022

CNES: 7349270 Nome Fantasia: HOSPITAL MUNICIPAL SAO BENEDITO DE CUIABA CNPJ Próprio: –

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Gestão: MUNICIPAL Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CNPJ Mantenedora: 15.084.338/0001-46 Nome da Mantenedora: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE - SMS

Cadastrado em: 26/10/2013 Data da última atual. base local: 04/10/2017 Data da última atual. base nacional: 10/10/2017

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
ACIRNANDIA CAETANO LIBERATO	210157851920018	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	39	39
ACIRNANDIA CAETANO LIBERATO	210157851920018	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	1	1
ADALBERTO ATSUSHI HAMAGUCHI PORTO	706405176900289	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	12	12
ADRIANA KELLY DE MORAES	704809044667343	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40
ADRIANE ANDRADE PACO	704801064724140	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40
ALBERTO BICUDO SALOMAO	209578343430001	131205 - DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	5	5
ALBERTO BICUDO SALOMAO	209578343430001	225220 - MEDICO CIRURGIAO DO APARELHO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	5	5
ALBERTO PIRES DE ALMEIDA	980016282791583	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	1	14	15
ALENIR LUZIA DOS SANTOS	702008862537884	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40
ALERCI RODRIGUES DE SANTANA	122296531070000	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40
ALESSANDRA ALVES DE ARRUDA	709205208015737	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40

Total de profissionais 11

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
ALESSANDRA CARLA RINSCHEDE BENEVIDES	700502529259356	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	30	30
ALEXANDRA DO NASCIMENTO GONZAGA	702102808122570	225151 - MEDICO ANESTESIOLOGISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	20	20
ALFREDO VERA ESCALANTE HIJO	182214939080004	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	12	12
ALINE FELIPE ROCHA DE OLIVEIRA	980016281689904	225151 - MEDICO ANESTESIOLOGISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	20	20
ALINE OLIVEIRA GALVAO	700704958357171	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40
ALINNE REBECA CASE LEITE	708400272063165	221205 - BIOMEDICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	10	10
ALLISON TIAGO ARRUDA DE ARAUJO	980016284515761	131205 - DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	2	16	18
ALZIRA DOS ANJOS ARAUJO	705004818655053	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40
AMANDA GARCIA FERRARI	705808465914433	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	12	12
ANA CAROLINA FONSECA DE ABREU BORBA	980016289590761	225151 - MEDICO ANESTESIOLOGISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	20	20
ANA CAROLINA GUIMARAES SATO	980016293501026	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	20	20
ANA LUIZA DOS SANTOS DE SOUZA SILVA	702605769479448	223505 - ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	1	38	39
ANA LUIZA DOS SANTOS DE SOUZA SILVA	702605769479448	223535 - ENFERMEIRO NEFROLOGISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	1	1
ANA PAULA ALVES PINHEIRO	703007887771071	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40
ANA PAULA RIBEIRO	980016277839788	223505 - ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	1	39	40
ANAIRSON DA LUZ NUNES	124758317330009	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40

Total de profissionais 27

Listagem de Profissionais

Data: 11/03/2022

CNES: 7349270 Nome Fantasia: HOSPITAL MUNICIPAL SAO BENEDITO DE CUIABA CNPJ Próprio: --

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Gestão: MUNICIPAL Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CNPJ Mantenedora: 15.084.338/0001-46 Nome da Mantenedora: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE - SMS

Cadastrado em: 26/10/2013 Data da última atual. base local: 06/02/2019 Data da última atual. base nacional: 10/02/2019

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
ACIRNANDIA CAETANO LIBERATO	210157851920018	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	39	39
ACIRNANDIA CAETANO LIBERATO	210157851920018	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	1	1
ADALBERTO ATSUSHI HAMAGUCHI PORTO	706405176900289	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	12	12
ADRIANA KELLY DE MORAES	704809044867343	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40
ADRIANE ANDRADE PACO	704801064724140	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40
AILTON TEIXEIRA DA SILVA	706401664082484	324115 - TECNICO EM RADIOLOGIA E	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	4	4
ALBERTO PIRES DE ALMEIDA	980016282791583	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	1	14	15
ALCIONE ALVES DA COSTA FERREIRA	980016297415957	223405 - FARMACEUTICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	44	44
ALENIR LUZIA DOS SANTOS	702008862537884	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40
ALERCI RODRIGUES DE SANTANA	122296531070000	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40
ALESSANDRA ALVES DE ARRUDA	709205208015737	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40

Total de profissionais 11

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Sublipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb	CHS Hosp	CHS Total
ALESSANDRA CARLA RINSCHEDE BENEVIDES	700502529259356	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	30	30
ALEXANDRA DO NASCIMENTO GONZAGA	702102806122570	225151 - MEDICO ANESTESIOLOGISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	20	20
ALFREDO VERA ESCALANTE HIJO	182214939080004	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	12	12
ALINE FELIPE ROCHA DE OLIVEIRA	980016281689904	225151 - MEDICO ANESTESIOLOGISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	20	20
ALINE OLIVEIRA GALVAO	700704958357171	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40
ALINE VIEIRA DA SILVA SANTOS	708200107943342	324115 - TECNICO EM RADIOLOGIA E	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	30	30
ALINNE REBECA CASE LEITE	708400272063165	221205 - BIOMEDICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	10	10
ALLISON TIAGO ARRUDA DE ARAUJO	980016284515761	131205 - DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	5	5
ALLISON TIAGO ARRUDA DE ARAUJO	980016284515761	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	2	11	13
ALZIRA DOS ANJOS ARAUJO	705004818655053	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40
AMANDA GARCIA FERRARI	705809465914433	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	12	12
ANA CAROLINA FONSECA DE ABREU BORBA	980016289590761	225151 - MEDICO ANESTESIOLOGISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	20	20
ANA CAROLINA GUIMARAES SATO	980016293501026	225125 - MEDICO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	20	20
ANA LUIZA DOS SANTOS DE SOUZA SILVA	702605769479448	223505 - ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	1	38	39
ANA LUIZA DOS SANTOS DE SOUZA SILVA	702605769479448	223535 - ENFERMEIRO NEFROLOGISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	1	1
ANA MARIA DA COSTA SAMPAIO PINTO	980016279971991	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	40	40

Total de profissionais 27

Currículo

1 . Dados Pessoais:

Nome: **Angélica Carla Braga de Oliveira**
Data de nascimento: 24 de julho de 1989
Fone: (62) 98601-9214
E-mail: angelica24_braga@hotmail.com
Endereço: Rua Jerivá Qd.16 Lt. 10 Parque das Palmeiras
Goianésia-GO

2. Objetivo Profissional

Cargo de Farmacêutica / Farmacêutica Bioquímica

3. Formação Escolar

Graduada em Farmácia/ Bioquímica. UNIP, conclusão em 2010.

4. Curso Extra Curriculares:

Curso de Informática Básica
Curso de Injetáveis com Segurança.
XIV Semana de Integração Farmacêutica: Biodisponibilidade e Bioequivalência.
Dispensação de Medicamentos.
1° Encontro Regional dos Acadêmicos das Áreas de Saúde.
Curso de Saúde Pública do Eixo Tecnológico Ambiente e Saúde.
II Oficina de Enfermagem: Compromisso com Ética Profissional.
Curso de Formação de Brigadista Eventual.

5. Experiência Profissional:

Empresa: Hosp. Santa Luzia – Goianésia 3353-1121
Cargo: Responsável Técnica da Farmácia Hospitalar
Período: Atuando desde Abril de 2014.

Empresa: BONE MEDICINA ESPECIALIZADA UTI - UPA GOIANESIA
Cargo: Farmacêutica
Período: abril/2021 á novembro/2021

Empresa: Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h – Goianésia 3353-3100
Cargo: Responsável Técnica da Farmácia Hospitalar
Período: novembro/2017 á abril/2018.

Empresa: Farmácia Básica – Vila Propicio 3320-0184
Cargo: Responsável Técnica da Farmácia Básica
Período: fevereiro/2016 á novembro/2016.

Empresa: Hosp. Municipal Irmã Fanny Duran – Goianésia 3353-1038
Cargo: Responsável Técnica da Farmácia Hospitalar
Período: janeiro/2013 á fevereiro/2016.

Empresa: Hosp. Municipal Sta Efigênia – Niquelândia 3354-2254
Cargo: Responsável Técnica da Farmácia Hospitalar
Período: setembro/ 2011 á dezembro/2012.

HOSPITAL MATERNIDADE
Santa Luzia

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a ANGELICA CARLA BRAGA DE OLIVEIRA, brasileira, divorciada, inscrita no CPF sob o nº 019.181.491-19 e no RG 5066138 SPTC-Go, residente e domiciliada no município de Goianésia – Go, atua na função de Farmacêutica Responsável Técnica no período de 20 de maio de 2014 até o momento, na Sociedade Hospitalar Santa Luzia, localizado na Viela Antônio Aparecido nº 51 Carrilho, Goianésia-Go, CEP 76.380-751.

Goianésia, 11 de Março de 2022

Dr. Thales Sousa e Silva
CRF 4499
Farmacêutico Bioquímico

SOCIEDADE HOSPITAL SANTA LUZIA

CNPJ: 01.825.603/0001-95

Telefone: (62) 3353-1121 / 3353-1033
E-mail: staluzia@yahoo.com.br
Viela Antônio Parecido, nº51, Q 14, L 04, Bairro Carrilho – Goianésia-GO

Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: **02/05/2020**

Nome Civil: **ANGELICA CARLA BRAGA DE OLIVEIRA**
CPF: **019.181.491-19**
Data de Nascimento: **24/07/1989**
Sexo: **Feminino**
Nacionalidade: **Brasileira**
Nome da Mãe: **VERA LUCIA BRAGA OLIVEIRA**

Contratos de Trabalho

- 01/05/2018 - Aberto

THALES SOUSA E SILVA EIRELI
CNPJ: 29.186.809/0001-31
Ocupação: **223405 - FARMACEUTICO**
Salário Contratual: **R$ 1.163,20**
Remuneração Inicial: **R$ 1.208,69**
Última Remuneração Informada: **R$ 2.891,10** (02/2022)

Anotações

03/05/2021 - Férias de 30 dia(s) com previsão de encerramento em 01/06/2021

18/09/2020 - Férias de 30 dia(s) com previsão de encerramento em 17/10/2020

17/06/2019 - Férias de 30 dia(s) com previsão de encerramento em 16/07/2019

02/06/2021 - Salário alterado para R$ 2.522,57

01/06/2021 - Salário alterado para R$ 2.522,57

01/04/2021 - Salário alterado para R$ 1.366,14

01/05/2020 - Salário alterado para R$ 1.266,71

01/05/2019 - Salário alterado para R$ 1.209,73

01/05/2018 - Admissão

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 11/03/2022.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

Declaração

DECLARO, para todos os fins que se fizerem necessários que o(a) Farmacêutico(a)

ANGELICA CARLA BRAGA DE OLIVEIRA

Nacionalidade Brasileira, CPF - 019.181.491-19 e RG 5066138 SSP-GO, acha-se inscrito(a) neste CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE GOIÁS CRF-GO, no Quadro de Farmacêuticos, sob o número de inscrição Definitiva 6815, tendo efetuado sua inscrição em 12/04/2011.

DECLARAMOS, também, que o(a) referido(a) profissional está em dia com a tesouraria do CRF-GO, ressalvadas as parcelas a vencer, e não existe Processo Ético até o presente momento, em conformidade com o art. 30 da lei nº 3.820/60, estando apto(a) a exercer a profissão farmacêutica em todo Território Nacional.

Por ser verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO, a fim de que surta seus efeitos.

Esta Certidão tem validade de 30 (trinta) dias a contar da sua emissão.

Goiânia, 11 de Março de 2022.

Lorena Baia de Oliveira Alencar

Farm. LORENA BAIA DE OLIVEIRA ALENCAR
Presidente CRF-GO

Leia o QRCode ao lado para validar o documento ou acesso o endereço
crf-em-casa.crf-go.cisantec.com.br:8080/crf-em-casa/consulta/impressoes/inicial.jsf e digite o Código de Autenticação
Código de Autenticação: 2DD7-74A0-1DE1-7487

Roze Meiry Benedito Souza da Costa Gusmão

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/3840311450269734
ID Lattes: **3840311450269734**
Última atualização do currículo em 24/02/2022

Enfermeira Obstetra formada pela UFMT, especialista em Neonatologia e Pediatria pela UCG, MBA em Auditoria de serviços sáude pela FGV, especialista em qualidade e segurança do paciente pelo Hospital Sírio Libanês. Membro efetivo do GET- Grupo de Estudos em Tecnologias. Vasta experiência em neonatologia e pediatria, bem como em cuidados a pacientes críticos. Atua na área de curativos e lesões cutâneas desde 2003. Realiza consultoria em enfermagem há 10 anos (auditoria em saúde, consultas de enfermagem, orientações de gestantes, parto, puerpério e cuidados com o RN, curativos, acreditação e qualidade). Fez parte do corpo docente do curso de enfermagem do UNIVAG por 10 anos na área de estágio em gerenciamento do cuidado, gestão de unidades e administração de serviços de saúde. Desde 2019 atuando como coordenadora assistencial na empresa Americas Health, responsável em Cuiabá pela gestão das utis neonatal e Pediatrica do HESC e pelo Viventi Home Care. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Roze Meiry Benedito Souza da Costa Gusmão
Nome em citações bibliográficas	COSTA, R. M. B. S.
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/3840311450269734

Endereço

Endereço Profissional	Centro Universitário de Várzea Grande. Rua Ministro Mário Machado (Lot Gov J Fragelli) Cristo Rei 78118100 - Várzea Grande, MT - Brasil Telefone: (65) 36886006

Formação acadêmica/titulação

2013 interrompida	Mestrado interrompido em 2013 em Ciências da Saúde (Conceito CAPES 4). Universidade Federal de Mato Grosso, UFMT, Brasil. Orientador: xxx. Ano de interrupção: 2013
2017 - 2017	Especialização em Especialização em qualidade e segurança no cuidado ao paciente. (Carga Horária: 360h). Hospital Sírio-Libanês, SIRIO-LIBANÊS, Brasil. Título: Reaprendendo a qualidade e segurança no cuidado ao paciente: uma trajetória de conhecimento. Orientador: Solanyara Maria da Silva.
2008 - 2009	Especialização em MBA em Auditoria em Serviços de Saúde. (Carga Horária: 360h). Fundação Getúlio Vargas, FGV, Brasil. Título: Auditoria de Qualidade em Operadoras de Saúde: Criando parceiros. Orientador: Tania Furtado.
2007 - 2008	Especialização em Enfermagem em Pediatria e Neonatologia. (Carga Horária: 360h). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC GOIÁS, Brasil. Título: Alterações ambientais em UTI neonatal e sua influencia na recuperação do RN. Orientador: xxx.
1997 - 2001	Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso, UFMT, Brasil. Título: Estímulos ambientais em UTI neonatal e suas complicações ao desenvolvimento da criança. Orientador: Rosa Maria.

Formação Complementar

Atuação Profissional

Centro Universitário de Várzea Grande, UNIVAG, Brasil.

Vínculo institucional
2005 - Atual

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Professor de ensino superior

Americas Health, AH, Brasil.

Vínculo institucional
2019 - Atual

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Coordenadora de Assistência, Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva.

Áreas de atuação

1. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem.
2. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente.
3. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: Enfermagem na Gestão e Gerenciamento.
4. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: Enfermagem em Saúde da Mulher.

Idiomas

Espanhol Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Pouco.
Inglês Compreende Razoavelmente, Fala Razoavelmente, Lê Razoavelmente, Escreve Razoavelmente.
Italiano Compreende Pouco, Fala Pouco, Lê Pouco, Escreve Pouco.

Produções

Produção bibliográfica

Apresentações de Trabalho

1. **COSTA, R. M. B. S.**. Preparo e diluição de medicamentos: aspectos técnicos, éticos e legais. 2019. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

Produção técnica

Assessoria e consultoria

1. **COSTA, R. M. B. S.**. Levantamento de Diagnóstico Situacional e plano de ação para acreditação hospitalar. 2017.

Trabalhos técnicos

1. **COSTA, R. M. B. S.**. PROTOCOLO DE MEDIDAS DE PREVENÇÃO RELACIONADAS ÀS INFECÇÕES ASSOCIADAS AO USO DE DISPOSITIVOS EM SAÚDE. 2017.
2. **COSTA, R. M. B. S.**; ROSA, M. K. O. ; GUIMARAES, S. M. ; SOUZA, A. P. T. ; ALBUQUERQUE, D. F. S. ; CORREA, G. H. ; LIMA, K. V. M. ; OLIVEIRA, T. M. . PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES DO HOSPITAL METROPOLITANO DE VÁRZEA GRANDE. 2017.
3. **COSTA, R. M. B. S.**. Protocolo de Curativos. 2016.
4. **COSTA, R. M. B. S.**. Diagnóstico Situacional. 2015.
5. **COSTA, R. M. B. S.**. Manual de Auditoria de Enfermagem da Unimed Cuiabá. 2012.

Bancas

Participação em bancas de trabalhos de conclusão

Trabalhos de conclusão de curso de graduação

1. **COSTA, R. M. B. S.**. Participação em banca de DANIELE CAMPOS SILVA FRANCIELI XAVIER VARELA LAILA CAMILA MA.PROJETO OCTO NA RECUPERAÇÃO DO RECÉM NASCIDO INTERNADO EM UTI NEONATAL: UMA PERCEPÇÃO LÚDICA NA NEONATOLOGIA DO MUNICÍPIO DE CUIABÁ. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário de Várzea Grande.

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. XI Mostra cientifica do Curso de Enfermagem: Empreendedorismo.Atualização em tratamento de feridas e lesões de pele. 2017. (Oficina).

Orientações

Orientações e supervisões concluídas

Trabalho de conclusão de curso de graduação

1. Francieli Xavier Varela. PROJETO OCTO NA RECUPERAÇÃO DO RECÉM NASCIDO INTERNADO EM UTI NEONATAL: UMA PERCEPÇÃO LÚDICA NA NEONATOLOGIA DO MUNICÍPIO DE CUIABÁ. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário de Várzea Grande. Orientador: Roze Meiry Benedito Souza da Costa Gusmão.
2. Aline da Silva oliveira. ANALISE DO GERENCIAMENTO NO PROGRAMA HIPERDIA ATRAVÉS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário de Várzea Grande. Orientador: Roze Meiry Benedito Souza da Costa Gusmão.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Enfermagem

REGISTRO DE TÍTULO - COREN MT 000.042.98

ESPECIALISTA

NOME CIVIL
ROZE MEIRY BENEDITO SOUZA DA COSTA GUSMÃO
NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE
CAMPO GRANDE
MS
BRASILEIRA

V 3325356

ESPECIALIDADE
ENFERMAGEM NEONATAL E PEDIÁTRICA

IDENTIDADE
0933152-2

ÓRGÃO EXPEDIDOR
SESP/MT

CPF
805.254.581-15

DATA DE EMISSÃO
23/11/2018

FILIAÇÃO
ROZEU LARA DA COSTA

MARIA ANTONIA SOUZA DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO
11/01/1978

DATA DE VALIDADE
23/11/2028

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

2º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DA 1ª CIRCUNSCRIÇÃO IMOBILIÁRIA DA COMARCA DE CUIABÁ - CNS 06.
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE MATO GROSSO
Av. Marechal Deodoro, 330, Bairro Santa Helena, Cuiabá-MT, CEP: 8040-000
Fone: (65) 3052-4222 - E-mail: cartorio2cuiaba@hotmail.com

AUTENTICAÇÃO

Certifico para os devidos efeitos que a presente fotocópia é reprodução fiel do documento que me foi apresentado.

R$3,70 - Selo de Controle Digital

BSD 8388

Cuiabá - MT, 01 de Março de 2022

Em Test

Fabiana Thaís Dos Santos de Magalhães
Escrevente Autorizado

Consulte: www.tjmt.jus.br/extrajudicial
Atendente: RAYNARA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Enfermagem

REGISTRO DE TÍTULO - COREN MT 000.042.12

ESPECIALISTA

NOME CIVIL
ROZE MEIRY BENEDITO SOUZA DA COSTA GUSMÃO
NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE
CAMPO GRANDE
MS
BRASILEIRA

V 3325127

ESPECIALIDADE
AUDITORIA E GESTÃO EM SAÚDE

IDENTIDADE
0933152-2

ÓRGÃO EXPEDIDOR
SESP/MT

CPF
805.254.581-15

DATA DE EMISSÃO
26/10/2018

FILIAÇÃO
ROZEU LARA DA COSTA

MARIA ANTONIA SOUZA DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO
11/01/1978

DATA DE VALIDADE
26/10/2028

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

2º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DA 1ª CIRCUNSCRIÇÃO IMOBILIÁRIA DA COMARCA DE CUIABÁ - CNS 06.
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE MATO GROSSO
Av. Marechal Deodoro, 330, Bairro Santa Helena, Cuiabá-MT, CEP: 8040-000
Fone: (65) 3052-4222 - E-mail: cartorio2cuiaba@hotmail.com

AUTENTICAÇÃO

Certifico para os devidos efeitos que a presente fotocópia é reprodução fiel do documento que me foi apresentado.

R$3,70 - Selo de Controle Digital

BSD 8389

Cuiabá - MT, 01 de Março de 2022

Em Test

Fabiana Thaís Dos Santos de Magalhães
Escrevente Autorizado

Consulte: www.tjmt.jus.br/extrajudicial
Atendente: RAYNARA

EM BRANCO

República Federativa do Brasil

Ministério da Educação

Universidade Federal de Mato Grosso

O Reitor da Universidade Federal de Mato Grosso, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Enfermagem e Obstetrícia em 27 de setembro de 2001, confere o título de

Enfermeiro a

Roze Meiry Benedito Souza da Costa

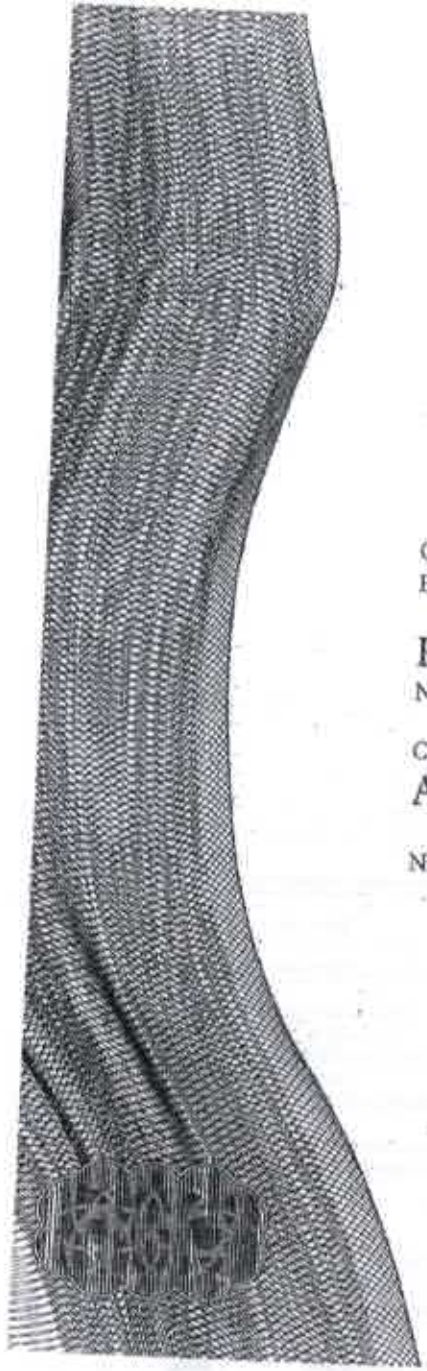
natural do Estado do Mato Grosso do Sul, nascida a 11 de janeiro de 1978, filha de Rozeu Lara da Costa e Maria Antonia Souza da Costa, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Cuiabá, 02 de outubro de 2002.

Benedito Alencar de Arruda
Coordenador da Administração Escolar

Roze Meiry B. S. Costa.
Diplomado

Paulo Speller
Reitor



FUNDAÇÃO
GETULIO VARGAS

O Diretor da Escola de Pós-Graduação em Economia e o Diretor da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getulio Vargas conferem a

ROZE MEIRY BENEDITO SOUZA DA COSTA

Natural de Campo Grande - MS, nascido em 11/01/1978, cart.de identidade nº 933152 – SSP- MT

Certificado, do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu

AUDITORIA E GESTÃO EM SAÚDE

Nível Aperfeiçoamento, com 450 horas-aula, concluído em 15 de junho de 2012

Rio de Janeiro, 19 de fevereiro de 2014.

Rubens Penha Cysne
Diretor da EPGE / FGV

Flavio Carvalho de Vasconcelos
Diretor da EBAPE / FGV

2º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DA 1ª CIRCUNSCRIÇÃO IMOBILIÁRIA DA COMARCA DE CUIABÁ - PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE MATO GROSSO
Av. Marechal Deodoro, 880, Bairro Santa Rosa, Cuiabá-MT, CEP: 78.015-130
Fone: (65) 3052-4212 - E-mail: contato2ofcuiaba@gmail.com

AUTENTICAÇÃO
Certifico para os devidos efeitos que a presente fotocópia é reprodução fiel do documento que me foi apresentado.
SD 8392 R$3,70 Selo de Controle Digital
Cuiabá - MT, 08 de março de 2022
Em Test° de Verdade
Felipe Diego Dos Santos de Macedo
Escrevente Autorizado
Consulte: www.tjmt.jus.br/selos
Atendente RAYNARA

Cartório 2º Ofício
Tabelião 2º Ofício 1ª Circ. Imob. da Comarca de Cuiabá

DECLARAÇÃO

Hospital Estadual Santa Casa, CNPJ 04.441.389/001-61, Telefone (65) 3618-800 localizado na praça do seminário, n°141, Bairro Dom Aquino, Declara para os devidos fins, que a senhora, Roze Meire Benedito Souza da costa Gusmão – CPF 805.254.581-15, exerce suas devidas funções nesta unidade hospitalar no cargo de Responsável Técnica de Enfermagem, contratada pela empresa prestadora de serviço Instituto Mato-grossense de Terapia Intensiva LTDA, CNPJ 18.146.705/0001-87, carga horaria de 40 horas semanais.

Patricia Dourado Neves
Diretora Geral
Hospital Estadual Santa Casa/SES-MT
Matricula: 60686

TABELIONATO E REGISTRO DE TÍTULOS DOCUMENTOS E PESSOAS JURÍDICAS
AUTENTICAÇÃO
Confere com a original que me foi apresentada do que dou fé.
BSF25349
R$3,70
Selo de Controle Digital
Em testemunho ( ) da verdade.
Cláudio da Conceição-Escrevente Autorizado
Cuiabá, 11 de março de 2022
Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso Cod. Serv. 58 Cod
http://www.tjmt.jus.br/selos
At 175

1° SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL CUIABÁ - MT

Representada pelo Secretário GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO.
CONTRATADA: THYSSENKRUPP ELEVADORES S.A.
REPRESENTADA por: CARLOS HENRIQUE DE SANTANA SILVA.
OBJETO: "contratação de empresa especializada em manutenção preventiva e corretiva com reposição de peças novas e originais no elevador instalado nas dependências do Hospital Regional de Rondonópolis Irmã Elza Giovanella, ligado à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso".
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: UO: 21601; Programa: 526; Projeto: 2515; Elemento: 33.90.39; Fonte: 134/112.
VIGÊNCIA: 12 (doze) meses - tendo início em **29/01/2020 e término em 28/01/2021.**
VALOR DO CONTRATO: R$ 35.098,08 (Trinta e cinco mil, noventa e oito reais e oito centavos).
DATA DE ASSINATURA: 29/01/2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTRATOS - CCTR/SES/MT
EXTRATO DO PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 116/2019/ SES/MT - DISPENSA D LICITAÇÃO Nº 066/2019.
CONTRATANTE: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/SES/MT - Representada pelo Secretário GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO.
CONTRATADA: PAULO ISAO SASSAKI NETO EIRELI.
Representada por: PAULO ISAO SASSAKI NETO.
OBJETO: "Contratação emergencial de empresa para prestação de serviços médicos em Cirurgia Vascular para atender a Secretaria de Estado de Saúde no Hospital Estadual Santa Casa" O presente termo aditivo tem como objeto a prorrogação de prazo do contrato 116/2019/SES/MT, pelo período de no máximo 180 (cento e oitenta) dias, **com início em 21/01/2020 e término em 19/07/2020,** de acordo com o art. 24, Inciso IV da Lei 8.666/93.
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: UO: 21601; Programa: 526; Projeto: 2515, Elemento: 3.3.90.39; Fonte: 112 e 134.
VALOR DO TERMO ADITIVO: R$ 629.907,00 (Seiscentos e vinte e nove mil, novecentos e sete reais).
DATA DE ASSINATURA: 21/01/2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTRATOS - CCTR/SES/MT
EXTRATO DO PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 008/2019/ SES/MT - ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 002/2019
PREGÃO ELETRÔNICO/RP Nº. 059/2018/SES/MT.
CONTRATANTE: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/SES/MT - Representada pelo Secretário GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO.
CONTRATADA: GL OXIGÊNIO EIRELI.
Representada por: ISAIAS LOPES DE OLIVEIRA.
OBJETO: "contratação de empresa especializada no fornecimento de GASES MEDICINAIS, para atender às necessidades da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso" O presente termo aditivo tem como objeto a prorrogação de prazo do contrato 008/2019/SES/MT, pelo período de 12 (doze) meses, **com início em 08/02/2020 e término em 07/02/2021,** de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n.º 8.666/93, **Decréscimo do valor unitário** do item 01 do Lote II (Colíder) e dos itens 01, 02 e 03 do Lote V (Alta Floresta) do contrato 008/2019/SES/MT, de acordo com o art. 65, da Lei nº 8.666/93 e **ACRÉSCIMO DE 25% (vinte e cinco por cento) dos itens 01, 03, 04 e 05 do Lote II (Colíder) e do Lote V (Alta Floresta)** da cláusula terceira - DAS ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO e em concordância com a cláusula segunda - DO CONTRATO, item 2.2, com base no Art. 65 da lei 8.666/93.
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: UO: 21601; Programa: 526; Projeto: 2515, Elemento: 3.3.90.30; Fonte: 112 e 134.
VALOR DO TERMO ADITIVO: R$ 935.935,49 (Novecentos e trinta e cinco mil, novecentos e trinta e cinco reais e quarenta e nove centavos).
DATA DE ASSINATURA: 30/01/2020.

PORTARIA Nº 037/2020/GBSES

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições, que lhe são conferidas pelos artigos 69 e 75, §1º da Lei Complementar nº 207, de 29/12/2004, alterada pelas Leis Complementares nº 213, de 09/07/2005 e 550 de 27/11/2014.

Considerando a solicitação de prorrogação de prazo, formulada e fundamentada pela Comissão Processante do Processo Administrativo Disciplinar nº 005/2019, devidamente fundamentado;

Considerando os Princípios do Contraditório e da Ampla Defesa, com fulcro no art. 5º, inciso LV da Constituição Federal.

RESOLVE:

Art. 1º Designar os atuais membros da Comissão Processante para conclusão dos trabalhos do Processo Administrativo Disciplinar supracitado.

Art. 2º Conceder o prazo de 60 (sessenta) dias, com efeitos a partir de 28 de janeiro de 2020, para a conclusão do referido Processo Administrativo Disciplinar.

Art. 3º. Convalidar os atos até a presente data.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Registre-se, publique-se e CUMPRA-SE.

Cuiabá-MT, 30 de janeiro de 2020.

GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO

PORTARIA Nº 042/2020/GBSES

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e,

CONSIDERANDO o Decreto nº 102, de 02 de maio de 2019, que declara estado de calamidade pública, requisita bens e serviços da Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá e dá outras providências;

CONSIDERANDO que, conforme disposto no inciso I do § 1º do Art. 3º do Decreto nº 102, de 02 de maio de 2019, compete a Secretaria de Estado de Saúde utilizar e administrar os bens, imóveis e móveis, e os serviços requisitados, sem prejuízo da promoção, se necessário, de compras emergenciais de equipamentos, medicamentos, insumos e suprimentos, e da contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, em conformidade com as diretrizes constitucionais e legais aplicáveis;

CONSIDERANDO que cada Secretaria de Estado ou órgão acima mencionados poderão regulamentar suas respectivas atribuições por meio de Portaria, no que lhe competir, conforme disposto no § 2º do referido Decreto;

CONSIDERANDO que os serviços de gerenciamento do Hospital Estadual Santa Casa, encontra-se sob a responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde;

R E S O L V E:

Art. 1º Designar a servidora **PATRICIA DOURADO NEVES**, Matrícula: 60686, para responder pela da Direção do Hospital Estadual Santa Casa.

PARÁGRAFO ÚNICO. Poderá a servidora ora designada como Diretora solicitar pessoas para auxiliá-la, na função investida, podendo delegar atribuições específica de sua missão a auxiliares e prepostos individualmente ou em conjunto.

Art. 2º A Diretora designada nos termos desta Portaria gozará de plenos poderes para a administração do Hospital, podendo solicitar pessoas para auxiliá-la, na função investida, podendo delegar atribuições específica de sua missão a auxiliares e prepostos individualmente ou em conjunto, bem como praticar todos os atos necessários para fiel cumprimento desta, entre outros:

I - Requisitar de órgãos e entidades da Administração Pública Estadual e solicitar a órgãos e entidades de outras esferas de governo serviços e informações necessárias ao cumprimento de sua missão;

II - Solicitar, quando necessário, à Controladoria-Geral do Estado (CGE) e à Procuradoria Geral do Estado (PGE) orientações, estudos e avaliações, bem como consultoria para melhor administrá-lo.

Art. 3º - A presente Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário, em especial a **portaria nº 011/2020/GBSES.**

Registrada, Publicada, CUMPRA-SE.

Cuiabá-MT, 04 de fevereiro de 2020.

GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO

Criado pela Lei Nº 5.905 de 12/07/1973
Instalado pela Portaria Cofen Nº 001/1975

CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

O Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso, no uso das suas atribuições legais conferidas pela Lei Federal 5.905/73, considerando a Resolução Cofen nº 509/2016 certifica a Responsabilidade Técnica pela Gestão Assistencial do Serviço de Enfermagem:

Nome do(a) Enfermeiro(a): ROZE MEIRY BENEDITO SOUZA DA COSTA GUSMÃO

Inscrição Coren/MT: 98658-ENF

Horário/Turno: 7H ÀS 11:30H - 13:30 ÀS 17:30H SEG A SEX **Carga Horária:** 40 Horas Semanais

Nome da Empresa ou Instituição: INSTITUTO MATOGROSSENSE DE TERAPIA INTENSIVA LTDA

Endereço: PRAÇA DO SEMINÁRIO Nº141 **Bairro:** DOM AQUINO

Cidade: CUIABÁ **CEP:** 78015325 **UF:** MT

Anotação Nº. 1800/2019 **Data:** 24/09/2019 **Livro:** 005 **Folha:** 144-V

Validade: **07/07/2021** a **07/07/2022**

Cuiabá, 07 de julho de 2021.

Dr. Antonio César Ribeiro
Presidente do COREN-MT
COREN-MT-47954-ENF

Flaviana Alves dos Santos Pinheiro
Diretora Departamento Gestão Exercício Profissional
COREN-MT-120508-ENF

Cofen

Coren

Cassiano Moraes Falleiros

Informações Pessoais

- Brasileiro, União Estável, 42 anos.
- Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2003) , Especialização pelo Fundação Getulio Vargas - SP (2006) e Especialização em Administração pelo PROAHSA - Administração Hospitalar Sistema de Saúde pela Hospital Das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (2007) e Especialização em Hospitais Universitários pelo Centro de Ensino Sírio Libanês (2015). Ex-Secretario Adjunto Estadual de Saúde do Mato Grosso, atuou como consultor da Fundação Getulio Vargas - SP pelo Centro de Estudos em Saúde e FGV Projetos, Consultor pela GESA Health Care em Luanda-Angola, e pela PATH Global Health Organizations - Seatle. Atualmente Gerente de Atenção a Saúde de Hospital Universitário Julio Muller. Experiência na área de Administração Hospitalar e Gestão de Sistemas de Saúde, Planejamento Estratégico, Gerencia de Projetos e Economia da Saúde.

Áreas de Interesse

- Gestão Assistencial, Gestão Administrativa e Financeira, Pesquisador na Área de Saúde, Consultor em Saúde, Planejamento Estratégico, Transparência, *Compliance* Institucional, Gestão de novos negócios, Gerência de Projetos.

Formação

- **Hospital Universitário Julio Muller – UFMT** – Mestrado Profissional em Atenção Hospitalar – 2016 (Tese: Avaliação de Tecnologia em Saúde nos Hospitais Universitários Federais)
- **Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês** – Gestão de Hospitais Universitários Federais – 2015
- **Hospital Das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP** – Residência em Administração Hospitalar e Sistema de Saúde pelo Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da USP – 2005-2007
- **Fundação Getúlio Vargas – CEAHS** – Curso de Especialização Administração Hospitalar e Sistema de Saúde – PROHASA – 2005-2006
- **Universidade Estadual Paulista – UNESP** – Enfermagem – 2000-2003

Experiência Profissional

Gerente Administrativo, EBSERH – Empresa Brasileira Serviços Hospitalares Hospital Universitário Júlio Müller – MT (Abr/2021 até o momento)

Gerência composta por áreas de gestão de pessoas, Infraestrutura, logística, administrativa, financeira e controladoria/*compliance*, e Planejamento Estratégico;

Gerente Atenção a Saúde, EBSERH – Empresa Brasileira Serviços Hospitalares - Hospital Universitário Júlio Müller – MT (Jan/2019 - atual)

Gerência composta por áreas de qualidade e segurança assistencial, Unidades Assistência Direta ao paciente, Apoio Diagnóstico, Bloco Cirúrgico, Faturamento Hospitalar, Contratualização Assistencial, Colegiado Executivo, Regulação e Avaliação Assistencial, e Farmácia Hospitalar

Secretario Adjunto de Estado de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Mato Grosso - MT, (Junho/2017 a dezembro/2018)

Gestor de 11 Hospitais da Secretaria de Saúde do Mato Grosso, Inserção de politicas de transparência publica, Politicas de Atenção Hospitalar, Normativas da ANVISA, Normas de fluxos e processos administrativos e assistenciais

Assistente Técnico de Direção, Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso, (maio/2017 até outubro/2017)

Desenvolvimento do Planejamento estratégico do CRM/MT para próximos 5 anos, com a implementação do BSC - *Balanced Soorecard*, Mapa Estratégico, projetos, *compliance* institucional, auditorias internas e indicadores estratégicos

Gerente Administrativo, EBSERH – Empresa Brasileira Serviços Hospitalares Hospital Universitário Júlio Müller – MT (Abr/2014 – abril/2017)

Gerência composta por áreas de gestão de pessoas, infraestrutura, logística, administrativa, financeira e controladoria/*compliance*, e Planejamento Estratégico;

R: Vereador Juliano Costa Marques, 369 apt 202, Jd Aclimação - Cuiabá
Cel:(65) 99956-0978 e-mail: cfalleiros@gmail.com

Diretor de Apoio Técnico, Conjunto Hospitalar de Sorocaba – Secretaria Estado da Saúde de São Paulo – SP (Out/2011 à Abr/2014)

Diretoria – Divisão de Apoio Técnico (áreas subordinadas: SAME, Faturamento, Auditoria e Planejamento Estratégico e Operacional, Política de Qualidade);

Consultor, Fundação Getúlio Vargas – SP e UNESCO (Fev/2008 à Abr/2013)

Desenvolvimento e Implementação de Projetos e Planejamento Estratégico na Área de Saúde e Judiciária; Pesquisador pela FGV-Saúde e pela UNESCO executando pesquisas de avaliação de serviços de saúde para Ministério da Saúde e demais instituições

Consultor, PATH (International Nonprofit Organization) – Catalyst for Global Health – Seatle, EUA (Ago à Dez/2010)

Implementação de Seringas Injetáveis por pressão no Mercado Brasileiro e no Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde;

Consultor, GESA – Health – Angola, África (Jun/2007 à Mar/2008)

Desenvolvimento e Coordenação de Projetos na área de saúde de Angola;

Analista de Projetos, Hospital Alemão Oswaldo Cruz – SP (Mar/2006 à Jun/2007)

Analise/Desenvolvimento e Implantação de projetos estratégicos para o hospital;

Principais Realizações

- **Como Gerente de Atenção à Saúde:**
  - ✓ Coordenação da implementação de linha de cuidado e Comite de Gerenciamento de Combate ao COVID-19, ampliação de leitos de UTI, indicadores acompanhamento COVID, protocolos de atendimentos, Habilitações de Leitos – Taxa de Ocupação de 90%, Média de Permanência de 27 dias, Taxa de Mortalidade COVID 17%, Custo/Leito/Dia R$ 2,5 mil
  - ✓ Implementação para melhoria de processos através de KABAN, LEAN e Linhas de Cuidados nas unidades produtivas (internações, UTI e Pronto Atendimento)
  - ✓ Adequação a receita através dos contratos junto a Secretaria de Saúde e as despesas com implementação de políticas de padronização de medicamentos e protocolos clínicos -
  - ✓ Planejamento e implementação de adequações de processos internos adequando as normas da VSIA – Sucesso alcançado com liberação do Alvará da VISA
  - ✓ Conclusão das habilitações pendentes junto ao SMS de Cuiabá e MS para acréscimos de receita junto a habilitação em Doenças Raras, Projeto Transexualidade, Hospital dia e Leitos crônicos
  - ✓ Implementação de gestão de leitos com visitas semanais em cada unidade, verificando média de permanência, Kan-ban, pendências internas e externas, discussão dos casos clínicos complexos com necessidade de intervenções da gestão
  - ✓ Oficina de adequações de materiais e equipamentos das unidades assistenciais para efetivação da contratualização junto ao Município de Cuiabá
  - ✓ Responsável pela auditoria dos processos internos, para adequação as normativas e regramentos do SUS, ANVISA, Política Nacional de Atenção Hospitalar e Segurança do Paciente e implementação do Selo de Qualidade da ESBERH
  - ✓ Responsável pela gestão de pessoas de 22 gestores diretos e quase 400 colaboradores indiretos, com atuação junto a área assistencial do Hospital, incluindo médicos, enfermagem, farmacêuticos de demais profissionais de saúde
  - ✓ Acompanhamento de indicadores de gestão, efetividade, eficiência e orçamentários nas Unidades, propondo planos de ações para melhorias dos processos estratégicos]
- **Como Secretário Adjunto de Saúde do Estado do Mato Grosso:**
  - ✓ Implementação da Política Nacional de Gestão Hospitalar nos 11 Hospitais Regionais - Comissões,

R: Vereador Juliano Costa Marques, 369 apt 202, Jd Aclimação - Cuiabá
Cel:(65) 99956-0978 e-mail: cfalleiros@gmail.com

Implementar Núcleos Internos de Regulação, Implementação do Sistema de Regulação, Inserção de núcleos de segurança do paciente, organização e fluxos faturamento hospitalar,

- ✓ Experiência em coordenar processos de transição do modelo de gestão dos Hospitais Públicos, de Organizações Sociais para a Administração Pública, e Hospital Universitário entre uma Autarquia Federal para uma Empresa Pública de direito privado
- ✓ Desenvolvimento da nova estrutura organizacional para os Hospitais Públicos e nova estrutura de cargos e salários dos Hospitais
- ✓ Diminuição de despesas dos Hospitais redução de 12 milhões no ano de 2017 em 5 Hospitais Regionais, controle de aquisições, padronização de materiais, revisão dos contratos terceirizados

- **Como Gerente Administrativo:**
  - ✓ Coordenador, e com apoio institucional desenvolvemos um Programa de Residência em Gestão em Hospitais e Sistema de Saúde, com objetivo de formar gestores para o Sistema de Saúde Brasileiro,
  - ✓ Controle dos estoques de materiais, readequação dos fluxos e processos – não há falta de materiais no Hospital Universitário gerenciado;
  - ✓ Implementação do setor de controle interno, transparência das contas públicas (receitas e despesas), indicadores, auditorias internas (adequação as normativas, contabilidade e da ANVISA), contratos, licitações, e adequar normativas de combate a corrupção junto a CGU
  - ✓ Experiência em Planejamento Estratégico pelo método de Carlo Mattos, BSC e ciclo PDCA (planejar, desenvolver, controlar e avaliar), indicadores, mapa, plano de ação, e orçamento, implementado durante a experiência profissional tanto como gestor como consultor
  - ✓ Reorganização das finanças do hospital em Cuiabá, com previsão e planejamento dos gastos, diminuição das dívidas acumuladas de 6 milhões, em 2014, para 1 milhão, em 2015; Além do controle da dívida junto aos fornecedores, orçamento/despesas estáveis nos últimos 2 anos, em 2016 orçado – 32,7 milhões e executados – 32,1 milhões (Economia de 600 mil aos cofres públicos); em 2020 finalização das dívidas do HU
  - ✓ Revisão e reorganização dos contratos terceirizados, proporcionando melhoria na qualidade dos serviços, (Ex.: Contratação de empresa de engenharia clínica – diminuição das despesas com equipamentos e aumento da produção cirúrgica);

- **Como Consultor de Projetos em Saúde e Analista de Projetos:**
  - ✓ No Hospital em Sorocaba sucesso em alcance de 74% de faturamento de AIH, em Outubro/2013 (Meta prevista: 80%)
  - ✓ Elaboração de redirecionamento do planejamento estratégico e de política de governança corporativa – Fundação Getúlio Vargas e Instituto Butantan.
  - ✓ Estudo de Viabilidade: Incorporação de Unidade de Emergência para o Distrito Federal (Projeto: Fornecimento e Previsão de Demanda – 11 mil pessoas por mês, Previsão Financeira dos EUA – 1,2 milhões dólares, Recursos Humanos – 239 colaboradores).
  - ✓ Implementação do Planejamento Estratégico junto ao Conselho Nacional de Justiça - CNJ, atuando junto ao TRT/RO e TRT/RN
  - ✓ Desenvolver projetos na área da saúde: implementação do Plano Estratégico para o Instituto Assistência Médica Servidor Público Estadual de São Paulo – IAMSPE
  - ✓ Levantamento dos impostos, viabilidade econômica e seus impactos na introdução da nova tecnologia no Sistema de Saúde Brasileiro para o Projeto Nacional de Imunização do MS pela a empresa PATH Health proejto desenvolvido nos EUA em Seatle ;
  - ✓ Análise de custos e orçamento para alguns projetos do Ministério da Saúde de Angola em Launda.

R: Vereador Juliano Costa Marques, 369 apt 202, Jd Aclimação - Cuiabá
Cel:(65) 99956-0978 e-mail: cfalleiros@gmail.com

	Consultoria em projetos de capacitação e formação de médicos angolanos. Objetivo: reduzir os custos de tratamento médico no exterior - Objetivo Redução até 50% do custo em até 50%. ✓ No Hospital Alemão Oswaldo Cruz experiência em desenvolvimento de novos negócios: coordenação de equipe para avaliação e desenvolvimento de Plano de Negócios para Implementação de Ambulatório Geriátrico multidisciplinar (investimento inicial US$ 100 mil, break-even point após 13 meses). Análise do mercado local em oncologia e desenvolvimento de plano de negócios para criação de novo Centro de Tratamento de Câncer de Mama, em São Paulo (em funcionamento); Desenvolvimento de modelos de análises de avaliação, de novos negócios e tecnologia (TIR, VPL, Pay-Back). Simulações dos modelos: Pessimista, Moderado e Otimistas, obtendo como principais variáveis: mercado econômico (Inflação, taxa de juros e dólar)
Idiomas	• Inglês – Avançado • Espanhol – Avançado • Frances – Básico • Alemão – Básico

R: Vereador Juliano Costa Marques, 369 apt 202, Jd Aclimação - Cuiabá
Cel:(65) 99956-0978 e-mail: cfalleiros@gmail.com

FUNDAÇÃO
GETULIO VARGAS

Escola de Administração
de Empresas de São Paulo

O Diretor da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E DE SISTEMAS DE SAÚDE,

realizado em convênio com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com 540 horas, em dezembro de 2005, outorga a

Cassiano Moraes Falleiros

brasileiro, natural do Estado do Paraná, nascido a 26 de maio de 1979,
RG. 22.346.106-4

o presente Certificado.

São Paulo, 31 de janeiro de 2006

Fernando de Souza Meirelles
Diretor

José Manoel de Camargo Teixeira
Superintendente do HCFMUSP
Coordenador do CEAHS

Listagem de Profissionais

Data: 11/03/2022

CNES: 2655411 Nome Fantasia: HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MULLER CNPJ Próprio: –

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Gestão: MUNICIPAL Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CNPJ Mantenedora: 33.004.540/0001-00 Nome da Mantenedora: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Cadastrado em: 10/02/2003 Data da última atual. base local: 21/07/2020 Data da última atual. base nacional: 12/08/2020

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
ABDA LYSA MOREIRA DA CUNHA	708702123634895	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	PROPRIO		12	24	24	60
ABILIO ANICEZIO DE OLIVEIRA FILHO	703403214507112	411010 - ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
ADAIR IZAURA ALVES	704508377517216	411010 - ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
ADALBERTO NOVAES SILVA	170411211170008	223268 - CIRURGIAO DENTISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	10	10	20
ADALBERTO NOVAES SILVA	170411211170008	225275 - MEDICO OTORRINOLARINGOLOGIST	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	4	4	8
ADALMAR ROSANA DE PINHO FURTADO	706407678319886	142340 - OUVIDOR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CARGO COMISSIONAD	SEM VINCULO		40	0	0	40
ADELIR LEGRAMANTI	980016001959159	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	30	30
ADELMO FIGERNO DA SILVA	980016281558737	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	PROPRIO		12	24	24	60
ADENILSON DA SILVA	705005829558853	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	36	0	36
ADIVANETE PEDROZO DE BARROS	980016293969435	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	0	36	36
ADNILSE RAMOS DA SILVA	980016289380252	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	0	36	36

Total de profissionais 11

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
CARMEM ROSA DA SILVA BATAIOLI	980016284923843	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	40	0	40
CAROLINA BUENO DE SOUZA NEVES LEITE DE PAULA	980016277122067	223505 - ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	0	36	36
CAROLINA SANTOS ARRUDA	980016287979572	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	0	24	24
CAROLINE COSTA SOARES PACCOLA	980016283937344	225250 - MEDICO GINECOLOGISTA E	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	0	24	24
CAROLINE DA SILVA STEFAN GODOY	706202500742565	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	0	40	40
CAROLINE GONCALVES CARNEIRO DA SILVA	980016286117321	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		40	0	0	40
CAROLINE SAUTER DALBEM	980016289568941	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		10	15	15	40
CASSIA DE FATIMA ALVES DIAS CAMARGO	705606478977714	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	36	0	36
CASSIA JANNE NONATO DA COSTA	980016285971361	223505 - ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	0	36	36
CASSIANO MORAES FALLEIROS	702407045641920	131210 - GERENTE DE SERVICOS DE SAUDE	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CARGO COMISSIONAD	SEM VINCULO		40	0	0	40
CASSIO SANTOS DA SILVA	704108146134374	223405 - FARMACEUTICO	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	PROPRIO		12	24	24	60
CEZARIO DE LARA	700407572825150	710205 - MESTRE (CONSTRUCAO CIVIL)	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		40	0	0	40
CHARLENE ALESSANDRA SONEGO FRANCISCO	708002352219523	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	0	36	36
CHRISTINE FARRAH MARTINS DE AQUINO MORAES	704009188375770	351605 - TECNICO EM SEGURANCA NO TRABALHO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		40	0	0	40
CID DE LARA PINTO	700009981646908	325110 - TECNICO EM LABORATORIO DE	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	0	40	40
CINTIA PEREIRA MORAIS	980016278282483	225320 - MEDICO EM RADIOLOGIA E	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	12	12	24

Total de profissionais 155

Listagem de Profissionais

Data: 11/03/2022

CNES: 2655411 Nome Fantasia: HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MULLER EBSERH CNPJ Próprio: 15.126.437/0012-04

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Gestão: MUNICIPAL Natureza jurídica: ENTIDADES EMPRESARIAIS

CNPJ Mantenedora: -- Nome da Mantenedora: --

Cadastrado em: 10/02/2003 Data da última atual. base local: 24/02/2022 Data da última atual. base nacional: 07/03/2022

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb	CHS Hosp	CHS Total
ABDA LYSA MOREIRA DA CUNHA	708702123634895	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	PROPRIO		12	24	24	60
ABILIO ANICEZIO DE OLIVEIRA FILHO	703403214507112	411010 - ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR CEDIDO		40	0	0	40
ADAIR IZAURA ALVES	704508377517216	411010 - ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR CEDIDO		40	0	0	40
ADALBERTO NOVAES SILVA	170411211170006	223268 - CIRURGIAO DENTISTA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR CEDIDO		0	10	10	20
ADALBERTO NOVAES SILVA	170411211170006	225275 - MEDICO OTORRINOLARINGOLOGIST	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR CEDIDO		0	4	4	8
ADALBERTO PEREIRA ANDRE JUNIOR	704202227377686	411010 - ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	NÃO	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		40	0	0	40
ADALMAR ROSANA DE PINHO FURTADO	706407678319886	142340 - OUVIDOR	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CARGO COMISSIONAD	SEM VINCULO		40	0	0	40
ADELIR LEGRAMANTI	980016001959159	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR CEDIDO		0	0	30	30
ADELMO FIGERNO DA SILVA	980016281558737	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	PROPRIO		12	24	24	60
ADENILSON DA SILVA	705005829556853	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	36	0	36
ADIVANETE PEDROZO DE BARROS	980016293969435	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	0	36	36

Total de profissionais 11

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
CAROLINE COSTA SOARES PACCOLA	980016283937344	225250 - MEDICO GINECOLOGISTA E	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	0	24	24
CAROLINE DA SILVA STEFAN GODOY	706202500742565	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	0	40	40
CAROLINE SAUTER DALBEM	980016289566941	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR CEDIDO		10	15	15	40
CASSIA DE FATIMA ALVES DIAS CAMARGO	705606478977714	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	36	0	36
CASSIA JANNE NONATO DA COSTA	980016265971361	223505 - ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	0	36	36
CASSIANO MORAES FALLEIROS	702407045641920	131210 - GERENTE DE SERVICOS DE SAUDE	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CARGO COMISSIONAD	SEM VINCULO		40	0	0	40
CHARLENE ALESSANDRA SONEGO FRANCISCO	708002352219623	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	0	36	36
CHRISTINE FARRAH MARTINS DE AQUINO MORAES	704009188375770	351605 - TECNICO EM SEGURANCA NO TRABALHO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		40	0	0	40
CICERO PEREIRA DA CRUZ	980016280022027	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	0	36	36
CID DE LARA PINTO	700009981646908	325110 - TECNICO EM LABORATORIO DE	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR CEDIDO		0	0	40	40
CINTIA PEREIRA MORAIS DA SILVA	980016278282483	225320 - MEDICO EM RADIOLOGIA E	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	12	12	24
CINTIA SANTOS FERREIRA	706206098243060	351605 - TECNICO EM SEGURANCA NO TRABALHO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		40	0	0	40
CLAUDIA IRENE REIS ARRUDA	209720955720001	223505 - ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO		0	0	36	36
CLAUDIA LUIZ FERREIRA	980016284454975	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	36	36
CLAUDIA MARIA GONCALVES PREZA	980016278530541	225250 - MEDICO GINECOLOGISTA E	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR CEDIDO		0	20	20	40
CLAUDIA RIBAS DE AQUINO	980016001958535	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR CEDIDO		0	0	30	30

Total de profissionais 171

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 29/04/2021 | Edição: 79 | Seção: 2 | Página: 33

Órgão: Ministério da Educação/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

PORTARIA-SEI Nº 67, DE 28 DE ABRIL DE 2021

O PRESIDENTE DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 56 do Estatuto Social vigente da Ebserh, e considerando o disposto no art. 33 do Regimento Interno vigente, resolve:

Art. 1º Nomear CASSIANO MORAES FALLEIROS, matrícula Siape nº 1102585, para exercer o cargo de Gerente Administrativo do Hospital Universitário Júlio Muller, da Universidade Federal do Mato Grosso (HUJM-UFMT), ficando exonerado do cargo de Gerente de Atenção à Saúde, do HUJM-UFMT, da Rede Ebserh.

Art. 2º Esta Portaria-SEI entra em vigor a partir da data de sua publicação.

OSWALDO DE JESUS FERREIRA

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

Art. 3º A chefia do departamento de lotação da docente deverá informar, por meio de ofício, a continuação do teletrabalho à Coordenadoria de Capacitação de Pessoas do Departamento de Desenvolvimento de Pessoas da Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas e ao Departamento de Ensino da Pró-Reitoria de Graduação.

Art. 4º A solicitação de volta às atividades do pós-doutorado no exterior deverá ser realizada pelo mesmo canal no qual foi feito o requerimento da suspensão do afastamento para formação.

Art. 5º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União.(Ref. Sol. 18043/2021)

Nº 597 - Dispensar, a partir de 23 de Abril de 2021, MARCELO HENRIQUE ROMANO TRASTENBERG, PROFESSOR MAGISTÉRIO SUPERIOR, classe D, nível 1, MASIS nº 62205, SIAPE nº 1157818, do exercício da função de Diretor do Departamento Administrativo - DA/SAAD, código CD4, para a qual foi designado pela Portaria 1039/2016/GR, DE 13 DE MAIO DE 2016.(Ref. Sol. 013646/2021)

Nº 598 - Art. 1º Designar EVELISE SANTOS SOUZA, ADMINISTRADOR, MASIS nº 180100, SIAPE nº 1879287, para exercer a função de Diretor(a) do Departamento Administrativo - DA/SAAD da Universidade Federal de Santa Catarina.

Art. 2º Atribuir à servidora o cargo de direção, código CD4, integrante do Quadro Distributivo de Cargos de Direção e Funções Gratificadas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União.(Ref. Sol. 15646/2021)

Nº 599 - Prorrogar, até 6 de abril de 2021, o mandato da Portaria nº 550/2019/GR, de 20 de março de 2019, publicada no Diário Oficial da União nº 55, seção 2, página 42, em 21 de março de 2019, que designa JANYNE SATTLER para exercer a função de coordenadora do Curso de Graduação em Filosofia - CGFIL/CFH, código FCC.(Ref. Sol. 14904/2021)

Nº 601 - Art. 1º Designar, a partir de 07 de Abril de 2021, CAROLINA DE SOUZA NOTO, PROFESSOR MAGISTÉRIO SUPERIOR, classe C, nível 1, MASIS nº 204204, SIAPE nº 1205009, para exercer a função de Coordenadora do Curso de Graduação em Filosofia - CGFIL/CFH, para um mandato de 2 anos.

Art. 2º Atribuir à servidora a Função Comissionada de Coordenação de Curso, código FCC.(Ref. Sol. 014904/2021)

UBALDO CESAR BALTHAZAR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

PORTARIA DE PESSOAL UFSM Nº 752, DE 28 DE ABRIL DE 2021

O REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, no uso de suas atribuições legais e estatutárias, tendo em vista o que consta do Decreto N. 7.485, de 18 de maio de 2011, publicado no DOU de 19 de maio de 2011, e o que consta do Processo N. 23081.032929/2021-83, resolve:

Nomear, em caráter efetivo, para o Quadro de Pessoal desta Instituição, de acordo com o item I, do artigo 9º, da Lei N. 8.112, de 11.12.90, THIAGO FARIAS DA FONSECA PIMENTA, habilitado em Concurso Público de Provas e Títulos, classificado em 1º lugar, na ampla concorrência, para exercer o cargo de Professor da Carreira de Magistério Superior no Departamento de Desportos Individuais/Centro de Educação Física e Desportos, na Classe A, Professor Adjunto A, Nível 1, em regime de Dedicação Exclusiva, no código de vaga 0293358, pertencente ao Banco de Professor Equivalente desta Instituição.

PAULO AFONSO BURMANN

PORTARIA DE PESSOAL UFSM Nº 740, DE 26 DE ABRIL DE 2021

O REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, no uso de suas atribuições legais e estatutárias, e tendo em vista o que consta do Processo n. 23081.053289/2020-64, resolve:

CONCEDER Aposentadoria Voluntária, com proventos integrais, a Gilnei Evangelho Pires, Matrícula SIAPE 2280393, ocupante do cargo de Médico-Área, Nível de Classificação E, Nível de Capacitação II, Padrão de Vencimento 11, do Quadro de Pessoal da Universidade Federal de Santa Maria, com fundamento no Artigo 3º, incisos I, II e III, da Emenda Constitucional n. 47, de 05.07.2005, combinado com o artigo 3º da Emenda Constitucional n. 103 de 12.11.2019.

PAULO AFONSO BURMANN

CENTRO DE CIÊNCIAS NATURAIS E EXATAS

RETIFICAÇÃO

Na Portaria de Pessoal CCNE/UFSM N. 063, de 26 de abril de 2021, publicada no DOU de 27/04/2021, seção 2, página 28, que dispensou Luciano Amaral, Matrícula SIAPE 2753405, Chefe do Gabinete de Projetos do CCNE, onde se lê: "Dispensar Luciano Amaral"; leia-se: "Dispensar Luciano Amaral, a partir de 23 de abril de 2021".

COLÉGIO POLITÉCNICO

PORTARIA DE PESSOAL POLITÉCNICO/UFSM Nº 71, DE 27 DE ABRIL DE 2021.

A DIRETORA DO COLÉGIO POLITÉCNICO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, nomeada pela Portaria de Pessoal UFSM N.377, de 1º de março de 2021, no uso de suas atribuições legais e estatutárias, em virtude da delegação de competência atribuída pela Portaria N.57.454 de 03 de maio de 2010-UFSM, resolve:

Designar Olney Machado Meneghello, Matrícula SIAPE 379183, ocupante de cargo de Auxiliar em Administração, do Quadro Único de Pessoal da UFSM, para exercer a função de Chefe do Setor de Manutenção do Departamento de Infraestrutura do Colégio Politécnico da UFSM, Código FG6.015.

II - Revoga-se a Portaria n. 620, de 20 de abril de 2017.

III - Esta Portaria tem vigência de quatro anos.

IV - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARTA VON ENDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

PORTARIAS DE 27 DE ABRIL DE 2021

A Vice-Reitora no exercício da Reitoria da Universidade Federal de São Paulo, no uso de suas atribuições legais e estatutárias, resolve:

Nº 1.900 - Reconduzir a servidora ALESSANDRA MEDEIROS, Matrícula SIAPE nº 1698197, na função de Coordenadora do Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde do Instituto Saúde e Sociedade do Campus Baixada Santista (FUC-01).

Nº 1.916 - Exonerar a servidora ROSANGELA APARECIDA DANTAS DE OLIVEIRA, Matrícula SIAPE nº 2894868, da função de Coordenadora da Câmara de Extensão e Cultura da Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas do Campus Guarulhos (FG-02).

Nº 1.917 - Designar a servidora CAROLIN OVERHOFF FERREIRA, Matrícula SIAPE nº 1834017, para exercer a função de Coordenadora da Câmara de Extensão e Cultura da Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas do Campus Guarulhos (FG-02).

ANDREA RABINOVICI

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

PORTARIAS DE PESSOAL DE 23 DE ABRIL DE 2021

O REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM, nomeado pelo Presidente da República, por meio do Decreto de 17 de junho de 2019, publicado no Diário Oficial da União do dia 18 subsequente, no uso de suas atribuições regimentais, resolve:

Nº 223 - Art. 1º Dispensar a servidora ROSEMEIRE SCATENA, matrícula SIAPE 1664196, ocupante do cargo de PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR, como COORDENADORA DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL (FCC) desta Universidade.

Art. 2º Esta Portaria de Pessoal entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Portaria de Pessoal nº 414, de 23/04/2019, da Reitora Pro Tempore, publicada no DOU de 29/04/2019.

Nº 224 - Designar a servidora EDNA APARECIDA DE CARVALHO PACHECO, matrícula SIAPE 1802667, ocupante do cargo de PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR, como COORDENADORA DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL (FCC) desta Universidade, por um período de dois anos.

Art. 2º Esta Portaria de Pessoal entra em vigor na data de sua publicação.

LUIZ FERNANDO RESENDE DOS SANTOS ANJOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

PORTARIA Nº 941, DE 28 DE ABRIL DE 2021

O REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI, no uso de suas atribuições regimentais, resolve:

Dispensar, a pedido, CELMO APARECIDO FERREIRA, Técnico de Laboratório, da Função Gratificada de ASSESSOR DE MEIO AMBIENTE - FG 1, a partir de 9 de abril de 2021.

JANIR ALVES SOARES

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

PORTARIA Nº 142, DE 27 DE ABRIL DE 2021

A VICE-REITORA, PRO TEMPORE, DA UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA, no uso de suas atribuições legais, de acordo com a Lei nº 12.289, de 20 de julho de 2010, publicada no DOU de 21 de julho de 2010, e a Portaria nº 369, de 1º de abril de 2020, publicado no DOU de 2 de abril de 2020, do Ministério da Educação, considerando o que consta no processo nº 23282.000725/2021-17, resolve:

Art. 1º - Tornar sem efeito a Portaria Reitoria nº 036, de 05 de fevereiro de 2021, publicada no DOU Nº 27, de 09 de fevereiro de 2021.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor a partir de sua publicação.

PROFA. CLÁUDIA RAMOS CARIOCA
Vice-Reitora no Exercício da Reitoria

PORTARIA Nº 213, DE 27 DE ABRIL DE 2021

A SUPERINTENDENTE DE GESTÃO DE PESSOAS EM EXERCÍCIO DA UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA - UNILAB, nomeado pela Portaria da Reitoria nº 137, de 26/04/2021, considerando as competências delegadas pela Portaria da Reitoria nº 885, de 03/08/2018, publicada no DOU nº 183 de 07/08/2018, no uso das atribuições a ela conferidas, resolve:

Art.1º Designar a servidora KALINE ARAÚJO MENDES DE SOUZA, matrícula SIAPE Nº 2335614, para assumir as funções de Coordenadora do Núcleo de Línguas - ILL, código FG-01, nos afastamentos ou impedimentos legais e regulares da titular, ANA CRISTINA CUNHA DA SILVA, matrícula SIAPE: Nº 1356140.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor a partir de sua publicação.

REBECA CAVALCANTE PINHEIRO LIMA

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ

PORTARIA DE PESSOAL GABIR/UTFPR Nº 683, DE 26 DE ABRIL DE 2021

O REITOR DA UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ (UTFPR), considerando o Decreto datado de 22 de setembro de 2020, publicado no D.O.U. de 23 subsequente; considerando o contido no Processo nº 23064.018090/2021-56; e considerando o artigo 34 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, resolve:

I - exonerar, a pedido, a partir do 01.05.2021, DAVI VRIESMAN, matrícula SIAPE nº 1848855, lotado no Câmpus Ponta Grossa, do cargo efetivo de Técnico de Laboratório-Área, Nível de Classificação "D", Nível de Capacitação "IV", Padrão de Vencimento "06".

II - Declarar Vago O Cargo Supramencionado.

MARCOS FLAVIO DE OLIVEIRA SCHIEFLER FILHO

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

PORTARIA-SEI Nº 67, DE 28 DE ABRIL DE 2021

O PRESIDENTE DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 56 do Estatuto Social vigente da Ebserh, e considerando o disposto no art. 33 do Regimento Interno vigente, resolve:

Art. 1º Nomear CASSIANO MORAES FALLEIROS, matrícula Siape nº 1102585, para exercer o cargo de Gerente Administrativo do Hospital Universitário Júlio Muller, da Universidade Federal do Mato Grosso (HUJM-UFMT), ficando exonerado do cargo de Gerente de Atenção à Saúde, do HUJM-UFMT, da Rede Ebserh.

Art. 2º Esta Portaria-SEI entra em vigor a partir da data de sua publicação.

OSWALDO DE JESUS FERREIRA

DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

PORTARIA Nº 508, DE 26 DE ABRIL DE 2021

O Diretor de Gestão de Pessoas da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh, no uso das atribuições legais e estatutárias, e considerando a delegação de competência de que trata a Portaria nº 46 de 20/09/2012, publicada no DOU de 02/10/2012 e a recondução realizada na 116ª Reunião do Conselho de Administração, em 28 de janeiro de 2021, em conformidade com o disposto no artigo 47, inciso II, do Estatuto Social da Ebserh, resolve:

Art. 1º Exonerar, a pedido, SILVANA CRISTINA HOHMANN PRESTES DA SILVA, matrícula Siape nº 341655, do cargo de Ouvidor(a), junto à Superintendência, do Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), da rede Ebserh.

Art. 2º Esta Portaria-SEI entra em vigor a partir de 30 de abril de 2021.

RODRIGO AUGUSTO BARBOSA

HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS
ENSINO E PESQUISA

Ato Legal: Curso oferecido de acordo com a Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007

CERTIDÃO

O Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – IEP/HSL, credenciado pelo Ministério da Educação, por Portaria nº 3.857, de 10 de novembro de 2005, declara que **Cassiano Moraes Falleiros**, CPF: 277.158.778-59 concluiu o curso de Pós-Graduação – **Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS**.

Período do Curso: 15 de abril a 17 de dezembro de 2015

Carga Horária: 360 horas

Calendário:
15,16 e 17 de abril de 2015.
20,21 e 22 de maio de 2015.
17,18 e 19 de junho de 2015.
19,20 e 21 de agosto de 2015.
16,17 e 18 de setembro de 2015.
21,22 e 23 de outubro de 2015.
18,19 e 20 de novembro de 2015.
16 e 17 de dezembro de 2015.

Obs.: Documento válido por 120 dias.

São Paulo, 27 de maio de 2016.

Secretaria Acadêmica
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Confeccionado e conferido por: Patricia Regina

Rua Prof. Daher Cutait, 69 • Bela Vista • São Paulo • SP • CEP 01308 060
Tel: + 55 11 3394 0100 • iep@hsl.org.br • www.hospitalsiriolibanes.org.br/iep

CURRICULUM VITAE

GILSON FERREIRA ORTIZ

JAN – 2022

DADOS PESSOAIS:

Gilson Ferreira Ortiz
Brasileiro, casado, 54 anos
Rua Pinho, 07 – Santa Rosa – Cáceres/MT
Celular: (65) 99989-0254 / E-mail: gilson.fortiz@gmail.com

FORMAÇÃO:

- Graduado em Licenciatura plena em Ciências Matemática, UNEMAT, conclusão em 1994.
- Graduado em Administração, UNIC, conclusão em 2010.
- Técnico de Informática, ESCOLA AGROTÉCNICA FEDERAL DE CÁCERES, conclusão em 2003.
- Técnico em Contabilidade, ESCOLA ESTADUAL DE 2º GRAU "RAIMUNDO CÂNDIDO DOS REIS", conclusão em 1996.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

- 2017 até o momento – Hospital Regional de Cáceres (SES/MT)
Cargo: Superintendente Administrativo e Financeiro
. Principais Responsabilidades:
- Assessorar a Diretoria Administrativa e Diretoria Geral, principalmente em questões administrativas operacionais da Unidade Hospitalar;
- Providenciar documentos e justificar os questionamentos feitos durante auditorias, com as informações de todos os setores administrativos auditados, a ser enviado para o órgão responsável;
- Gerir contratos de empresas prestadoras de serviços terceirizado;

- Apurar e validar o processo de frequência dos servidores dos setores administrativos;
- Gerenciar, auxiliar e elaborar políticas institucionais para o correto funcionamento dos setores administrativos, apoio e infraestrutura;
- Monitorar indicadores de desempenho;
- Participar da elaboração do plano de ação da unidade hospitalar;
- Acompanhar os serviços de informática;
- Elaborar Termos de Referência para aquisição de serviços e Equipamentos;
- Apoiar com informações técnicas de acordo com as legislações vigentes para elaboração dos processos administrativos de licitação;
- Gerenciar serviços de transporte;
- Gerenciar serviços de segurança armada e desarmada;
- Gerenciar serviços de Infraestrutura – Engenharia Predial e Engenharia Clínica;
- Gerenciar serviços de Prontuários e Estatística;
- Gerenciar serviços de Nutrição;
- Gerenciar serviços de Farmácia;
- Gerenciar serviços de Almoxarifado;
- Gerenciar serviços de Segurança do Trabalho;
- Gerenciar serviços de Recepções;
- Gerenciar serviços do Patrimônio;
- Elaborar relatório de viabilidade de custos de aquisições de serviços e equipamentos;
- Responsável pela elaboração técnica de melhorias prediais e atualizações do parque tecnológico hospitalar; e
- Responsável pelo cumprimento de **Compliance** da Unidade Hospitalar, que visam o cumprimento de normas e regulamentações voltadas para os estabelecimentos de saúde.

- 2016 à 2017 – Unimed Cuiabá – Pronto Atendimento

Cargo: Gerente Administrativo

. Principais Responsabilidades:

- Responsável pela gestão da Unidade de Pronto Atendimento e Ambulatorial;
- Coordenar o atendimento especializado da unidade, médicos, enfermeiros e demais profissionais de acordo com a demanda da clientela conveniada a Unimed Cuiabá;
- Controlar a manutenção dos equipamentos;
- Administrar o estoque de materiais e seu ressuprimento;
- Garantir a higiene e o correto descarte do lixo hospitalar;
- Elaborar estudo de gastos e despesas, buscando a redução dos custos de produção;
- Administrar situações de crise;
- Determinar metodologias de trabalho e processos;
- Acompanhar os dados do Serviço de Atendimento a Clientes, propondo melhorias baseadas nas críticas e reclamações feitas pelos conveniados;
- Gerenciar os serviços oferecidos por meio de feedbacks de funcionários, de coordenadores médicos, e dos próprios médicos especialistas e trabalhar em melhorias;
- Gerenciar contratos médicos, contratos de manutenções preventivas em equipamentos e maquinários;
- Responsável pela análise de indicadores, repassando as informações a diretoria, para que a mesma possa estar acompanhando o resultado estatístico, contábil e administrativo;
- Elaborar planejamento estratégico da unidade, e participar da elaboração estratégica da operadora;
- Acompanhar e coordenar implantação da acreditação ONA na Unidade de Pronto Atendimento e Ambulatorial da Unimed Cuiabá.

- 1999 à 2016 – Associação Congregação de santa Catariana – HOSPITAL SÃO LUIZ.

Cargo: Gerente (Administrativo / Infraestrutura)

. Principais Responsabilidades:

- Responsável pela coordenação e gerenciamento da equipe de obras, elaborando juntamente com a equipe de engenharia e arquitetura as

adequações e ampliações do hospital em conformidade com RDC-050 e normas técnicas vigentes;

- Responsável pelo gerenciamento da compras prediais e controle de estoque; elaborando projetos quantitativo e qualitativo de materiais e equipamentos hospitalares a ser implementados no hospital juntamente com a equipe assistencial e diretoria do hospital;

- Assegurar a excelência dos processos, por meio de controles de resultados e sistematização de rotinas;

- Gerir, planejar, controlar e acompanhar as atividades inerentes à área administrativa e de infraestrutura, por meios de análises de relatórios operacionais e gerenciais;

- Orientar a equipe de trabalho e sanar dúvidas relacionadas ao trabalho, por meio de reuniões, avaliando o desempenho e fazer cumprir os processos organizacionais;

- Controlar e acompanhar o Sistema de Planejamento/Orçamento da organização, por meio de analises dos relatórios previsto x realizado e cronograma estabelecidos;

- Apoiar e gerir o controle dos bens imobilizados da casa, por meio de acompanhamento mensal dos tombamentos, transferências e baixas, conciliações de contas contábeis e inventários;

- Gerir o sistema de contratos, por meio de orientação na elaboração dos contratos, observar conformidades de normas e leis vigentes, políticas internas quanto a proteção, garantia e validação, registro na ferramenta de gestão de contratos e acompanhar o cumprimento das obrigações;

- Obter informações de desempenho da casa para alimentar os indicadores estatísticos, por meio de análises de relatórios operacionais, gerenciais e balancetes.

- Auxiliar no desenvolvimento de projetos de melhorias e adequações de ambientes, por meio de avaliações e orientações ao cumprimento das normas vigentes, providenciando os ajustes necessários e assegurando padrões de qualidades.

- Participar das ações e decisões da casa, por meio de reuniões com o colegiado de gerência.

- *1989 à 1998 – Banco HSBC-Bamerindus S/A*

Cargo: Técnico bancário

Atribuições: Encarregado de cobrança simples e financiada; Atendimento; Abertura de c/c e c/p; Cadastro; Encarregado de custódias de cheques; Responsável pelo credenciamento de empresas juntos às Administradoras de Cartões; Responsável ao atendimento do Seguro Saúde; Encarregado de Caixas; Contabilidade; Tesouraria; Quality Helper (Colaborador da Qualidade – Implantador de projetos aos GM's da Agência); Lider do GM Conformidade (elabora planos de ações que visa conformidade e compliance dos serviços executados pela Agência, alvo de fiscalização interna e externa).

RESUMO QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL:

"Conhecimento nas áreas de INFORMÁTICA (Word, Excel, Power Point, Outlook, Manutenção de Hardware, Instalação de Software, Execução e gerenciamento de rede CAT5 e CAT6) ***HABILITADO EM TÉCNICO DE INFORMÁTICA; HABILITADO EM TÉCNICO DE CONTABILIDADE; GRADUADO EM LICENCIATURA CURTA DE CIÊNCIAS NÍVEL 1º GRAU (Química, Física e Biologia) – UNEMAT, GRADUADO EM LICENCIATURA PLENA EM CIÊNCIAS MATEMÁTICA - UNEMAT; GRADUADO EM ADMINISTRAÇÃO - UNIC***; Atualização curricular com o Curso de ***IMERSÃO EM GESTÃO EMPRESARIAL*** (Gestão Estratégia, Gestão de Processos, Autoconhecimento para Autoliderança, Gestão de Pessoas, Governança Corporativa, Marketing e Mercado, Gestão Financeira, Negociação Estratégica) – **FDC (Fundação Dom Cabral);** e o Curso de **DESENVOLVIMENTO GERENCIAL INTEGRADO DA LINHA DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO AMBIENTE INTRA-HOSPITALAR** (Eixo 1 – Gestão Hospitalar – Planejamento, Monitoramento e Avaliação, Eixo 2 – Gestão

Clínica e a Atenção à Urgências no Ambiente Intra-Hospitalar, e Eixo 3 – Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS) – HCOR (Associação Beneficente Siria)".

Certificado

O Prof. Wagner Furtado Veloso,

Presidente Executivo da Fundação Dom Cabral, certifica que

Gilson Ferreira Ortiz

concluiu o Programa de Imersão em Gestão Empresarial,

realizado pela Fundação Dom Cabral

no período de 02 de março a 19 de outubro de 2012.

Nova Lima, 19 de outubro de 2012

Fundação Dom Cabral

Tatiana Junqueira Goulart de Aguiar
Gerente do Programa

HCor
Associação Beneficente Síria

CERTIFICADO

A **Associação Beneficente Síria - Hospital do Coração** em parceria com o Ministério da Saúde certifica que:

Gilson Ferreira Ortiz

Participou das oficinas de capacitação do Projeto "Desenvolvimento Gerencial Integrado da Linha de Atenção às Urgências no Ambiente Intra-hospitalar", oferecido pelo Laboratório de Implementação do Conhecimento em Saúde do Hospital do Coração, realizado no Estado do Mato Grosso, no período de maio a novembro de 2019, totalizando a carga horária de 186 horas, com frequência de 96%.

Dra. Bernarderte Weber

Gizelda Monteiro da Silva

Segunda-Feira, 24 de Junho de 2019 **Diário Oficial** Nº 27529 Página 20

ATO Nº 2.988/2019.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais, **resolve retificar em parte o ato nº 2.969/2019** do **nomeação de Secretária de Estado de Saúde - SES**, publicado no *D.O.E.* de 19 de junho de 2019, pág. 15, com a seguinte redação:

Onde se lê:

CARLOS ANDRE DOS ANJOS - Superintendente Regional Administrativo e Financeiro do Hospital Regional de Rondonópolis, Nível DGA-4, a partir de 03 de junho de 2019.

GILSON FERREIRA ORTIZ - Superintendente Regional Administrativo e Financeiro do Hospital Regional de Cáceres, Nível DGA-4, a partir de 03 de junho de 2019.

Leia-se:

CARLOS ANDRE DOS ANJOS - Superintendente Regional Administrativo e Financeiro do Hospital Regional de Rondonópolis, Nível DGA-4; a partir de 06 de junho de 2019.

GILSON FERREIRA ORTIZ - Superintendente Regional Administrativo e Financeiro do Hospital Regional de Cáceres, Nível DGA-4, a partir de 06 de junho de 2019.

Palácio Paiaguás, em Cuiabá, 19 de junho de 2019.

MAURO MENDES
Governador do Estado

MAURO CARVALHO JUNIOR
Secretário-Chefe da Casa Civil

ATO Nº 2.989/2019.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Art. 66, incisos III e XI da Constituição Estadual

Considerando o disposto no inciso II do Art. 129 da Constituição Estadual;
Considerando o disposto no inciso II do Art. 37 da Constituição Federal;
Considerando o Edital nº 01/2018-SECITEC e suas retificações, que dispõe sobre concurso público para provimento dos cargos e formação de cadastro de reserva de Professor - nível Superior, Técnico Administrativo Educacional - Nível Superior, Técnico de Apoio Educacional - Nível Técnico/Médio e Técnico de Apoio Educacional - Nível Médio, publicado no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso de 22 de janeiro de 2018;
Considerando a Homologação, bem como o Resultado Final do Concurso Público, publicado no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso em 11 de junho de 2018;
Considerando os termos dos Processos Administrativos nº 149784/2019- SEPLAG e 282056/2019/SEPLAG;
Considerando a decisão exarada na Ação Civil Pública nº 118/2011 - Código 745187;
Considerando finalmente o que determina o item 17.1 do Edital n. 01/2018-SECITEC.

R E S O L V E:

Nomear para Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação SECITECI, a partir de 10/06/2019, nos cargos abaixo relacionados, os candidatos que seguem:

Cargo: Professor (Nível Superior) Perfil: Administração
Município: Alta Floresta

CL	INSC	NOME	NASC	DOC	NFC
1	181000044088	MATEUS DE SOUZA ROCHA	20/02/1978	286755853 SSP/SP	307,67

Cargo: Professor (Nível Superior) Perfil: Letras com habilitação Português- Inglês
Município: Alta Floresta

CL	NSC	NOME	NASC	DOC	NFC
1	181000327717	JULIANA ALVES DE MORAES	25/01/1986	15308975 SSP/MT	274,67

Cargo: Técnico de Apoio Educacional (Nível Médio)
Município: Alta Floresta

CL	INSC	NOME	NASC	DOC	NFC
1	181000008955	JULIANO CÉZAR CERNECK DOS SANTOS	23/12/1993	2459809-7 SSP/MT	90

Cargo: Professor (Nível Superior) Perfil: Administração
Município: Barra do Garças

CL	INSC	NOME	NASC	DOC	NFC
1	181000008226	CLAUDIA CAMPOS LEITE DIELLO	08/10/1984	15190293 SSP/MT	287

Cargo: Técnico de Apoio Educacional (Nível Médio)
Município: Barra do Garças

CL	INSC	NOME	NASC	DOC	NFC

SEPLAG
Secretaria de Estado
de Planejamento
e Gestão

Governo de
Mato Grosso

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS

CERTIDÃO DE VÍNCULO FUNCIONAL

CERTIFICO QUE, EM CONSULTA AO SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO, CONSTA EM NOME DO(A) SENHOR(A)

GILSON FERREIRA ORTIZ

PORTADOR(A) DO RG Nº 543728/SSP, INSCRITO(A) SOB O CPF Nº 395.779.701-25, MATRÍCULA FUNCIONAL Nº 74962, O(S) SEGUINTE(S) VÍNCULO(S) ATIVO(S):

- COMISSIONADOS (DGA-4) LOTADO(A) NO(A) SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE, CARGA HORÁRIA DE 40H HORAS SEMANAIS;

INEXISTINDO QUALQUER OUTRO VÍNCULO ATIVO NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA, AUTÁRQUICA OU FUNDACIONAL DO PODER EXECUTIVO ESTADUAL.

CUIABÁ-MT, 08 DE MARÇO DE 2022.

NÚMERO DE VALIDAÇÃO: 701020

Observações:

a) Certidão expedida gratuitamente, através da Internet;

b) A informação dos dados acima é de responsabilidade do solicitante da Certidão, devendo a titularidade ser conferida pelo interessado e destinatário;

c) A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada na página da Secretaria de Estado de Gestão através do seguinte endereço: http://www.gestao.mt.gov.br/certidao_vinculo_funcional